

Nouveau régime de financement des soins: un premier bilan

Objectifs atteints – mais en partie seulement

Le financement des soins liés à l'âge fait partie des grands défis de notre époque. Certes, le nouveau régime introduit en 2011 limite les charges supplémentaires qui pèsent sur l'assurance de base, et donc sur les payeurs de primes. La modification prévue de l'Ordonnance sur les prestations donne cependant lieu à des discussions houleuses entre les différents acteurs de la santé.

La Suisse fait partie des pays où l'espérance de vie est la plus élevée. Selon les prévisions, il y aura en 2060, dans notre pays, plus d'un million de personnes de plus de 80 ans. Les conséquences sont importantes, tant au niveau sociétal que de la politique sociale et surtout de la politique de la santé. En effet, une espérance de vie élevée va de pair avec une augmentation sensible de la fréquence des maladies chroniques. Le nombre des patients multi-morbides ne cesse d'augmenter, et avec lui les défis structurels et financiers que posent le suivi médical et les prestations de soins liés à l'âge. Une tendance attestée par les statistiques: entre 2011 et 2016, les coûts des soins à charge de l'AOS n'ont cessé d'augmenter, surtout dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (spitex) (graphique 1). Il est vrai qu'en ce qui concerne les infrastructures et l'offre de soins, la Suisse est relativement bien armée pour faire face à la croissance annoncée de la demande. Cependant, le nombre de cas, les exigences élevées quant aux infrastructures nécessitées par les soins liés à l'âge et les progrès médicotéchniques poussent les coûts vers le haut et mettent à rude épreuve les répondants des coûts – les assureurs, les cantons, les communes et, dans une mesure croissante, les assurés également.

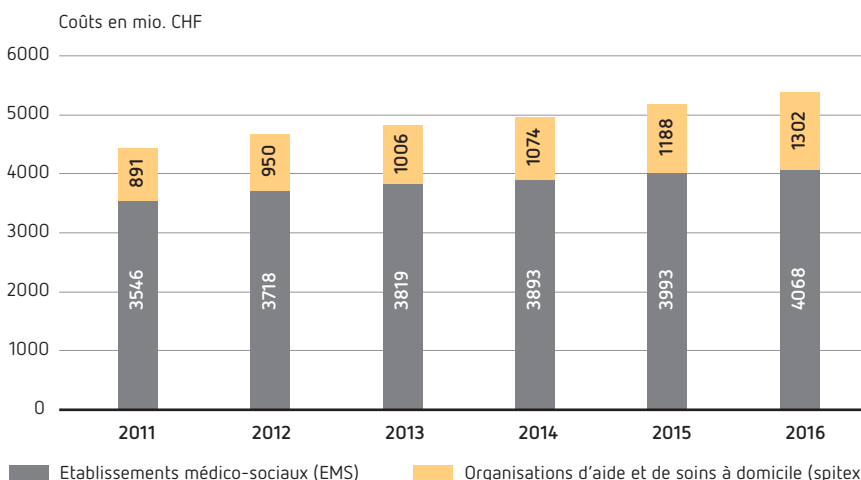
Sage décision prise en 2011

L'obligation des assureurs-maladie de rembourser les prestations de soins date de l'in-

troduction de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. A l'origine, l'obligation se fondait sur le *principe de la couverture intégrale des coûts* mais on s'est rapidement rendu compte que l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne pourrait, à elle seule, supporter les coûts croissants des soins liés à l'âge. Le législateur l'a aussi reconnu et, après une

phase intermédiaire avec des tarifs-cadre, a introduit en 2011 le « Nouveau régime de financement des soins » (NRFS). Ce dernier repose sur le *principe des contributions*: l'AOS fournit une contribution fixe pour les coûts liés aux soins, la participation du patient est clairement définie et limitée à un montant maximal, les cantons assument le finance-

Evolution des coûts des soins à la charge de la LAMal



Graphique 1: au total, les coûts des soins à la charge de la LAMal ont augmenté entre 2011 et 2016 de plus de 21 %, de manière plutôt modérée dans le domaine des EMS (environ 15 %) et de manière significative (plus 46 %) dans celui des organisations d'aide et de soins à domicile. Source: Office fédéral de la statistique: statistique de l'aide et des soins à domicile; statistique des institutions médico-sociales.

Ambulatoire ou stationnaire ? Comparaison des coûts

Patiente nécessitant 2 heures de soins de base par jour	Total des charges pesant sur l'assurance de base
Contribution de l'AOS à l'EMS*	
* Uniquement les coûts des soins, sans l'hôtellerie et les prestations d'assistance (OPAS art. 7a al. 3 let. f)	CHF 54 / jour
Contribution de l'AOS aux organisations d'aide et de soins et à domicile 2 heures à CHF 54.60 l'heure	CHF 109.20 / jour

Tableau : les soins ambulatoires à domicile – par des organisations d'aide et de soins à domicile ou des infirmiers indépendants – sont généralement plus chers pour l'AOS pour des soins équivalents.

ment résiduel. L'objectif est clair : l'augmentation constante des coûts des soins prodigués aux seniors ne doit pas être mise exclusivement à charge des payeurs de primes. Le paquet a été complété par une adaptation du montant de la fortune librement disponible pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, par l'introduction d'une allocation pour impotence et par la possibilité de rembourser les prestations de soins aigus et de transition pendant deux semaines au maximum selon les modalités du financement hospitalier.

Objectifs atteints, mais en partie seulement

Sept ans après l'introduction du nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral a tiré un premier bilan. En s'appuyant sur un rapport d'évaluation externe*, il arrive à la conclusion que le premier objectif principal du NRFS, à savoir de limiter la part de l'AOS aux coûts des soins obligatoirement remboursés par la LAMal, a pu être atteint avec la révision de la loi. Mais non sans conséquences : la part de financement des pouvoirs publics a augmenté et les modalités de financement différentes des cantons ont souvent conduit à des coûts résiduels non couverts qui sont répercutés sur les patients, contournant ainsi la protection tarifaire. Le Surveillant des prix ne cesse lui aussi de critiquer cette situation.

Le deuxième objectif principal de la réforme de 2011, l'amélioration de la situation sociale difficile de personnes nécessitant des soins, n'a été que partiellement rempli. A quelques exceptions près, les cantons ont certes honoré leurs obligations découlant

du NRFS ; toutefois, les solutions choisies par près de la moitié des cantons pour le financement résiduel conduisent à une pression financière sur les fournisseurs de prestations et parfois aussi à des lacunes de couverture.

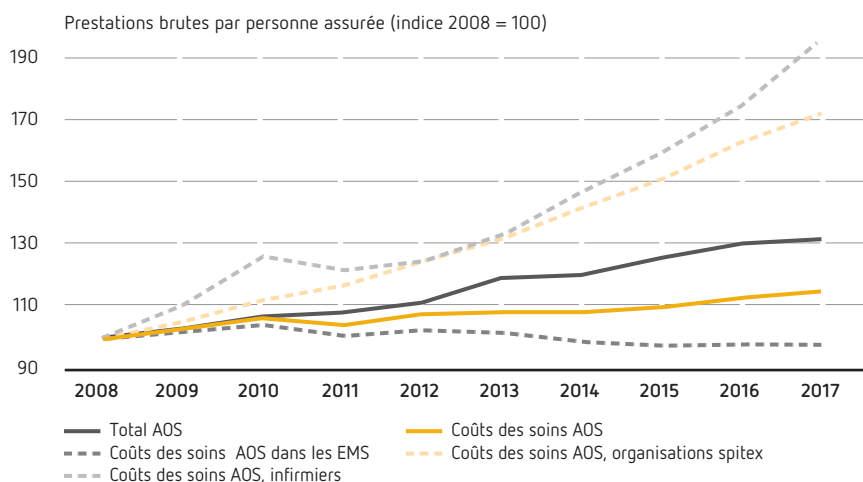
Soins ambulatoires ou stationnaires ?

La tendance est claire : pour les soins liés à l'âge comme pour les autres prestations médicales, le mot d'ordre reste « ambulatoire avant stationnaire ». D'ailleurs, le désir de nombreuses personnes âgées est d'être soignées à la maison, de rester aussi longtemps

que possible dans leurs quatre murs, même si elles ont besoin de soins professionnels au quotidien. Mais en matière de soins liés à l'âge, le postulat général « ambulatoire avant stationnaire » ignore la réalité. Il part du principe que les traitements ambulatoires sont « moins chers et meilleurs » et que les prestations dans les EMS sont « coûteuses et moins bonnes ». Or il convient d'étudier chaque cas particulier pour déterminer quelle est la forme idéale de soins liés à l'âge. Il est tout à fait indiqué que les EMS se focalisent sur les patients nécessitant des soins lourds, souffrant souvent de démence. Mais les soins ambulatoires à domicile – dispensés par les organisations d'aide et de soins à domicile ou par des infirmières et infirmiers indépendants – entraînent en règle générale, pour le même besoin en soins, une charge financière plus lourde que le séjour en EMS. C'est ce que montre l'exemple suivant :

Le décompte des prestations de soins ambulatoires se base sur le temps effectif nécessaire pour prodiguer les soins requis et n'est pas limitée vers le haut. En EMS, le coût des prestations est défini par le classement du patient dans l'un des douze niveaux de soins requis qui sont définis très précisée-

Les soins ambulatoires pèsent sur l'assurance de base



Graphique 2 : la tendance à recourir aux soins ambulatoires alourdit les charges pesant sur l'assurance de base imputables aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmiers indépendants. Les coûts des contributions aux soins de l'AOS sont restés, par personne assurée, relativement stables dans les EMS depuis 2008. En revanche, la croissance des coûts à charge de l'AOS est sensiblement plus forte pour les organisations d'aide et de soins à domicile et pour les infirmiers indépendants. Source : Office fédéral de la statistique : statistique de l'aide et des soins à domicile ; statistique des institutions médico-sociales.

ment. La loi prévoit une participation maximale aux coûts pour les assureurs-maladie.

Moins d'argent pour l'aide et les soins à domicile?

Avec l'introduction du nouveau régime de financement des soins, on a remplacé les tarifs cantonaux disparates par des contributions aux coûts uniformisées à l'échelle suisse. Ces dernières ont été fixées par le Conseil fédéral selon le principe de la neutralité des coûts. Cela signifie que les contributions ont été fixées de manière à ce que la somme des rémunérations pour les soins fournis en ambulatoire et en EMS reste inchangée après l'introduction du NRFS. La vérification de la neutralité des coûts du nouveau financement des soins vient d'être effectuée et a montré la nécessité d'augmenter le montant des contributions aux EMS, fixées en 2011, et de baisser celui des contributions à l'aide et aux soins à domicile. En effet, le principe de la neutralité des coûts est toujours valable, c'est-à-dire que le volume des coûts pris en charge par les assureurs-maladie doit demeurer constant. Le Conseil fédéral propose donc d'adapter l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) en augmentant les contributions de l'AOS dans les EMS de 6,7% et,

3,6

pour cent de contributions en moins de l'AOS pour les organisations d'aide et de soins à domicile?

en contrepartie, en abaissant celles des organisations d'aide et de soins à domicile de 3,6%. Un projet qui se heurte de vives critiques de la part de ces dernières. Les propositions du Conseil fédéral sont actuellement en consultation et devraient entrer en vigueur dès juillet 2019.

Evolution préoccupante

Le nouveau régime de financement des soins introduit en 2011 était une étape vers un financement plus efficace et plus équitable. Les contributions fixes aux prestations de soins ont permis de limiter, comme souhaité,

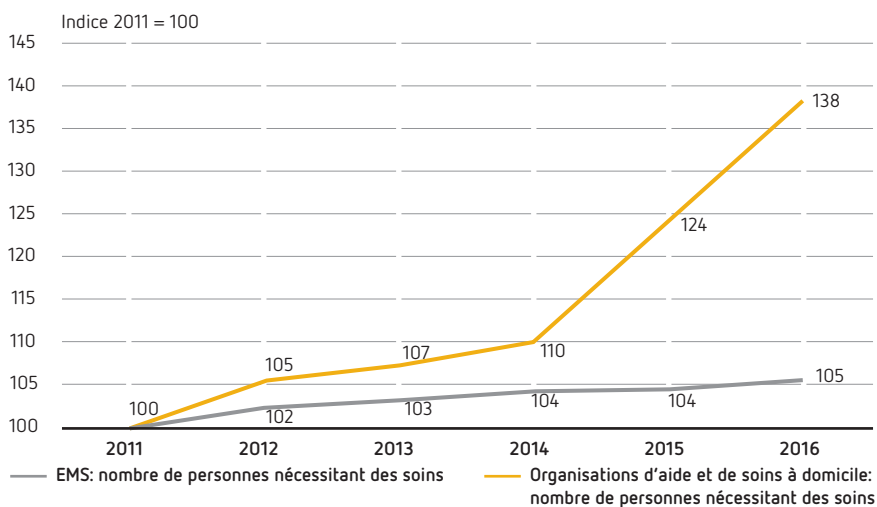
la part de l'AOS aux coûts des soins à charge de la LAMal. Mais la tendance à recourir aux soins ambulatoires alourdit de plus en plus les charges de l'assurance de base. Ainsi, depuis l'introduction du NRFS, les coûts des soins par personne assurée à charge de l'AOS n'ont augmenté, dans les EMS, que de 1,6% par an; en revanche, les coûts des soins fournis en ambulatoire ont progressé de 6,7% par an (aide et soins à domicile) et de 8,2% pour les infirmiers (graphique 2). Cette évolution est préoccupante, d'autant plus que l'on va vers une augmentation des soins fournis en ambulatoire et que cette tendance semble se renforcer plutôt que s'affaiblir. L'initiative sur les soins infirmiers (Pour des soins infirmiers forts), actuellement traitée par le Parlement, demande que ces professionnels puissent à l'avenir fournir leurs prestations sans ordonnance médicale et les facturer directement aux assureurs-maladie. Si l'initiative était acceptée, elle donnerait une nouvelle impulsion à la croissance des coûts dans ce secteur (graphique 3).

Surveillant des prix et assureurs-maladie: vision commune

Le Surveillant des prix prône aussi une mise en œuvre du financement des soins conforme à la loi, qui ne doit pas se faire au détriment des résidents des EMS. Voici ses revendications, que les assureurs-maladie soutiennent également:

- **Système d'évaluation des besoins en soins**: introduction d'un instrument national uniformisé pour mesurer la charge des soins.
- **Délimitation claire des soins à charge de la LAMal par rapport à d'autres prestations, notamment les prestations d'assistance**: introduction d'une liste de portée générale des activités liées aux soins à charge de la LAMal.
- **Justification transparente des coûts et analyses du temps de travail**: promulgation par le Conseil fédéral d'une disposition visant à réglementer les analyses de temps de travail dans les EMS.
- **Financement résiduel**: précision à apporter à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) afin de garantir une prise en charge intégrale du financement résiduel par les collectivités publiques. (SST)

Aide et soins à domicile: des chiffres qui s'envolent



Graphique 3: le nombre de personnes nécessitant des soins, qui sollicitent les prestations d'aide et de soins à domicile, augmente. Ce phénomène est imputable au vieillissement de la population et au transfert des soins du domaine stationnaire vers l'ambulatoire. Source: Office fédéral de la statistique: statistique de l'aide et des soins à domicile; statistique des institutions médico-sociales.

* Office fédéral de la santé publique (OFSP) / Infrass: Évaluation du nouveau régime de financement des soins. Synthèse: www.bag.ch à Services à Publications à Rapports d'évaluation à Assurance-maladie et accidents