



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Commission de la sécurité sociale et de la santé
publique
c/o Office fédéral de la santé publique
Bruno Fuhrer
3003 Berne

Par e-mail à: bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Lieu, date	Berne, 15 décembre 2015	N°	031 335 11 58
Interlocuteur	Stefan Berger	E-mail	stefan.berger@hplus.ch

Réponse de H+ à la consultation 14.417 é lv. pa. Amender le régime de financement des soins

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs,
Monsieur Fuhrer,

Par son courrier du 9 septembre 2015, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-CE) nous a invité à nous prononcer dans le cadre de la consultation **14.417 é lv. pa. «Amender le régime de financement des soins»**. Nous vous en remercions.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Notre association regroupe 236 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux – répartis sur 369 sites – en tant que membres actifs et près de 200 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers comme membres partenaires. Notre réponse se fonde sur une enquête menée auprès de nos membres.

Principes

La clarification des compétences pour le financement résiduel en cas de séjour en EMS de patients venant d'autres cantons (point 1 de l'lv. pa. 14.417) ne constitue qu'un premier pas.

D'autres doivent suivre.

Selon nous, l'amélioration de l'indemnisation des soins aigus et de transition est la première priorité. Une prise en charge sans faille des coûts résiduels de l'ensemble des patientes et des patients par le canton concerné fait également partie de nos principales préoccupations. Des critères nationaux uniformes sont nécessaires pour le calcul de ces coûts résiduels. Nous nous engageons enfin en faveur d'un financement approprié des situations de soins et d'assistance entraînant des charges supplémentaires importantes, notamment pour les patients atteints de démence et les patients en soins palliatifs.

Vous trouverez la liste des mesures indispensables dans la prise de position de la CI financement des soins, qui a notre soutien.

Nous déplorons que H+ n'ait pas été conviée au hearing de la sous-commission de la CSSS-CE du 16 janvier 2015. Dans le domaine des soins de longue durée en stationnaire, H+ est, par sa taille, la troisième organisation de défense des intérêts. La plus grande institution de soins

en Suisse, qui compte 1'600 lits, figure parmi ses membres. Au sein de ces derniers, nombreux sont ceux qui disposent d'unités de soins de longue durée dans le secteur de la somatique aiguë.

H+ soutient l'approche prônée par l'initiative parlementaire de la CE Egerszegi-Obrist 14.417 «Amender le régime de financement des soins». Cette initiative aborde des problèmes importants, mais de loin pas tous ceux résultant de la mise en œuvre de la révision de la LAMal sur le financement des soins du 13 juin 2008. Une partie des problèmes tient à la loi elle-même, une autre à la disparité des applications cantonales. Sachant que de profondes lacunes sont déjà apparues au cours des quatre années suivant l'entrée en vigueur, les Chambres fédérales devraient envisager une révision complète du financement des soins.

H+ soutient donc aussi d'autres interventions devant les Chambres fédérales sur le financement des soins. Elle prend acte de la publication du rapport du Conseil fédéral sur les deux interventions suivantes: le postulat 12.4099 «Régler le financement résiduel en cas de séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile en s'inspirant de la LPC» (CE Bruderer) et le postulat 12.4051 «Séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile. Financement résiduel» (CN Heim). De plus, elle appuie en particulier les interventions suivantes: 14.448 Iv. pa. «Soins de transition. Adapter les règles de financement à la pratique» (CN Humbel), 14.4292 Motion «Prise en charge des prestations fournies par les EMS. Un peu de bon sens» (CN Humbel); 12.3604 Postulat «Définir une stratégie pour les soins de longue durée» (CN Fehr Jacqueline); 10.4090 Motion «Programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pour personnes âgées» (CN Rossini).

A propos de la modification de l'art. 25a al. 5 LAMal

Sur le principe, H+ soutient le complément apporté à l'art 25a al. 5 LAMal par la CSSS-CE. La proposition de modification de la loi permet de déterminer beaucoup plus simplement quel canton est compétent pour fixer et verser le financement résiduel de prestations de soins dispensées en ambulatoire ou dans un EMS. Selon cette disposition, c'est toujours le canton de domicile de la personne, avant son entrée en EMS, en d'autres termes le canton de provenance, qui est compétent. Cette règle claire élimine toutes les contestations juridiques au cours desquelles les cantons doivent prouver – ou contester – le changement de domicile. Ces conflits ont avant tout des inconvénients pour les patientes et les patients qui ont recours à des prestations de soins hors de leur canton. Comme le financement résiduel des soins n'est pas garanti actuellement, les homes doivent le plus souvent refuser d'accueillir les patients d'autres cantons.

Dans la proposition de la CSSS-CE, c'est la règle selon laquelle le canton de provenance décide seul de la détermination du financement résiduel qui pose problème. Il se peut ainsi que les montants qu'il fixe diffèrent des montants nécessaires pour couvrir les coûts résiduels dans le canton où se trouve l'EMS. Par exemple, si une Tessinoise déménage dans un home zurichois, le canton du Tessin assume les coûts résiduels selon la CSSS-CE. Mais il ne paie que le montant «tessinois» plus bas et l'on n'a pas déterminé jusqu'à présent qui doit assumer la différence par rapport aux coûts plus élevés dans le canton de Zurich.

En outre, nous trouvons choquant que, selon la proposition de la CSSS-CE, la compétence du canton diverge pour le financement résiduel des prestations de soins et pour le financement hospitalier (canton de domicile selon l'art. 49a LAMal) lorsque l'entrée en EMS implique un changement de domicile. En conséquence, c'est le canton dans lequel se trouve le home qui doit prendre en charge la part cantonale pour un traitement stationnaire à l'hôpital en sa qualité de canton de domicile, et non le canton de provenance du patient. Ce système va entraîner pour les hôpitaux des clarifications supplémentaires assorties des surcoûts correspondants.

En cas de séjour en home hors du canton justifiant également un changement de domicile, les points soulevés ci-dessus plaident en faveur d'une attribution de la compétence de déterminer et d'assumer le financement résiduel au canton du site de l'institution. Cela correspond aussi au

jugement du Tribunal fédéral ATF 140 V 563 du 18 décembre 2014 qui est évoqué dans le rapport de la CSSS-CE. Si le canton de provenance du patient devait être déterminant, il conviendrait de garantir au patient dans chaque cas la liberté d'établissement. Il ne serait pas acceptable que des personnes âgées nécessitant des soins ne puissent pas être admises dans un EMS d'un autre canton pour le seul motif qu'à un échelon quelconque le financement ne serait pas assuré. Et il serait contraire à l'art. 25a al.5 LAMal que les patients soignés hors de leur canton doivent assumer eux-mêmes une éventuelle différence par rapport aux coûts normatifs en vigueur dans leur propre canton.

Si la modification proposée de l'art. 25a al. 5 LAMal est maintenue, il conviendra de régler explicitement qui doit assumer les éventuelles différences de coûts entre le canton de provenance et le canton de l'institution. Pour garantir la cohérence avec la LPC, ce devrait être le canton de provenance.

Priorité pour H+: soins aigus et de transition

H+ constate avec satisfaction que la CSSS-CE a inclus le thème des soins aigus et de transition dans son rapport relatif à l'lv. pa. 14.417 é. Dans le même temps, elle déplore que la commission ne propose pas pour le moment une révision de la loi. Les soins aigus et de transition constituent un complément important de l'offre des hôpitaux, cliniques et institutions de soins. Ils ont leur place dans les soins intégrés aux patientes et aux patients qui, certes, n'ont pas besoin de réadaptation mais qui ne peuvent pas non plus rentrer à la maison. L'objectif principal des soins aigus et de transition est d'offrir à ces personnes une étape intermédiaire après un séjour à l'hôpital ou en clinique qui corresponde à leurs besoins médicaux ou psychiatriques et contribue à leur rétablissement. De même, les soins aigus et de transition peuvent aussi éviter un séjour en hôpital aigu.

Le nouveau financement hospitalier a rendu plus transparent le financement des soins somatiques aigus. Cela a notamment pour conséquence que les subventionnements croisés disparaissent, par exemple pour les traitements en aval. Un financement séparé et intégral des traitements en aval, auxquels appartiennent les soins aigus et de transition, à côté de la réadaptation et des soins de longue durée, est donc d'autant plus important. Durant les débats parlementaires sur la révision de la LAMal relative au financement des soins, H+ a, au sein de la CI Financement des soins de l'époque, soutenu avec succès l'ancrage des soins de transition dans la loi.

Début 2014, H+ a mené une enquête auprès de ses membres sur le thème «Soins transitoires: où en sommes-nous?» Cette dernière a révélé que, trois ans après l'introduction du nouveau financement des soins, seules 30% des institutions proposaient des soins aigus et de transition. Le financement insuffisant par l'AOS, en particulier la durée de traitement trop courte et le non-remboursement des charges d'hôtellerie et d'assistance, était considéré comme l'obstacle principal. Dans cette enquête qui concernait les EMS, les hôpitaux de soins aigus auxquels sont rattachés des services de soins de longue durée, les cliniques de réadaptation ainsi que les hôpitaux psychiatriques et gériatriques, 73% des participants se prononçaient en faveur d'une prolongation de la durée légale des soins aigus et de transition.

Durée insuffisante des soins de transition

La durée des soins aigus et de transition fixée en 2008 dans la LAMal résulte d'un compromis arbitraire négocié à la dernière minute en défaveur des patientes et des patients concernés. Ce plafond de 14 jours ne correspond en rien à une nécessité médicale ou psychiatrique. Cette restriction a abouti à la suppression des soins de transition dans la plupart des hôpitaux aigus.

L'expérience de nos membres montre que nombre de patients, ainsi que leurs proches, sont dépassés par leur situation en rentrant à la maison après des soins aigus et de transition d'une durée de 14 jours. Cela est valable avant tout pour les patients très âgés et polymorbides ainsi

que pour leurs référents. Les fournisseurs de prestations ambulatoires en aval, comme l'aide et les soins à domicile, ne peuvent pas toujours compenser les déficits en matière d'indépendance et de mobilité, en particulier lorsque le temps manque, faute de rémunération, pour organiser un transfert coordonné. L'objectif déclaré des soins aigus et de transition – permettre aux patientes et aux patients un retour indépendant à la maison – n'est pas atteint dans de nombreux cas avec la durée de remboursement actuellement en vigueur.

L'enquête menée auprès de nos membres en 2014 révélait qu'une durée minimale de 4 semaines est nécessaire. En outre, le besoin en soins et en assistance de ces patientes et patients pour lesquels il n'y a pas de potentiel de réadaptation, varie fortement selon leur situation médicale et sociale. Il est donc nécessaire de prévoir des possibilités de prolongation du séjour si nécessaire. Pour cette raison, la durée de financement des soins aigus et de transition ne devrait pas être fixée au travers d'un nombre déterminé de jours mais devrait être définie sur la base des besoins. La prolongation doit se baser à nouveau sur la prescription du médecin traitant, en général le médecin de famille.

Financement insuffisant des soins de transition

L'objectif du retour indépendant à la maison implique que toutes les prestations – médicales, infirmières, thérapeutiques et hôtelières – soient indemnisées par le même répondant des coûts. Ceci est une garantie de qualité. Le non-remboursement des charges d'hôtellerie et d'assistance dans les soins de transition par rapport aux soins aigus ou à la réadaptation aboutit à des ruptures de financement et à des incitations biaisées. Le financement actuel n'incite pas les patients à recourir à l'offre en soins aigus et de transition. Ils restent plutôt en traitement stationnaire, ce qui entraîne des coûts plus élevés.

Il convient donc de corriger la différence d'indemnisation entre les soins aigus à l'hôpital et les soins de transition. Les coûts d'hôtellerie et d'assistance doivent être aussi pris en compte dans les soins aigus et de transition.

Par ailleurs, nos membres constatent régulièrement que les assureurs donnent la préférence aux soins aigus et de transition qui sont plus avantageux pour eux plutôt qu'à un traitement en réadaptation plus cher mais plus indiqué médicalement pour certains patients. Cela aboutit alors à une prise en charge inadéquate, avant tout pour des patients très âgés.

Enfin, l'attribution des soins de transition exclusivement aux EMS est, à notre avis, peu réaliste car les hôpitaux ont toujours proposé de telles offres, en particulier ceux qui ont toujours disposé d'un mandat pour les soins de longue durée en plus de celui pour les soins aigus. Cela concerne tout spécialement les régions périphériques et rurales.

Couverture insuffisante du financement résiduel

Avec la formule «Les cantons règlent le financement résiduel», l'art. 25a al. 5 LAMal a ouvert la voie à 26 solutions différentes. Comme une partie des cantons ont délégué la prise en charge des coûts résiduels aux communes, la situation est encore plus confuse. Aujourd'hui, nombre de cantons et de communes n'assument pas leur devoir de financement résiduel des coûts des soins ou ne l'assument que de manière insuffisante.

Dans le domaine stationnaire, les cantons ou les communes fixent les coûts imputables pour les soins à un niveau irréaliste qui, par voie de conséquence, ne couvre pas les charges (p. ex. le canton d'Argovie fixe le coût normatif de l'heure de soins à CHF 60.30 en 2015). Selon la statistique SOMED, quelque 600 EMS ont réalisé un bénéfice de près de CHF 220 millions alors que 950 ont enregistré une perte de plus d'un demi-milliard. Au total, les coûts des soins non-couverts dans les EMS s'élèvent à quelque CHF 250-350 millions.

H+ demande donc que l'art. 25a al. 5 LAMal soit précisé dans le sens que les cantons doivent assumer complètement tous les coûts résiduels des prestations de soins prodiguées sur leur territoire. A cet effet, il convient de promulguer des critères de calcul unifiés au niveau national pour le financement résiduel.

Financement insuffisant pour les situations de soins et de suivi entraînant des charges supplémentaires importantes

L'évolution de la population des patients dans les EMS (tableaux cliniques plus complexes, démences, soins psycho-gériatriques, soins palliatifs, etc.) a pour résultat que le niveau de soins requis le plus élevé défini par l'art. 7a al. 3 let. I OPAS («plus de 220 minutes») se situe dans de nombreux cas très en dessous du niveau effectif. Les patients nécessitant une intensité de soins élevée ne sont pas suffisamment pris en compte avec le système actuel et le financement est donc lacunaire. Lorsque le niveau de soins requis dépasse largement les 4 heures par jour, il est difficile de leur trouver une place en institution, à moins que l'Etat ne garantisse un financement supplémentaire. Et la situation se complique encore par le fait que les instruments d'évaluation des soins requis parviennent mal à représenter les soins plus intensifs et ceux d'assistance.

Les montants AOS définis à l'art. 7a al. 3 OPAS sont inchangés depuis 2011. Un mécanisme de vérification et d'adaptation de ces montants fait défaut. L'échelle doit être élargie, à notre avis, et les niveaux les plus élevés doivent être rémunérés par des montants plus élevés également. Simultanément, il convient, à titre de mesure d'accompagnement, de revoir la contribution des patients selon l'art. 25a al. 5 LAMal afin que ces derniers ne soient pas mis davantage à contribution en raison de l'introduction de paliers plus élevés pour les montants à la charge de l'AOS.

Synthèse

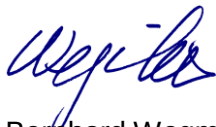
Sur la base de notre analyse du financement des soins, nous préconisons les améliorations suivantes:

- 1. La durée des soins de transition prescrite par la loi doit être supprimée (art. 25a, al. 2 LAMal).**
- 2. Si une durée des soins de transition reste prescrite par la loi, elle devrait être d'au moins 4 semaines et pouvoir être prolongée une fois en fonction des besoins.**
- 3. Les soins de transition doivent être financés de la même manière que les prestations de soins aigus qui les précèdent. En d'autres termes, les coûts de l'hôtellerie et de l'assistance doivent être pris en charge.**
- 4. L'art. 25a, al. 5 LAMal doit être précisé de telle sorte que les cantons assument dans leur totalité les coûts résiduels justifiés pour les prestations de soins relevant de leur territoire. Des critères de calcul unifiés au niveau national pour le financement résiduel doivent être édictés.**
- 5. L'art. 25a, al. 5 LAMal devrait être précisé de telle sorte que, lors de séjours en EMS hors du canton qui justifient également un changement de domicile, ce soit le canton où se situe l'EMS qui soit compétent pour la fixation et le versement du financement résiduel. Si la compétence est attribuée au canton de provenance, celui-ci devrait être explicitement obligé de prendre en charge les éventuelles différences de coûts par rapport à ceux du canton de l'EMS.**
- 6. L'art. 7a al. 3 OCP doit être adapté de telle sorte que l'échelle des niveaux de soins requis soit étendue et que les niveaux les plus élevés soient rémunérés par des montants plus élevés également. Il convient aussi d'ajuster les instruments d'évaluation des soins requis à la structure des patients d'EMS qui est devenue plus complexe aujourd'hui.**

- 7. A titre de mesure d'accompagnement du point 6, l'art. 25a, al. 5 LAMal doit être adapté de telle sorte que les assurés ne soient pas mis davantage à contribution en raison de l'introduction de paliers plus élevés, par exemple en adaptant le taux de la participation aux coûts.**

Nous vous prions de prendre nos demandes en considération et nous tenons volontiers à votre disposition pour toute question.

Avec nos meilleures salutations



Dr Bernhard Wegmüller
Directeur