

ASSURANCE-MALADIE

Evaluation du nouveau régime de financement des soins

Christine Heuer,
Christian Vogt ; Office fédéral de la santé publique

Le nouveau régime de financement des soins vise à prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et par les ménages, ainsi qu'à améliorer la situation, socialement précaire, de certaines catégories de personnes exigeant des soins. Une évaluation du nouveau régime est en cours.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, avait entraîné des développements importants et socialement nécessaires dans le domaine des soins. Alors que, sous l'ancien droit, les contributions aux soins étaient souvent modestes, l'assurance obligatoire des soins (AOS), désormais étendue à l'échelon fédéral, remboursait les soins dispensés à domicile (secteur ambulatoire), mais aussi ceux dispensés en établissement médico-social (EMS) ou à l'hôpital (secteur stationnaire). De plus, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile (domaine Spitex) étaient reconnus comme fournisseurs de prestations, à côté des infirmières travaillant à leur compte. Cette amélioration de la prise en charge des prestations a néanmoins conduit à une augmentation des coûts de l'AOS, qui s'est ajoutée à celle due à l'évolution de la démographie, de la médecine et de la société.

En 1998, des tarifs-cadre avaient été introduits à titre temporaire pour le domaine des soins en raison du manque de transparence des coûts et dans le but d'améliorer la maîtrise des coûts dans l'AOS. La mesure ne prétendait pas être viable à long terme et les tarifs-cadre ont finalement été remplacés, début 2011, par le nouveau régime de financement des soins. Cette révision de la législation concerne aussi les autres instruments de la sécurité sociale participant au financement des soins, à savoir l'allocation pour impotent de l'AVS et les prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI.

OBJECTIFS DU NOUVEAU RÉGIME ET MESURES PRINCIPALES Le nouveau régime de financement des soins a deux objectifs. Le premier est de prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'AOS,

puisque l'assurance prenait en charge de façon croissante, avant le nouveau régime, des soins dus à l'âge. Le deuxième objectif est d'améliorer la situation, socialement précaire, de certaines catégories de personnes exigeant des soins, et tout particulièrement d'éviter que ces personnes ne dépendent de l'aide sociale ou ne tombent dans la pauvreté.

Pour prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'AOS, les tarifs-cadre ont été remplacés par un système de contributions. La prise en charge des coûts a été réglée, et les coûts des soins ont été répartis entre les assureurs (AOS), les assurés et les cantons. L'AOS fournit ainsi une contribution fixe (en francs) aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire (par un infirmier ou une organisation Spitex) ou dans des EMS. Le montant des contributions est fixé en fonction du besoin en soins.

Les personnes exigeant des soins ne sont pas nécessairement capables de supporter elles-mêmes les frais d'accompagnement et d'hôtellerie (séjours en établissement) ou d'aide ménagère (soins à domicile), lesquels s'ajoutent à leur participation aux coûts des soins proprement dits. Pour limiter la charge des ménages et minimiser le risque de dépendance de l'aide sociale, le législateur a pris trois mesures. Premièrement : la part des assurés aux coûts des soins (participation des patients) a été plafonnée à 20 % du montant maximal pris en charge par l'AOS par jour¹ et la question du financement résiduel a été transférée aux cantons. Deuxièmement : une allocation pour impotent a été introduite dans l'AVS pour les personnes vivant à domicile et présentant une impotence légère, tandis que, dans le cas des résidents d'EMS, les franchises sur la fortune ont été relevées pour le droit aux PC à l'AVS. Enfin, les cantons ont été chargés de veiller à ce que les séjours en EMS n'entraînent pas de dépendance de l'aide sociale en général. En amont de l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations, il avait été redouté que cette réforme ne provoque le renvoi prématuré de patients des hôpitaux. Cela a conduit le Parlement à prévoir, à titre de troisième mesure, la possibilité que l'AOS prenne en charge durant deux semaines au plus les soins aigus et de transition

qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital.

Qui a besoin de soins n'a pas toujours les moyens de payer les frais d'accompagnement ou d'aide ménagère.

EXPÉRIENCES SOUS LE NOUVEAU RÉGIME Les Chambres fédérales ont continué à réfléchir intensivement au financement des soins après l'introduction du nouveau régime. Plus de trente interventions parlementaires ont été déposées. Elles traitent notamment du financement résiduel par les cantons, de la participation des patients aux coûts, des systèmes pour la saisie des besoins en soins, de la liberté de choix et d'établissement des personnes exigeant des soins, de l'égalité de traitement des prestataires publics et privés dans le domaine Spitex, mais aussi des principes de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations, ainsi que de la question de la délimitation entre soins et accompagnement. Par ailleurs, les commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux Chambres ont demandé l'établissement de rapports sur l'avancement de la mise en œuvre du nouveau régime (OFSP 2011a, 2011b, 2012, 2013). Le financement résiduel par les cantons a été abondamment débattu. Pour les séjours extracantonaux en EMS, il est prévu que le canton d'origine en soit désormais responsable, par analogie avec la règle prévue dans la loi sur les PC².

CONCEPTION ET RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie charge l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de procéder à des

¹ Le plafond actuel est fixé à 108 francs ; cf. art. 7a, al. 3, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; www.goo.gl/2mMyLP). La participation de la personne exigeant des soins s'élève ainsi à 21 francs 60 par jour au maximum.

² A ce sujet, cf. notamment Conseil fédéral (2015) et l'initiative parlementaire 14.417 « Amender le régime de financement des soins » (www.goo.gl/JP7sNH).

Nouveau régime de financement des soins : domaines thématiques de l'évaluation

Mise en œuvre

Par les cantons

- Adaptation des législations cantonales
- Règle matérielle pour le financement résiduel intra- et extracantonal
- Mise en œuvre pour les soins aigus et de transition
- Règlementation cantonale relative aux PC

Par les fournisseurs de prestations

- Délimitation entre soins et autres prestations

Questions conclusives

- Appréciation générale de l'avancement de la mise en œuvre
- Difficultés de mise en œuvre

Effets

Conséquences financières

- Evolution des coûts des soins
- Evolution des parts au financement des différents agents payeurs
- Impact financier pour l'AOS
- Impact financier pour les personnes exigeant des soins (part aux coûts des soins)
- Report entre soins et autres prestations
- Impact financier pour les pouvoirs publics

Conséquences sociales

- Situation financière des personnes exigeant des soins

Effets sur l'offre et la demande de prestations

- Effets généraux sur les fournisseurs de prestations
- Effets sur l'offre de soins
- Effets sur le recours aux soins
- Facteurs déterminant la décision en matière de soins
- Prise en charge appropriée/inappropriée des personnes exigeant des soins
- Conditions-cadre pour les soins / le personnel soignant

Questions conclusives

- Appréciation des effets visés et involontaires
 - Comparaison des régimes de financement cantonaux
 - Adaptations/mesures requises
-

Source : tableau des auteurs, inspiré d'OFSP (2016).

études scientifiques sur l'application et les effets de la loi (et de ses révisions). Une étude réalisée sur mandat dudit office pose des bases importantes pour l'évaluation du nouveau régime de financement des soins (Feh Widmer/Rüefli, 2015). Elle a en effet permis d'élaborer un modèle des effets de la révision de la loi, mais aussi de définir les questions principales à évaluer. De plus, l'étude a identifié les sources de données existantes et développé un modèle d'enquête avec ses destinataires potentiels (en particulier : personnes exigeant des soins, cantons, fournisseurs de prestations, assureurs).

Une communauté de travail a commencé le travail d'évaluation en avril 2016 sur mandat de l'OFSP. Le rapport devrait être publié fin 2017 et servira de base pour décider du développement futur du financement des soins. Un groupe composé de représentants des principaux acteurs concernés par le nouveau régime avait déjà accompagné l'étude posant les bases de l'organisation de l'évaluation ainsi que le travail d'élaboration du cahier des charges de l'évaluation (OFSP 2016). Les résultats de l'évaluation et les mesures envisageables sur cette base seront discutés par les représentants des personnes exigeant des soins, des fournisseurs de prestations (EMS et domaine Spitex), des assureurs, des cantons et de la Confédération avec l'équipe chargée de l'évaluation et les personnes compétentes à l'OFSP.

OBJECTIF DE L'ÉVALUATION ET DOMAINES THÉMATIQUES L'évaluation porte une appréciation sur l'avancement de la mise en œuvre, le degré de réalisation des objectifs et d'éventuels effets involontaires (voir encadré).

MÉTHODE Les nombreuses facettes de l'objet d'étude et l'état lacunaire des données invitent à combiner plusieurs méthodes d'enquête. Le délai imparti ne permet pas de traiter de manière approfondie tous les sujets soulevés ; si l'évaluation les aborde tous, elle se concentre sur quatre priorités :

RÉALISATION DES OBJECTIFS DE LA RÉVISION L'évaluation met l'accent sur l'appréciation de l'impact financier de la révision sur l'AOS et de son efficacité au plan de la politique sociale. Il s'agit d'exploiter au maximum les données disponibles. S'agissant de l'efficacité au plan de la politique sociale, les données sont lacunaires et ne permettent qu'une évaluation limitée. Pour y remédier, l'équipe chargée de l'évaluation réalise des études de cas dans six à huit communes (notamment au moyen d'enquêtes téléphoniques auprès de représentants des communes, de points de contact et d'organisations d'aide aux personnes exigeant des soins). Par ailleurs, les personnes directement concernées sont interviewées personnellement.

AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE L'évaluation doit rendre compte de façon aussi complète et actuelle que possible de la façon dont les cantons et les fournisseurs de soins mettent en œuvre le nouveau régime de financement

des soins. Les différentes politiques des cantons doivent être examinées et expliquées de manière fondée. Cela permettra une analyse nuancée des effets du nouveau régime et la mise en évidence de bonnes pratiques.

Pour décharger les cantons sur le plan administratif, une fiche d'information spécifique est élaborée pour chaque canton. Elle recense des documents importants disponibles (Internet, rapports de l'OFSP, bases légales cantonales, etc.). La liste est envoyée aux cantons et complétée par ceux-ci. Les expériences des fournisseurs de prestations sont recueillies par écrit ou au moyen d'une enquête en ligne.

EFFETS SUR LES COÛTS ET ÉVENTUELS EFFETS INVOLONTAIRES L'évaluation s'intéresse aux effets sur les coûts, mais aussi à d'éventuels effets involontaires (positifs ou négatifs) dans le comportement de la demande et du côté des prestations. Les données disponibles sont analysées en tenant compte des résultats choisis de différentes études. Les résultats obtenus lors des entretiens avec des personnes exigeant des soins ou lors de l'enquête menée auprès des EMS et des organisations Spitex sont consolidés et approfondis.

ADAPTATIONS ET MESURES ENVISAGEABLES Une appréciation complète des résultats de l'évaluation permettra d'identifier les forces et faiblesses du nouveau régime et d'en déduire d'éventuelles recommandations pour le développement du financement des soins. ■

BIBLIOGRAPHIE

OFSP (2016) : *Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Berne : OFSP] : www.goo.gl/jbXKmK

Conseil fédéral (2015) : *Compétence pour le financement résiduel dans le cadre du financement des soins*. Rapport du Conseil fédéral du 21 octobre 2015 en exécution des postulats 12.4051 « Séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile. Financement résiduel » du 4 décembre 2012, et 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 » du 11 décembre 2012 : www.goo.gl/WlloVJ.

Feh Widmer, Antoinette ; Rüefli, Christian (2015) : *Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Berne : Büro Vatter AG] : www.goo.gl/jbXKmK.

OFSP (2013) : *CSSS-N – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 3 octobre 2013. Mise en œuvre dans les cantons de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008* [Berne : CSSS-N] : www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2012) : *SGK-N / CSSS-N – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 13 août 2012. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons* [Berne : CSSS-N] : www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2011b) : *CSSS-E – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 28 juillet 2011. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons – Questions complémentaires* [Berne : CSSS-E] : www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2011a) : *SGK-CSSS-10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport du 26 avril 2011. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons* [Berne : CSSS-N] : www.goo.gl/enTtIG.



Christine Heuer

Lic. rer. soc., collaboratrice scientifique, service Evaluation et recherche, OFSP.
christine.heuer@bag.admin.ch



Christian Vogt

Politologue, collaborateur scientifique, section Tarifs et fournisseurs de prestations I, OFSP.
christian.vogt@bag.admin.ch