



Monsieur Alain BERSET
Conseiller fédéral
Chef du Département fédéral de
l'intérieur (DFI)
Palais fédéral
Inselgasse 1
3003 Berne

Date **10 OCT. 2018**

Prise de position du Conseil d'Etat valaisan concernant la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluations des soins requis)

Monsieur le Conseiller fédéral,

En réponse à la consultation du 4 juillet 2018 concernant l'objet cité en référence, nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position sur le projet de révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis) et vous faisons part ci-après de la position du Conseil d'Etat du canton du Valais.

Nous souhaitons souligner que nous partageons la position de la CDS du 27 août 2018.

1. Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

1.1 Remarques générales

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a évalué le nouveau régime de financement des soins (NRFS) et vérifié si l'introduction de ce dernier est sans incidence sur les coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008 (financement des soins), les cantons avaient trois ans pour adapter les tarifs et les conventions tarifaires aux contributions de l'AOS fixées par le Conseil fédéral pour les prestations de soins. Le NRFS est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011 avec un délai transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2013.

Les calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montrent que l'introduction du NRFS n'a pas été neutre du point de vue des coûts pour l'AOS : ainsi, les contributions aux EMS auraient reculé à partir du 1^{er} janvier 2014 par rapport à 2010, tandis que la charge représentée par les contributions aux soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants se serait en revanche alourdie. Le DFI propose par conséquent d'adapter les montants fixés dans l'art 7a OPAS, en augmentant les contributions de l'AOS aux EMS et en baissant celles versées aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants.

Nous rejetons toute baisse des contributions aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants et demandons au contraire une hausse substantielle de tous les montants fixés dans l'art. 7a OPAS, pour les raisons développées ci-après.

I. Les hypothèses avancées pour le calcul de la neutralité des coûts nous apparaissent contestables et peu pertinentes. La structure des prestations d'aide et de soins à domicile a notamment sensiblement évolué depuis 2011, avec un recul continu des prestations bon marché (soins de base) et une hausse de l'évaluation, des conseils, des mesures de coordination, des examens et des traitements, sans qu'il en soit tenu compte dans le calcul de la neutralité des coûts. Le postulat d'une évolution nulle des salaires n'est en outre guère intelligible. Selon l'Office fédéral de la statistique, les salaires dans le secteur de la santé ont augmenté d'environ 5 % entre 2010 et 2016. Dans les EMS, cette hausse était d'un peu plus de 2 %, et même de 4 à 6 % pour les cadres subalternes et les employés, qui constituent la grande majorité du personnel soignant.

II. Dans son avis du 4 juillet 2018 concernant l'évaluation du NRFS, le DFI rappelle que l'un des objectifs du nouveau régime de financement était d'éviter que la contribution de l'AOS aux coûts des soins n'augmente davantage. Il ressort de l'évaluation réalisée par le bureau d'étude INFRAS que cet objectif a été atteint, la contribution de l'AOS aux soins ambulatoires ayant même reculé de 2 %. La baisse proposée dans le projet de montants AOS pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants n'est par conséquent pas justifiée, raison pour laquelle nous la rejetons.

III. Le rapport final d'évaluation du NRFS met en lumière l'importante charge financière supplémentaire que doivent assumer les cantons et les communes, notamment en raison d'une hausse constante, dans les années qui ont suivi l'introduction du NRFS, des contributions versées aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile. Le fait même que cette évolution se poursuit depuis 2014 démontre bien que le transfert des coûts de l'AOS vers les cantons et les communes n'est pas seulement une conséquence du changement de système de financement des soins. La part de financement à la charge des cantons et des communes continuera d'augmenter si aucune mesure n'est prise. Il n'est pas acceptable que les cantons et les communes assument intégralement la hausse des coûts dans le domaine des soins, notamment parce que les assureurs-maladie sont les seuls habilités à évaluer au cas par cas le caractère économique des prestations (soins à domicile ou soins en EMS) et que les tribunaux, lors de telles évaluations, considèrent uniquement les coûts à la charge de l'AOS.

IV. Les organisations d'aide et de soins à domicile ne s'occupent pas seulement des personnes âgées dans les soins dits de longue durée, mais toujours plus également de personnes plus jeunes qui peuvent ainsi quitter l'hôpital plus tôt ou n'ont même pas besoin d'être hospitalisées. Confédération et cantons suivent pour de petites interventions la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire » (AavS). La baisse des contributions AOS pour l'aide et les soins à domicile envoie dans ce contexte un signal tout à fait erroné et sape la stratégie AavS.

V. En outre, les fournisseurs de prestations ne peuvent désormais plus facturer séparément à l'AOS le matériel de soins en raison de bases légales jugées insuffisantes par le Tribunal administratif fédéral (TAF). L'OFSP estime que cette lacune de financement doit être couverte par le financement résiduel. Ne pouvant accepter un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution. L'AOS a payé le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre cette solution de financement serait donc neutre du point de vue des coûts pour l'AOS.

Le financement du matériel de soins par les cantons et les communes doit être rejeté également parce que seul l'assureur-maladie reçoit les informations nécessaires pour le contrôle des factures et peut examiner si le choix et l'utilisation du matériel se fait selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Dans le contexte actuel, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêts du TAF relatifs au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons.

VI. Les contributions AOS pour les prestations des EMS sont fondamentalement graduées selon les soins requis (par tranches de 20 minutes). Si les soins durent plus de 220 minutes par jour, on ne peut toutefois, tout comme aujourd'hui, plus opérer de différenciation et la contribution est limitée. Cette réglementation valable depuis 2011 est inappropriée, car l'AOS ne participe pas proportionnellement au volume des soins dans les cas les plus lourds, notamment pour les personnes atteintes de démence et ou en soins palliatifs. Il convient donc d'inscrire dans l'art. 7a, al. 3 OPAS la participation proportionnelle de l'AOS également en cas de soins requis de plus de 220 minutes.

Le fait que les développements exposés aux points III et V ne sont pas pris en compte dans les propositions du DFI ne correspond pas à une volonté politique largement partagée. La CDS, à l'instar de certains milieux parlementaires (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Question 18.5133, Mo. 18.3710), demande depuis longtemps une réponse adaptée à cette réalité.

L'introduction de contributions AOS adaptées en cours d'année n'est à notre avis pas réalisable, car les cantons devraient prévoir deux participations différentes des patients et deux financements résiduels différents pour une année civile en raison des modifications apportées aux contributions, ce qui entraînerait un surcroît de charges administratives disproportionné pour les fournisseurs de prestations. Étant donné qu'une grande partie des bénéficiaires de prestations reçoivent également des prestations complémentaires (PC), plusieurs dizaines de milliers de décisions PC dans toute la Suisse devraient être adaptées aussi en milieu d'année au lieu de l'être comme d'habitude uniquement en début d'année (en raison de primes moyennes plus élevées ou de rentes AVS plus élevées), ce qui entraînerait un énorme surcroît de travail pour les communes. Nous suggérons par conséquent que la période d'introduction soit fixée au début d'une année.

1.2 Propositions

Concrètement, nous demandons

- a) que l'adaptation des montants fixés dans l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS tienne compte de l'évolution des coûts dans le domaine des soins survenue ces dernières années, en particulier depuis 2014 jusqu'à la date de l'entrée en vigueur des montants adaptés ;
- b) qu'il soit précisé dans l'OPAS que les montants figurant à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS sont adaptés au moins tous les trois ans à l'évolution des coûts dans les soins ;
- c) que l'OPAS soit modifiée de telle sorte que les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, OPAS (infirmières et infirmiers, organisations d'aide et de soins à domicile, EMS) puissent facturer à l'AOS le matériel de soins indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une remise Lima ou de matériel utilisé durant les soins. Il convient de légaliser et de poursuivre le financement actuel. Une autre option pourrait être d'inclure dans les contributions AOS les coûts du matériel de soins pour les EMS. Les organismes d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants doivent avoir la possibilité de facturer séparément le matériel de soins ;
- d) que les adaptations concernant le matériel de soins fassent l'objet d'une procédure accélérée et entrent en vigueur au 1er janvier 2019 ;
- e) que les montants AOS pour les prestations des EMS (art. 7a, al. 3, OPAS) soient gradués par tranches de 20 minutes même si le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour, cela en augmentant le nombre de niveaux de soins figurant à l'art. 7a, al. 3, OPAS.

2. Évaluation des soins requis et exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins requis

Les modifications proposées concernant la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins vont dans le bon sens. Nous soutenons sur le principe la majorité des modifications; différents compléments sont toutefois nécessaires en vue de prévenir des augmentations du volume et le risque de hausse des coûts qui en découle.

Dans le rapport, des explications nous manquent sur les incidences financières des modifications concernant l'évaluation des soins requis dans les EMS. Les fournisseurs des instruments RAI/RUG

et BESA font actuellement valoir que leurs instruments sous-estiment considérablement dans de nombreux cas le temps nécessaire aux soins et qu'il convient de procéder à des adaptations. Outre la question des incidences financières qu'auraient ces adaptations, se pose aussi la question de savoir quelle instance est légitime pour évaluer la qualité d'une étude de temps et ordonner les adaptations dans les instruments.

Nous partons du principe que les instruments d'évaluation des soins requis en EMS actuellement utilisés (BESA, RAI-RUG et Plaisir) ainsi que de nouveaux instruments (p. ex. InterRAI) pourront continuer à être utilisés et ne seront pas réduits à simplement déterminer le besoin en temps. Il est important que les instruments conservent leur fonction de réflexion et de planification des soins adéquats. De plus, au vu des réflexions et travaux en cours au niveau intercantonal (notamment au sujet d'InterRAI), il semble prématuré de fixer dans l'OPAS des critères de choix de systèmes d'évaluation.

Conclusion

L'adaptation des contributions ne tient pas compte des deux arrêts du TAF relatifs au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons. Ceci n'est pas acceptable. Ne pouvant tolérer un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

Au nom du Conseil d'Etat

La présidente		Le chancelier
 Esther Waeber-Kalbermatten		 Philipp Spörri

Annexe : Questionnaire

Copie : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Prise de position de

Nom / entreprise / organisation / canton : Canton du Valais

Abréviation de l'entr. / org. : VS

Adresse : Place de la Planta / CP 478 / 1951 Sion

Personne de référence : Mme Estelle Salamin

Téléphone : 027/606.49.32

Courriel : estelle.salamin@admin.vs.ch

Date : 10 octobre 2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts,
évaluation des soins requis)**

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)			
Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales		
VS	Dans le contexte actuel, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêtés du TAF relatif au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons.		
Nom / entreprise	commentaires / remarques	article	modification proposée (texte proposé)
VS	Cf. proposition a et b (page 3 de notre courrier)	7a al. 1 et 3	
VS	Cf. proposition e (page 3 de notre courrier)	7a al. 3	
VS	Cf. notre courrier page 5	8a al.1 let.a	
VS	Cf. notre courrier page 5	8a al.1 let.b	
VS	Cf. notre courrier page 5	8 al.3	
VS	Cf. notre courrier page 5 et 6	8b al.2 et 3	
VS	Cf. notre courrier page 6	8b al. 4	
VS	Cf. notre courrier page 6	8c al. 1 et 2	
VS	Cf. notre courrier page 6	8c al. 3	
VS	Cf. noter courrier page 7	8c al.4	

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts,
évaluation des soins requis)**

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018
