

Berne, le 22 octobre 2018

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

## **Prise de position de CURAVIVA Suisse**

### **1. Introduction**

Une procédure de consultation relatif à une [modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie \(OPAS\) concernant la neutralité des coûts ainsi que l'évaluation des soins requis](#) a été ouverte le 4 juillet 2018.

Documents officiels pertinents de la consultation :

- [Modifications de l'OPAS neutralité des coûts et évaluations des besoins en soins](#)
- [Teneur des modifications et commentaire](#)

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse remercie l'OFSP de l'avoir invitée à participer à la consultation.

Dans ce cadre, le Conseil fédéral entend prendre les mesures suivantes :

- « Ajustement » aux prestations de soins des contributions de l'AOS fixées lorsque le financement des soins a été introduit : le montant des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit augmenter de 6,7 % pour les prestations de soins des établissements médico-sociaux (EMS) et baisser de 3,6 % pour les organisations d'aide et de soins à domicile. Cette démarche doit permettre de maintenir le EMS à un niveau identique avant et après l'introduction du nouveau financement des soins (neutralité des coûts).
- Développement des compétences du personnel soignant dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins des patientes et des patients, ce qui doit permettre de valoriser leur activité et de simplifier les charges administratives.
- Détermination d'exigences minimales en matière d'évaluation des besoins en soins dans les EMS : cela doit permettre d'aligner les instruments de saisie des besoins en soins et l'évaluation de situations de soins identiques afin de garantir un traitement égalitaire des assuré-e-s dans tous les cantons.

### **2. Lacunes et défauts du projet**

**CURAVIVA Suisse considère que le projet mis en consultation est clairement insuffisant et décevant.** Certes, en tant qu'association de branche nationale, nous saluons expressément la hausse proposée des contributions à l'AOS pour les séjours en EMS et nous approuvons l'orientation des autres propositions. Le contenu très limité et largement technique du projet ne permet cependant pas d'apporter des réponses à un grand nombre des problèmes qui se présentent actuellement en matière de financement des soins, qu'il s'agisse de lacunes connues

depuis longtemps ou de défauts nouveaux auxquels il faut remédier d'urgence. Quelques-unes de ces questions figurent dans le rapport d'évaluation du financement des soins rendu public le 4 juillet 2018, mais n'ont pas été prises en compte par le Conseil fédéral.

De ce fait, CURAVIVA Suisse demande l'adoption des mesures complémentaires suivantes :

## **2.1. Garantie du financement résiduel**

Le nouveau financement des soins a introduit des contributions fixes pour les assureurs et les patientes et patients. Les coûts de soins résiduels doivent être assumés par les cantons dans la mesure où ceux-ci ne délèguent pas cette tâche à leurs communes. La pratique a déjà montré, peu de temps après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, que certains cantons n'assumaient pas suffisamment leur obligation de financement résiduel. Les coûts des soins non couverts posent de gros problèmes aux prestataires et aux patientes et patients. L'arrêt 9C\_446/2017 du Tribunal fédéral du 20 juillet 2018 a confirmé que les cantons devaient prendre en charge l'ensemble des coûts résiduels des soins générés sur leur territoire. Ce n'est que lorsqu'ils peuvent prouver, dans certains cas particuliers, que les prestataires n'ont pas travaillé de façon économique et efficiente qu'ils sont autorisés à réduire le montant des contributions qu'ils leurs versent.

### **Requête 1 : garantie que les cantons financent l'ensemble des coûts résiduels des soins générés sur leurs territoires**

La Confédération veille à ce que l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_446/2017 soit appliqué dans l'ensemble des cantons et à ce que les bénéficiaires de soins ne soient pas grevés de façon supplémentaire. Elle le fait si nécessaire en modifiant le droit en conséquence. Si plus amples clarifications sont nécessaires, elle définit ce qui est compris dans le coût des soins et doit être couvert par le financement résiduel.

## **2.2. Remboursement des coûts des matériels de soin**

Le Tribunal administratif fédéral a jugé, dans des arrêts du 1<sup>er</sup> septembre et du 7 novembre 2017 (C-3322/2015 et C-1970/2015), qu'en vertu du droit applicable, il fallait distinguer deux types de situations lors de la remise de produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) : si lesdits produits sont utilisés de façon autonome par les patientes et patients eux-mêmes, les assureurs-maladie prennent les coûts en charge conformément à la LiMA, mais ils n'ont pas à le faire si les produits sont utilisés par le personnel soignant. Concrètement, cela signifie que les cantons ou les communes doivent désormais assumer le financement résiduel des coûts supportés par les organisations d'aide et de soins à domicile, les EMS et les infirmières et infirmiers indépendants.

Ces décisions ont des répercussions extrêmement négatives sur l'apport des soins. Dans le domaine des soins ambulatoires en particulier, les moyens et appareils sont en partie appliqués alternativement par les patients et par le personnel soignant. En vertu des arrêts susmentionnés, ils doivent maintenant être pris en charge dans un cas par l'assureur-maladie, et dans l'autre par le canton ou la commune en vertu du financement résiduel. Cela cause des problèmes de délimitation difficiles à résoudre ainsi que des charges administratives considérables et inutiles. Il faut en outre relever que seuls les assureurs-maladie reçoivent les informations nécessaires au contrôle des factures. Les cantons et les communes ne sont pas en mesure de vérifier l'économicité, l'adéquation et l'efficacité des prestations.

C'est pourquoi CURAVIVA Suisse requiert que le droit soit modifié d'urgence afin de mettre un terme à la distinction entre application des moyens et des appareils par les patientes et les patients de façon autonome et application par les professionnels, car cette distinction en pratique

totalément inappropriée. En outre, le droit doit aussi être modifié afin de permettre aux professionnels des soins indépendants, aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux EMS de facturer le matériel de soins aux assureurs-maladie comme c'était le cas avant le prononcé des arrêts susmentionnés. CURAVIVA Suisse demande en outre que ces adaptations entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans le cadre d'une procédure accélérée.

#### **Requête 2 : adaptation de l'article 20 OPAS**

« L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement ».

#### **Requête 3 : entrée en vigueur urgente de l'article 20 OPAS révisé**

La requête 2 doit entrer en vigueur par décision urgente au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

#### **Requête subsidiaire : modification législative dans les plus brefs délais**

Si la loi doit être modifiée, la révision correspondante est présentée au Parlement dans les plus brefs délais (voir aussi la motion [18.3710](#) de la CSSS-CN « Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins »).

### **2.3. Financement des situations de soins spécifiques**

Les coûts liés aux maladies doivent être remboursés de façon cohérente. Il en va de même pour l'augmentation du temps de travail et les prestations supplémentaires afférentes aux soins prodigués aux personnes atteintes de démence ainsi qu'aux soins palliatifs. Si le financement de ces soins spécifiques n'est pas amélioré, les objectifs des Stratégies nationales en matière de démence et de soins palliatifs lancées par la Confédération ne seront que partiellement atteints. Les prestations de soins selon la LAMal doivent donc mieux tenir compte des maladies et situations particulières, ce qui suppose qu'elles soient mieux prises en compte au niveau de l'ordonnance. Sans cette correction, leurs coûts seront supportés uniquement par les patientes et les patients et/ou par les pouvoirs publics. Si les premiers ne peuvent pas les assumer, leur liberté de choix et leur droit à des soins optimaux seront restreints. En outre, pour mieux prendre en considération l'intensité des soins apportés aux personnes atteintes de démence, bénéficiant de soins palliatifs ou atteintes de multimorbidité, il faut porter le nombre maximal de niveaux de soins dans les EMS de douze à dix-huit. À défaut, les coûts supplémentaires liés aux situations de soins intensifs, surtout en fin de vie, ne seront supportés exclusivement par les cantons et les communes. Cette modification de l'OPAS permettra aussi de répondre à une exigence posée par le postulat [18.3384](#) « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie ».

#### **Requête 4 : financement adéquat des prestations liées à la démence et aux soins palliatifs (art. 7, al. 2 OPAS).**

L'article 7, alinéa 2 OPAS doit être complété pour saisir et financer de façon adéquate les prestations liées à la démence et aux soins palliatifs.

#### **Requête 5 : saisie adéquate des prestations liées à la démence et aux soins palliatifs (art. 7a, al. 3 OPAS)**

L'article 7a, alinéa 3 OPAS doit être complété de façon à permettre un échelonnement des contributions de l'AOS aux prestations de soins apportées dans les EMS par tranches de 20 minutes, y compris lorsque le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour. Le nombre de niveaux doit à cette fin passer de douze à dix-huit.

## 2.4. Règlements adéquats des soins aigus et de transition

Les soins aigus et de transition (SAT) ont pour objectif principal de proposer une transition aux patientes et aux patients après un séjour à l'hôpital s'ils ont temporairement besoin lors de leur convalescence de soins pour recouvrer au quotidien leur autonomie et pouvoir rentrer chez eux. Il est possible d'atténuer leurs coûts tout en évitant les complications et les prestations inadaptées grâce à une solution judicieuse. Les SAT sont cependant actuellement conçus d'une façon qui s'est avérée inadéquate. C'est pourquoi peu de prestataires les proposent. Les exemples pratiques, rares, montrent que leur durée maximale est clairement trop faible pour atteindre les objectifs. Afin d'être mis en œuvre de façon effective, les SAT doivent pouvoir être remboursés par l'AOS et par les cantons de résidence des patientes et des patients ainsi qu'être prolongés si nécessaire de quatre semaines au maximum au lieu de deux. Il faut en outre les financer comme les traitements en amont des maladies aiguës ; en prenant en compte les frais d'hôtellerie et de prise en charge.

### Requête 6 : nouvelle réglementation des SAT / adaptation de l'art. 25a al. 2 LAMal

« Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant quatre semaines au plus conformément à la réglementation du remboursement des traitements stationnaires, y compris ce qui concerne le séjour et les soins à l'hôpital (art. 49 al. 1) ainsi que selon celle du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les soins aigus et de transition peuvent, en fonction des besoins et sur prescription d'un médecin, être prolongés à une reprise pour quatre semaines au plus. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits ».

## 3. Prise de position sur le projet mis en consultation

### 3.1 Adaptation des contributions de l'AOS (art. 7 al. 1 et 3 OPAS)

CURAVIVA Suisse requiert une augmentation significative de l'ensemble des contributions en vertu de l'article 7a OPAS. Comme le montre aussi le rapport d'évaluation relatif au nouveau financement des soins, la hausse des coûts engendrée en premier lieu par la démographie depuis l'introduction du nouveau financement des soins ambulatoires et stationnaires a eu un impact négatif très unilatéral sur le budget des cantons et des communes. Pour éviter que le système se retrouve en difficulté, il faut le corriger de façon adéquate. Les financeurs résiduels peuvent ainsi, en contrepartie, mieux s'acquitter de leurs obligations légales et doivent donc être davantage mis à contribution (voir requête 1).

CURAVIVA Suisse estime en conséquence que l'approche adoptée par l'OFSP pour calculer la neutralité des coûts est mauvaise, même si elle est conforme au mandat donné par le législateur d'évaluer par ce calcul dans quelle mesure les objectifs initiaux ont été atteints. Il est cependant incompréhensible que le Conseil fédéral propose la correction des contributions de l'AOS sur le seul fondement de cette considération statique et ne prenne pas en compte l'évolution dynamique qui s'en est suivie. Le postulat [16.3352](#) de la CSSS-CN, transmis à la quasi-unanimité par le Conseil national le 19 septembre 2016, demande aussi la prise en compte de cette évolution. Il réclame un financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs. Le DFI a indiqué que, pour y répondre, il était en train d'envisager une adaptation des contributions de l'AOS.

CURAVIVA Suisse remet en outre en cause la méthode de calcul utilisée par le DFI : l'OFSP extrapole les contributions de l'AOS aux prestations de soins dans les EMS et à domicile pour l'année 2009 (année de base) en fonction du renchérissement au cours des années 2007 et 2008

(= 3,1 %) (cf. « Teneur des modifications et commentaire », p. 4). Cependant, ce critère constituant une base beaucoup trop générale et imprécise. Il faudrait plutôt prendre en compte l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Cette démarche permettrait de limiter l'évolution des coûts à considérer de façon beaucoup plus ciblée et fiable. C'est un fait : les salaires ont augmenté ces dernières années. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les salaires ont augmenté de près de 5 % dans le secteur de la santé entre 2010 et 2016. Dans les EMS, ils ont cru au cours de cette période de 2 % chez les cadres d'échelon inférieur et de 4 à 6 % chez les non-cadres, qui représentent une partie importante du personnel soignant.

Eu égard à l'insuffisance des bases de calcul et à l'imminence du contrôle général des contributions de l'AOS, **la diminution des contributions aux soins ambulatoires n'a absolument aucun sens. CURAVIVA Suisse rejette clairement cette proposition.**

**CURAVIVA Suisse salue en revanche expressément celle qui vise à augmenter les contributions de l'AOS de 6,7 % pour les séjours en EMS. Cette augmentation devrait cependant être nettement plus élevée.** Les contributions des assureurs-maladie en vigueur ont été fixées en 2011 à un niveau trop bas de CHF 9.-- par tranche de 20 minutes de soins et n'ont en outre pas été réévaluées depuis lors. Elles doivent maintenant être adaptées d'urgence, d'autant plus que la structure de la patientèle des institutions de soins a fortement évolué depuis 2011. Les exigences en matière de soins se sont accrues et il a fallu recourir à du personnel plus qualifié, avec des prétentions salariales plus élevées. Les statistiques de SASIS et SOMED indiquent qu'en 2010, l'AOS versait encore une contribution de 52,99 % des coûts avérés liés aux soins dispensés dans les EMS. Cette contribution a baissé à 44,69 % jusqu'en 2016. Cette année-là, les assureurs-maladie n'ont de ce fait plus versé que CHF 55,63 par journée de résidence alors qu'ils déboursaient encore CHF 58,78 en 2010.

Il faut souligner dans ce contexte que les soins ne sont pas compris dans les facteurs de coûts de l'AOS. Les statistiques de l'OFSP indiquent au contraire que la part des soins (aide et soins à domicile et EMS) dans les prestations brutes de l'AOS a diminué au cours des dix dernières années, passant de 10,0 % à 8,6 %. Dans le même temps, les prestations brutes par personne assurée pour les EMS ont baissé de quatre francs par an.

Lorsque les contributions feront l'objet d'un contrôle général, il faudra prendre en compte l'adaptation des contributions de l'AOS pour des situations de soins particulières (voir chiffre 2.3 ci-dessus) afin d'éviter les effets de cumul.

Leurs modifications devraient en outre entrer en tout cas en vigueur au début d'une année civile. La date du 1<sup>er</sup> juillet 2019 prévue, sans raison apparente, par le Conseil fédéral est totalement inappropriée. Son maintien affecterait fortement la pertinence des fondements statistiques et budgétaires de l'ensemble des partenaires impliqués dans le financement de ces contributions et compliquerait beaucoup leur mise en œuvre.

**Requête 7 : augmentation des contributions de l'AOS avec prise en compte de l'évolution du coût des soins**

L'adaptation actuelle des contributions en fonction de l'article 7a, alinéas 1 et 3 OPAS doit tenir compte de l'évolution du coût des soins au cours des dernières années, en particulier entre 2014 et la date à laquelle l'adaptation des contributions entrera en vigueur.

**Requête 8 (variante minimale) : augmentation de 6,7 % des contributions de l'AOS prévues à l'article 7a alinéa 3 OPAS par l'avant-projet mis en consultation**

**Requête 9 : Entrée en vigueur des adaptations au 1<sup>er</sup> janvier 2019 ou au 1<sup>er</sup> janvier 2020**



Si notre requête 2 est rejetée et si la pratique juridique en vigueur suite aux arrêts susmentionnés du Tribunal fédéral reste inchangée, il faudra augmenter encore les contributions de l'AOS en raison du transfert des coûts du matériel de soin des assureurs-maladie vers les cantons et les communes. En effet, les produits de la LiMA n'ont pas été pris en compte lors de la détermination des contributions de l'AOS actuelles et doivent par conséquent continuer, comme requis, à être supportés par les assureurs, ou conduire à une augmentation supplémentaire de ces contributions.

**Requête subsidiaire: prise en compte dans l'article 7a alinéa 1 OPAS des coûts des moyens et des appareils lors de la détermination des contributions de l'AOS**

CURAVIVA Suisse demande une augmentation substantielle des contributions de l'AOS pour financer les produits de la liste des moyens et appareils (LiMA; art. 7a, al. 1 OPAS).

Le maintien de l'équilibre entre agents payeurs en matière de financement des soins nécessite de manière régulière un contrôle et une adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution effective des coûts. C'est pourquoi CURAVIVA Suisse demande l'adoption d'une loi à ce sujet. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin doit être déterminant. Le contrôle et l'adaptation des contributions de l'AOS doivent avoir lieu au moins tous les trois ans pour répondre aux besoins pragmatiques des financeurs résiduels et des prestataires. Le postulat de la CSSS-N adopté le 19 septembre 2016 et intitulé « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs » charge le Conseil fédéral de montrer comment les contributions de l'AOS aux prestations de soins fournies peuvent régulièrement être adaptées au renchérissement.

**Requête 10 : actualisation régulière des contributions**

L'article 25a, alinéa 4 LAMal doit être complété comme suit :

« Le Conseil fédéral fixe les contributions en francs en fonction du besoin en soins. *Il les contrôle au moins tous les trois ans et les adapte de façon à ce que tous les agents payeurs financent à parts égales les coûts des soins.* Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités. »

### 3.2. Développement des compétences du personnel soignant

CURAVIVA Suisse soutient le principe de la proposition du Conseil fédéral visant à mieux reconnaître les compétences du personnel soignant. Comme indiqué plus bas, la solution proposée ne permet néanmoins pas d'apporter une amélioration significative sur ce point, en particulier pour le personnel soignant diplômé des EMS. CURAVIVA Suisse estime qu'une base légale est nécessaire pour atteindre un développement des compétences du personnel soignant. C'est l'unique moyen de donner au personnel soignant diplômé des responsabilités correspondant à ses compétences et de réduire les charges administratives inutiles. Les explications données plus bas à ce sujet le sont sous cette réserve importante.

**Requête 11 : développement des compétences du personnel soignant au niveau législatif**

Pour développer les compétences du personnel soignant diplômé, une base légale adéquate doit être prévue qui régisse ses responsabilités en fonction de ses compétences.

### Évaluation des besoins en soins (art. 7 al. 2 let. a ch. 1 OPAS)

CURAVIVA Suisse approuve les modifications proposées de l'article 7 alinéa 2 lettre a chiffre 1 OPAS : le personnel soignant diplômé est compétent pour poser des diagnostics infirmiers et évaluer les besoins en la matière. Cette disposition est aussi ancrée dans la loi fédérale sur les professions de la santé. Le nouvel article 7 alinéa 2 lettre a chiffre 1 OPAS ne mentionne donc

logiquement plus la collaboration avec un médecin. Il n'indique plus non plus explicitement que les mesures nécessaires doivent être planifiées avec les patientes et les patients. Cette suppression a du sens car elle correspond mieux à la réalité des processus de soins. En outre, le terme « évaluation » du besoin en soins est plus adapté lorsqu'il signifie « déterminer » que « clarifier », même si cela ne change rien en pratique.

Il faut noter de façon générale que la distinction telle qu'opérée par l'article 7 alinéa 2 OPAS entre les types de prestations de soins pour les EMS n'est pas correcte. Elle devrait être contrôlée et adaptée.

### **Conception du mandat médical (art. 8 al. 1 OPAS)**

CURAVIVA Suisse estime adéquat que les tâches soient réparties de façon à ce qu'un médecin prescrive les soins et que le personnel soignant diplômé les mette en œuvre en fonction de son analyse des besoins concrets en la matière. Cela correspond en effet déjà à la pratique actuelle, qui est pertinente : les médecins sont responsables des prescriptions qu'ils font en fonction des diagnostics qu'ils ont posés, et les personnels soignants s'occupent ensuite eux-mêmes d'évaluer les besoins et de dispenser les soins. De plus, pour CURAVIVA Suisse, il est en soi pertinent que les médecins responsables reçoivent les résultats des analyses relatives à ces besoins pour pouvoir assumer leur tâche de coordination.

La nouvelle réglementation proposée pourrait cependant mettre cette procédure en péril car elle autorise les médecins à délivrer des ordonnances sans que les soins soient évalués au préalable. Il serait préférable d'obliger expressément les médecins à fonder en principe leurs prescriptions et leurs mandats médicaux sur une analyse des besoins. En outre, dans les EMS, il pourrait s'avérer inutile, en pratique, de développer les compétences du personnel soignant, même si cela part d'une bonne intention car la différenciation entre les prestations a/b/c n'est pas utilisée dans le système des douze niveaux de besoins en soins. Il s'agit donc d'adopter une autre approche : le personnel soignant diplômé doit pouvoir initier et mettre en œuvre de son propre chef l'analyse des besoins en soins, poser des diagnostics infirmiers et réaliser des prestations de soins en fonction de ses compétences.

### **Requête 12 : refonte du développement des compétences**

Les règles relatives au « développement des compétences » sont repensées. Il faudra renoncer à opérer une séparation artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part.

### **Durée de validité du mandat médical (art. 8 al. 6 OPAS)**

CURAVIVA Suisse approuve la prolongation de la durée de validité des mandats médicaux/des prescriptions. Celle-ci ne peut cependant, sans réglementation séparée pour les EMS, être valable que pour les soins ambulatoires à domicile et non pour ceux dispensés dans les EMS en raison de la distinction incomplète entre les soins de base et les soins de traitement (let. a et b). La prolongation de cette durée de trois à six mois et de six à douze mois peut dans de rares cas contribuer à réduire les charges administratives et à améliorer l'autonomie du personnel soignant. L'utilité de cette mesure semble cependant limitée, d'autant plus que les besoins en soins évoluent dans la plupart des cas au cours de cette longue période, de sorte qu'il faut de toute façon demander de nouvelles ordonnances, d'autant qu'en pratique, les situations se complexifient et perdent leur logique en raison des divers calendriers des prestations b et a/c, qui engendrent aussi des surcoûts liés au fait que, dès lors que des patientes ou patients ont besoin de plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée des prescriptions. CURAVIVA Suisse propose une durée uniforme de neuf mois au maximum.

CURAVIVA Suisse demande en revanche une amélioration des soins de transition, dont la durée ne peut dépasser deux semaines au maximum, ce qui est inadéquat. Cette démarche est urgente et nécessaire (cf. let. c et le chiffre 2.4 ci-dessus, requête 6).

**Requête 13 : refonte de la durée de validité du mandat médical**

L'article 8 alinéa 6 lettres a et b OPAS doit être reformulé comme suit :

a) « La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser :

**neuf mois pour les prestations fournies en vertu de l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c ».**

b) *supprimer cette disposition*

**Évaluation des soins requis : généralités (art. 8a OPAS)**

CURAVIVA estime que la référence à l'article 49 OAMal prévue dans l'article 8a, alinéa 1 OPAS doit être rejetée car elle conduit à exiger que le personnel soignant ait une expérience professionnelle de deux ans, alors qu'il n'a pas besoin, en vertu de la loi fédérale sur les professions de la santé, d'être expérimenté pour exercer ses fonctions de façon autonome. Le maintien de cet obstacle à l'évaluation des soins requis est donc incompréhensible. CURAVIVA Suisse demande ainsi que cette disposition soit supprimée sans être remplacée.

CURAVIVA Suisse propose en outre, conformément aux explications ci-dessus relatives à l'article 8 OPAS, de renoncer à opérer une séparation artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part, et de supprimer en conséquence la lettre b (cf. point 3.2, requête 12).

**Requête 14 : nécessité d'une expérience professionnelle pour évaluer les soins requis**

La référence à l'article 49 OAMal prévue dans l'article 8a alinéa 1 OPAS doit être supprimée. Il en va de même pour la disposition prévoyant que seul le personnel soignant au bénéfice d'une expérience professionnelle de deux ans peut évaluer les besoins en soins des patientes et des patients.

**Requête 12 (répétition) : refonte du développement des compétences**

Les règles relatives au « développement des compétences » doivent être repensées. Il faut renoncer à opérer une distinction artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part.

**3.3. Exigences minimales en matière d'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux****Évaluation des besoins dans les établissements médico-sociaux (art. 8b al. 1 OPAS)**

CURAVIVA Suisse salue l'obligation de ne limiter expressément, dans le cadre de l'évaluation des besoins, que les coûts des soins visés par l'article 33, lettre b OAMal. Le Parlement a lui aussi expressément rejeté une évaluation plus poussée incluant notamment les coûts de prise en charge des patientes et des patients.

La question de la nature des prestations sur lesquelles se fonde précisément cette limitation se pose cependant toujours. Les prestataires de soins stationnaires de longue durée ont établi à ce sujet une « liste des activités », qui n'est cependant pas encore officiellement valable. L'absence d'instance extra-judiciaire ayant pour rôle de clarifier les tarifs ou les questions de structure tarifaire fait planer la menace de nouvelles procédures légales longues. C'est ce que laissent supposer les requêtes déjà déposées par les assureurs contre « l'accompagnement à la salle à manger », la « préparation des médicaments » ou l'« indice RAI 2016 ».



**CURAVIVA Suisse conseille la création d'un comité national composé**, comme SwissDRG SA, **des cantons, des prestataires de soins et des assureurs en vue de clarifier les questions de structure tarifaire**. Celui-ci doit être compétent pour clarifier dans le cadre de la loi et de l'ordonnance les questions relatives au catalogue des prestations, autoriser les instruments d'évaluation des besoins, garantir leur calibrage et définir en conséquence la reconnaissance des preuves scientifiques à fournir ou la valeur de variance tolérée, ou formuler des demandes auprès de la Confédération. Cela permettrait d'éviter de nombreuses procédures judiciaires coûteuses et en définitive inutiles, qui posent souvent de nouveaux problèmes juridiques sans les résoudre.

**Requête 15 : mise en place d'un comité pour clarifier les questions de structure tarifaire**

Il faudrait créer un comité national composé, comme SwissDRG SA, des cantons, des prestataires de soins et des assureurs afin de discuter et de décider des questions de financement des soins.

**Niveaux de soins requis et prestations fournies (art. 8b al. 2 OPAS)**

CURAVIVA Suisse estime que le temps effectivement consacré aux soins doit absolument servir de « référence » pour mesurer les besoins en la matière. L'association se félicite donc de la règle selon laquelle les besoins en soins affichés doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. Cette disposition permet, d'une part, de garantir un « calibrage » automatique des instruments de mesure des besoins en soin et, d'autre part, une absence de valorisation non conforme à la réalité desdits besoins.

Sa dernière phrase pourrait cependant être mal interprétée : on pourrait comprendre en la lisant que les instruments de mesure des soins devraient servir en permanence (et non pas seulement lors de leur homologation ou de leur développement) à mesurer aussi le temps effectivement passé à fournir les prestations et à en présenter la variance.

**Requête 16 : adaptation de l'article 8b alinéa 2 OPAS (à déplacer éventuellement à l'al. 3)**

L'instrument utilisé pour évaluer les soins requis dans les EMS doit présenter, pour être homologué et développé, la variance des prestations de soins effectives fournies ...

**Niveaux de besoins en soins et études de temps (art. 8b, al. 3 OPAS)**

CURAVIVA Suisse approuve sur le principe les exigences auxquelles les instruments de mesure des besoins en soins devront satisfaire. L'association pose cependant la question de la pertinence des études de temps exigées si celles-ci ne se font pas selon une méthode uniforme. Si les divers instruments mesurent le temps selon différentes méthodes, cela risque de compliquer davantage leur comparaison et leur calibrage au lieu de les faciliter, même si les méthodes utilisées sont scientifiquement reconnues. La Confédération devrait décider de l'introduction d'une méthode qui s'imposerait à tous et charger le comité national pour les questions de structure tarifaire susvisé de sélectionner cette méthode.

**Requête 17 : méthode uniforme de saisie du temps**

La saisie du temps doit être réalisée selon une méthode uniforme.

**Détermination des données relatives aux indicateurs de qualité médicaux (art. 8b al. 4 OPAS)**

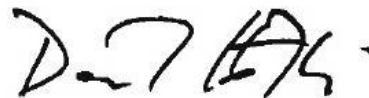
CURAVIVA Suisse salue la disposition selon laquelle les données nécessaires aux indicateurs de qualité médicaux sont directement collectées, de façon routinière, par les instruments de mesure des besoins en soins. Ceux-ci sont prévus pour cela et peuvent fournir des données de la qualité nécessaire. Cette disposition est en outre conforme à l'avis émis depuis des années par l'OFSP selon lequel la collecte des indicateurs de qualité doit toujours se faire en lien direct avec la collecte des besoins en soins et en même temps que cette dernière.

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de votre examen et de votre prise en compte de la présente prise de position.

Veillez trouver ici nos cordiales salutations.



Laurent Wehrli  
Président de CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli  
Directeur de CURAVIVA Suisse

---

Pour toute question concernant la présente prise de position, veuillez vous adresser à :  
monsieur Yann Golay Trechsel  
responsable Public Affairs de CURAVIVA Suisse  
e-mail : [y.golay@curaviva.ch](mailto:y.golay@curaviva.ch)  
tél. : 031 385 33 36