

# SOINS PALLIATIFS

FINANCEMENT



**IMPRESSUM**

**Éditeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées  
Zieglerstrasse 53  
Case postale 1003  
3000 Berne 14

Téléphone 031 385 33 33

[info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)

[www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch)

**Auteur:**

Christoph Schmid, Théologien et gérontologue, [schmid-christoph@bluewin.ch](mailto:schmid-christoph@bluewin.ch); [www.pall-care.ch](http://www.pall-care.ch)

**Copyright photo de couverture:** CURAVIVA Suisse

**Mise en page:** CURAVIVA Suisse

**Édition:** Juin, 2016

Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine, respectivement féminine, est parfois utilisée seule dans le texte. Elle fait naturellement toujours référence aux deux sexes.

## Table des matières

1. Bases	4
2. Lacunes de couverture dans le financement des soins palliatifs dans les EMS	4
3. Mesures pour résoudre le problème des prestations de soins non couvertes	5
a) Modification de l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins	5
b) Financement du solde par les cantons	5
c) Projets mesure du temps de CURAVIVA Suisse et de la CDS	6
4. Problèmes du nouveau régime de financement des soins	6

## 1. Bases

Fondamentalement, la rémunération des prestations servant au diagnostic ou au traitement d'une maladie et de ses conséquences est réglée dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Ces prestations comprennent également les examens, les traitements et les soins dispensés de manière ambulatoire au domicile du patient, de manière stationnaire ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant ces prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin.

Les prestations de soins rémunérées fournies à domicile, de manière ambulatoire, ou dans un établissement médico-social sont décrites en détail dans l'article de l'[ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins \(OPAS\)](#). Les mesures relatives à l'évaluation, aux conseils et à la coordination sont précisées à l'alinéa 2, lettre a, les mesures relatives aux examens et aux traitements sont précisées à la lettre b et les mesures relatives aux soins de base pour les patients ne pouvant effectuer ces mesures eux-mêmes sont précisées à la lettre c.

En outre, il existe des listes pour les médicaments, les analyses, les moyens et les appareils ainsi que les prestations de la médecine préventive précisant les prestations rémunérées par l'assurance obligatoire de soins ([liste LiMA](#)).

## 2. Lacunes de couverture dans le financement des soins palliatifs dans les EMS

Dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs, on a également examiné le [financement des soins palliatifs généraux](#) et des soins palliatifs spécialisés dans les soins ambulatoires et les soins de longue durée. Cet examen a mis en évidence plusieurs problèmes et lacunes de financement :

- 1) Le financement actuel des soins (voir ci-dessous) couvre des prestations de soins allant jusqu'à 240 minutes par 24 heures. Cette limite supérieure s'avère insuffisante dans certaines situations palliatives (notamment les situations de crise et la phase de fin de vie) pour apporter des soins optimaux aux résidents.
- 2) Les modifications rapides de l'état de santé (notamment dans les situations de crise) et les prestations de soins accrues qui leur sont liées ne peuvent pas être correctement saisies, du fait que les instruments d'évaluation des soins requis BESA, RAI RUG et PLAISIR ne sont pas assez flexibles pour de telles situations.
- 3) Les règles en vigueur concernant la rémunération des prestations de soins selon LAMal ne couvrent qu'une partie des tâches relatives aux soins palliatifs et définies dans plusieurs documents de la Stratégie nationale en matière de

soins palliatifs. Les prestations de soins palliatifs non couvertes sont notamment les suivantes :

- a. Prestations de soins s'inscrivant dans une approche des soins humaniste et multidimensionnelle (bio-psycho-socio-spirituelle) et répondant à des besoins non seulement corporels, mais aussi psychosociaux, spirituels et fonctionnels, et correspondant à des défis éthiques et juridiques.
- b. Réseautage et coordination : dans des situations complexes en matière de soins palliatifs, une coordination supplémentaire au sein d'équipes interdisciplinaires est nécessaire. Des situations complexes requérant des décisions difficiles concernant la mise en œuvre ou le renoncement à des mesures médicales sont discutées dans différents cadres, par exemple dans des tables rondes avec les personnes concernées et leurs proches. De plus, il y a lieu de coordonner les interventions des différents fournisseurs de soins. Sur la base de ce besoin, l'OFSP a modifié l'article correspondant de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (voir ci-dessous).
- c. Prestations d'assistance et d'accompagnement des proches, notamment en fin de vie et dans le cadre de la culture d'adieu.
- d. Prestations des services de soins palliatifs spécialisés mobiles, sollicités en soutien lors de situations de soins instables et complexes.

### 3. Mesures pour résoudre le problème des prestations de soins non couvertes

Les mesures suivantes ont été prises ou sont en cours de planification, afin de résoudre les problèmes financiers des soins palliatifs dans les institutions de soins de longue durée :

#### a) **Modification de l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins**

Avec effet au 1er janvier 2012, le chef du Département de l'intérieur a procédé à une modification de l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Nouvellement, l'OPAS précise spécifiquement que les mesures de coordination (document uniquement en allemand) et les mesures rendues nécessaires par des complications et des situations instables font partie des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'OFSP a publié une directive le 7 décembre 2012 sur la mise en œuvre concrète et l'interprétation de nouvel alinéa. Ce complément à l'art. 7 OPAS n'a pas été mis en œuvre dans le domaine des établissements médico-sociaux en rai-

son de divergences non résolues concernant le domaine de validité et d'application entre, d'une part, les représentants des instruments d'évaluation des soins requis et, d'autre part, les représentants de l'OFSP et les assureurs.

#### **b) Financement du solde par les cantons**

Verschiedene Kantone haben ergänzende Finanzierungsmassnahmen ergriffen, um die effektiven Palliative Care Leistungen realitätskonformer zu vergüten:

- a. par la création de degrés de soins supplémentaires à 20 minutes et une rémunération correspondante (par exemple NE et GR). Le canton de Thurgovie verse des contributions complémentaires au financement du solde aux homes médicalisés certifiés en soins palliatifs. Le canton de Vaud finance une infirmière supplémentaire en soutien, dans les situations de crise ;
- b. intervention et financement d'équipes de soins palliatifs mobiles, y compris pour l'intervention dans des homes médicalisés (par exemple TG, VD, VS).

#### **c) Projet mesure du temps de CURAVIVA Suisse et de la CDS**

Sur la base de l'analyse du financement des prestations de soins palliatifs et des lacunes de couverture (supposées), la CDS, en collaboration avec CURAVIVA, a lancé un projet pour la mesure du temps des prestations de soins palliatifs. L'objectif est de déterminer si les situations de soins palliatifs avec un besoin élevé de ressources dans les homes médicalisés sont correctement prises en compte par les instruments d'évaluation des soins requis et donc correctement rémunérées. Environ 200 personnes en soins palliatifs ont été intégrées dans ce projet, basé sur l'instrument CURA-time de l'entreprise MicroMED. Ces mesures se dérouleront dans 15 à 20 homes médicalisés entre avril 2016 et juin 2017. Les résultats de ces mesures sont attendus pour fin 2017.

## **4. Problèmes du nouveau régime de financement des soins**

Le financement des prestations de soins palliatifs dans les soins de longue durée dépend tout particulièrement des modalités du nouveau régime de financement des soins. Cette nouvelle réglementation (de compromis) est entrée en vigueur au 1er janvier 2013, après un long processus de consultation au Parlement. Elle règle la répartition des coûts des soins entre les trois parties prenantes « assureurs-maladie », « assurés » et « cantons ». L'assurance obligatoire de soins fournit une contribution fixe, en fonction du temps, pour les prestations de soins prescrites par un médecin. La gradation se fait sur la base d'une échelle linéaire par tranches de 20 minutes jusqu'au maximum de 240 minutes par 24 heures. Les assurés supportent au maximum 20% de la contribution de soins la plus élevée fixée par le Conseil fédéral. Les cantons doivent prendre en charge les coûts non couverts (financement du solde).

Le délai transitoire de 3 ans pour la mise en œuvre par les cantons est échu en 2013. Cette mise en œuvre a mis en évidence plusieurs problèmes. Le point le plus critique est que le financement du solde est interprété et mis en pratique de manière très différente d'un canton à



l'autre. Le financement dans certains cas incomplet des prestations de soins donne lieu à une pression supplémentaire sur les soins palliatifs spécifiques.

CURAVIVA Suisse a effectué et mis à dispositions plusieurs [analyses \(2011, 2013, 2015\)](#) sur les lacunes de la fourniture de soins. Le [surveillant des prix](#) a également mis en évidence un besoin d'action urgent au niveau du nouveau régime de financement des soins.

Au **Parlement** également, plusieurs interventions ont été déposées concernant le financement des soins. A l'occasion de l'[initiative parlementaire 14.417](#), déposée par Madame Christine Egerszegi-Obrist sur le thème « Amender le régime de financement des soins », CURAVIVA Suisse et neuf autres organisations de personnes concernées et associations de fournisseurs de prestations (communautés d'intérêt Financement des soins) ont élaboré une [prise de position](#) réunissant plusieurs demandes et propositions concrètes pour une modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). On y demande notamment une modification des contributions de l'assurance obligatoire de soins à l'évolution des coûts (y c. extension des 12 degrés de soins actuels de 6 degrés supplémentaires par tranches de 20 minutes ; augmentation à 340 minutes par jour de la durée maximale des soins rémunérés). La réalisation des 11 demandes offrirait également une nouvelle base pour la rémunération des prestations de soins palliatifs.

Les débats sur cette initiative parlementaire ne sont pas encore terminés. Dans la perspective actuelle, seules les compétences relatives au financement du solde pour les prestations de soins aux patients extra-cantonaux dans les domaines, respectivement, stationnaire et ambulatoire seront réglées.

### **Evaluation externe du nouveau régime de financement des soins**

Après l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2011, de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins avec un délai transitoire de 3 ans, cette loi est maintenant évaluée de manière détaillée, sur la base de l'article 32 de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal). Cette [évaluation](#) est réalisée par la communauté de projet INFRAS, Careum Forschung et Landolt Rechtsanwälte. La planification du projet et du calendrier prévoit que la communauté de projet remette son rapport à l'été 2017. La publication du rapport est prévue pour l'automne 2017.

Juin 2016