

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires – extension au domaine des soins

Prise de position des associations CURAVIVA Suisse et senesuisse

1. Situation initiale

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) propose d'uniformiser le financement des prestations ambulatoires et stationnaires fournies dans le domaine de la médecine aiguë (projet EFAS). Le projet sera traité par le Conseil national lors de sa session d'automne. Nouvellement, les caisses-maladie devraient prendre en charge toutes les prestations ambulatoires et stationnaires – à l'exception des soins de longue durée. La participation aux coûts de la part des cantons devrait correspondre, au total, à leur participation actuelle dans le domaine stationnaire. La Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) demande, en contrepartie, que les cantons puissent gérer l'offre de soins ambulatoires. Elle demande en outre que le financement uniforme soit étendu aux soins de longue durée et qu'un délai impératif de mise en œuvre soit fixé dans le projet de loi. La CSSS-N est disposée à examiner et à mettre en œuvre cette demande, mais pas dans le cadre de la présente loi concernant l'EFAS (cf. postulat 19.3002 « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires » de la CSSS-N accepté le 19.3 par le Conseil national ainsi que la motion 19.3970 « Prise en considération des soins de longue durée dans un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières » de la CSSS-N). Le Conseil fédéral est lui aussi favorable à une prise en considération des soins, mais il souhaite lui aussi mettre en place les conditions nécessaires au préalable.

2. Position de CURAVIVA Suisse et de senesuisse

CURAVIVA Suisse et senesuisse considèrent le projet EFAS de la CSSS-N comme fondamentalement judicieux. L'extension au domaine des soins est indispensable afin de promouvoir les soins intégrés et éliminer les incitations inopportunes. C'est pourquoi les deux associations soutiennent la demande de la CDS de fixer un délai impératif pour la prise en considération des prestations de soins. Celui-ci doit toutefois être calculé de sorte que les acteurs concernés puissent, sans urgence, définir ensemble les bons objectifs et mettre en place les conditions requises pour une mise en œuvre réussie. Cela requiert un travail de fond important : à côté des questions liées au financement, de nombreuses questions concernant les tarifs doivent également être tirées au clair de manière détaillée. Une procédure minutieuse est par conséquent nécessaire et il faut définir rapidement un calendrier contraignant. CURAVIVA Suisse et senesuisse sont disposées à participer à ces travaux et elles comptent bien pouvoir s'y impliquer dès le début en leur qualité d'associations représentant les fournisseurs de prestations directement concernés.

Les explications ci-après font office d'état des lieux concernant les défis à maîtriser dans le cadre d'un tel projet.

2.1 Objectifs

Du point de vue de CURAVIVA Suisse et de senesuisse, un financement uniforme doit poursuivre les objectifs suivants :

- promotion de l'intégration des soins, dans le but de faciliter le passage entre la prise en charge des troubles somatiques aigus et les soins, de même qu'entre les soins ambulatoires et stationnaires, et d'augmenter ainsi la qualité ;
- conception orientée patient du financement des prestations de soins, ce qui favorise la transparence des coûts ainsi que la concurrence entre les fournisseurs de prestations ;

- financement de l'ensemble des coûts des soins sur la base d'un système national stable et uniforme ;
- réduction des coûts administratifs des fournisseurs de prestations.

2.2 Conditions préalables

Du point de vue de CURAVIVA Suisse et de senesuisse, les conditions préalables suivantes doivent être remplies pour atteindre les objectifs ci-dessus :

- **Harmonisation des règles de rémunération des soins ambulatoires, intermédiaires et stationnaires.** La frontière entre prestations ambulatoires et stationnaires devient de plus en plus floue, compte tenu des offres intermédiaires (structures de jour, structures de nuit, habitat protégé). Sans harmonisation des règles de rémunération, il restera de fausses incitations, qui favorisent les structures dépassées face aux nouvelles offres intégrées, ce qui empêche des offres flexibles et conformes aux besoins des personnes concernées.
- **Système de facturation uniforme dans les domaines ambulatoire et stationnaire.** Afin de pouvoir comparer les prestations de soins et leurs coûts dans les domaines ambulatoire, intermédiaire et stationnaire, les soins requis doivent être déterminés au moyen des mêmes bases. Pour cela, il faut développer et mettre en place dans l'ensemble du pays un système de facturation harmonisé, qui aboutisse aux mêmes résultats. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible d'assurer une rémunération et un financement uniforme.
- **Transparence des coûts : prise en compte de l'ensemble des coûts nécessaires des fournisseurs de prestations.** Actuellement, les bases légales, en particulier l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), ne règlent que grossièrement les prestations de soins. Afin d'assurer la transparence et la comparabilité des coûts, il faut, d'une part, définir et délimiter clairement les prestations et, d'autre part, prendre en compte l'ensemble des coûts nécessairement occasionnés auprès des fournisseurs de prestations lors de la fourniture de leurs prestations.
- **Vérité des coûts : assurer une fixation des tarifs et des prix conforme à la réalité et basée sur les données.** Dans le système actuel, la fixation des prix est souvent dictée par les exigences de la politique financière, pour le financement résiduel. Il faut au contraire un débat factuel pour la fixation des coûts (des soins) et des contributions, sur la base de données consolidées et acceptées par les partenaires. Cela signifie également que le nouvel EFAS ne doit pas être basé sur les lacunes actuelles du financement des soins, mais sur la base d'une situation initiale assainie et consolidée.
- **Création d'une institution nationale pour les structures tarifaires.** La loi sur l'assurance maladie laisse une grande marge de manœuvre pour la mise en œuvre du financement des soins. Les acteurs tendent à exploiter cette marge à leur seul profit. Une institution nationale pour les structures tarifaires faciliterait la définition de règles contraignantes et représente par conséquent une condition préalable incontournable pour la mise en place d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Une tâche centrale serait la délimitation claire entre accompagnement et soins. Cette institution ne doit pas modifier les compétences cantonales relatives à la garantie de la prise en charge et à la fixation des prix.
- **Participation des personnes nécessitant des soins aux coûts des soins :** la participation actuellement fixée dans la loi doit être vérifiée. Elle ne doit pas entraîner une charge financière plus élevée pour les personnes concernées.