

Réf. : MFP/15024395

Lausanne, le 10 octobre 2018

**Réponse à la consultation fédérale relative à la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)**

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en titre et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

**A. A titre principal**

Nous signalons que nous avons renoncé à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où, à titre principal, nous rejetons intégralement les modifications proposées.

Vu les lourdes conséquences financières pour le canton et les fondements pour le moins légers sur lesquels s'appuie cette modification de l'OPAS, nous ne pouvons pas adhérer aux propositions de la Confédération. Nous notons encore que le délai imparti aux cantons pour procéder aux adaptations nécessaires est totalement irréaliste et devrait échoir au plus tôt au 31.12.2021.

**B. A titre subsidiaire**

Rejoignant en cela la position exprimée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), nous pourrions éventuellement entrer en matière sur la modification proposée pour autant qu'elle intègre les observations ci-dessous.

Nous comprenons que, sous l'angle de la neutralité des coûts, le Département fédéral de l'intérieur veuille apporter des correctifs. Néanmoins, le projet mis en consultation ne tient pas compte des projets et réflexions en cours au niveau fédéral, qu'il s'agisse notamment de la révision de la LAMal, avec la "forfaitisation" des soins ambulatoires, ou de la suite que le Conseil fédéral entend donner au rapport du groupe d'experts concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, ce qui est regrettable. Par le biais des modifications proposées dans le cadre de la consultation, le DFI renforce le système du minutage, et il confirme la séparation entre EMS et soins à domicile, en ignorant la perméabilité et la

complémentarité croissantes de ces deux domaines. Alors que les discussions politiques se tournent de plus en plus vers des paiements forfaitaires (réadaptation, psy, ambulatoire) suivant une logique de type "DRG", la modification proposée écarte le financement des soins de longue durée d'une telle logique.

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud peut difficilement soutenir une modification de la réglementation qui risque fortement de déteindre sur la pratique, d'ôter l'autonomie du personnel soignant, et, in fine, d'aller vers une déshumanisation croissante des soins.

Au demeurant, le Canton de Vaud est opposé à tout transfert de charges sur le financement résiduel à sa charge du matériel de soins. Force est de constater que les considérations à ce sujet dans le rapport explicatif sont incomplètes pour fonder la décision de renoncer à apporter une correction.

De manière générale, nous relevons que dans son rapport explicatif, le DFI fait référence à différentes sources chiffrées dont il reconnaît l'exactitude et la fiabilité très relatives. Il est dès lors étonnant de baser le projet de modification sur des fondements aussi fragiles.

De l'avis du Conseil d'Etat du Canton de Vaud, le projet tel qu'il est conçu perd de vue la qualité des soins - tout en prétendant en faire la promotion. Or, ce n'est pas en fondant cette qualité notamment sur l'importance plus ou moins grande de l'écart entre les soins prévus et ceux effectivement prodigués que l'on va œuvrer dans le bon sens.

Nous observons que les intérêts administratifs (contrôles des factures par les assureurs et suivis chiffrés par l'OFSP notamment) semblent l'emporter en l'espèce. Actuellement déjà, les institutions concernées passent beaucoup de temps à justifier les prestations qu'elles effectuent. Ce temps, si cette modification entre en vigueur, va encore augmenter. De plus, le monitoring requis à chaque évolution du système d'évaluation va encore accroître de manière conséquente les coûts administratifs, déjà assumés dans une large mesure par les cantons. Nous observons ainsi qu'il y aura une augmentation des charges pour les cantons, sans réelle plus-value pour le système dans sa globalité. Nous ne pouvons souscrire à une telle proposition.

### **C. Conséquences financières**

#### **1. Méthodologie**

En préambule, le canton relève que la méthodologie utilisée dans la réévaluation a posteriori de la neutralité de coûts est pour le moins sujette à caution. Selon le rapport explicatif, une partie des informations à disposition a été écartée au motif qu'elle manquait de fiabilité, si bien qu'en définitive le calcul est fondé sur plusieurs sources distinctes et non cohérentes entre elles. D'autre part, l'utilisation des données de facturation du pool de données SASIS est problématique dans la mesure où les cantons ne peuvent attester sa fiabilité. Ainsi, le calcul du « facteur de correction » à apporter sur les contributions aux soins n'est pas fondé sur une méthode fiable et reproductible. Dans ces conditions, le canton ne peut s'associer aux conclusions et aux conséquences sur les tarifs des contributions.

## 2. Matériel de soins

Ensuite, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) relatifs au matériel de soins figurant sur la liste LiMA et dont la conséquence est un transfert de charges de l'assurance obligatoire vers les cantons. Ainsi, *ceteris paribus*, le Canton de Vaud doit assumer une charge supplémentaire d'environ 3 francs par journée au titre du financement résiduel des soins dans les EMS et les charges de l'assurance maladie sont allégées d'autant. Le canton de Vaud est d'avis que l'adaptation des tarifs des contributions doit inclure ce fait.

## 3. Contexte démographique et d'évolution des coûts

Le projet de modification proposé ignore le contexte démographique et d'évolution des coûts. En effet, les besoins en soins de longue durée vont augmenter massivement dès 2020-2025, puisque les baby boomers auront 80 ans. A cet effet démographique s'ajoute une diminution relative des aidants informels et donc un recours accru aux structures formelles. Une conséquence vraisemblable est une croissance du nombre de personnes logées en EMS, moindre que la démographie, avec des personnes hébergées plus tardivement et des besoins en soins plus importants ainsi qu'un recours accru aux services de soins à domicile. D'autre part, les coûts évoluent, notamment parce qu'il est nécessaire de former du personnel au sein des institutions pour assurer la relève, d'élever le niveau de qualification pour répondre aux besoins de personnes présentant des déficits cognitifs et une dépendance avancés et enfin de maintenir la qualité (au moyen par exemple d'indicateurs, de l'assistance pharmaceutique, de systèmes qualité) et la coordination entre tous les acteurs des soins de longue durée. Dans ce contexte, il est capital de renforcer le régime de financement des soins de longue durée en tenant compte de ce contexte car les difficultés déjà rencontrées aujourd'hui seront aigues demain.

Ainsi, concrètement, le Canton de Vaud souhaite que les tarifs des contributions soient adaptés dans le sens des trois points suivants :

- Les tarifs ne doivent pas péjorer l'offre de soins à domicile.
- Participation de l'assurance-maladie aux cas « lourds » :  
Le financement AOS n'augmente plus au-delà de 220 minutes de soins/jour (12e classe ouverte 220 minutes et +). Pourtant, le coût continue d'augmenter avec le temps de soins requis. Ainsi, les soins au-delà de 240 minutes (cas « lourds ») sont financés entièrement par le canton. Ainsi, les tarifs devraient être étendus au-delà de 12 classes. Par exemple en incluant 3 classes supplémentaires de 20 minutes (cf. également requête y relative de la CDS).
- Indexation périodique des tarifs des contributions :  
Le coût des soins augmente, pour les raisons mentionnées précédemment. Or la participation de l'assurance-maladie est fixée en francs de manière uniforme sans qu'aucun mécanisme d'adaptation ne soit prévu et la participation des assurés est, dans la majorité des cantons, fixée au montant maximum prévu par la LAMal. Il en

résulte que toute augmentation du coût de l'heure de soins est financée entièrement par les cantons. Dans le Canton de Vaud, une augmentation du coût des soins se répercute avec un facteur 3 sur la participation des pouvoirs publics. Le principe d'une répartition des coûts entre l'assurance, l'assuré et l'Etat n'est pas respecté et crée une situation qui n'est pas durable pour les finances cantonales. Le Canton de Vaud souhaite que les tarifs soient revus périodiquement en incluant un indice du coût des soins.

Pour le Canton de Vaud, les conséquences des éléments mentionnés plus haut représentent un transfert de charges estimé à 2 millions de francs par année au 1er juillet 2019, sans compter les effets liés à la dynamique des coûts. Ainsi, le canton ne peut accepter telle quelle la modification proposée.

#### ***D. Remarques techniques sur l'avant-projet***

##### Article 8a: renforcement des compétences infirmières :

Sur le principe, un tel renforcement est louable. En revanche, en raison du rôle qui lui est imparti de par cette disposition, l'infirmier risque de voir ses charges administratives augmenter encore. Il serait opportun de trouver une solution pragmatique à cette problématique (délégation, partage de compétences avec d'autres professionnels de la santé aussi habilités à facturer LAMal, etc.).

##### Systèmes d'évaluation (art. 8b et échéance de fin 2020 en particulier) :

De notre avis, ce n'est pas dans l'OPAS, mais au moins au niveau de l'OAMal qu'il faudrait ancrer des dispositions concernant les outils d'évaluation, tant il est vrai que ces outils ne doivent pas être réduits à de simples instruments de contrôle et de facturation. L'essentiel des buts poursuivis par ces outils ne doit pas être perdu de vue: il s'agit de fournir une évaluation clinique standardisée utile aux prises de décisions cliniques permettant la prise en charge et le suivi des personnes concernées, afin de garantir la qualité et l'adéquation des soins dispensés, et, de manière plus générale, le mieux-être et la qualité de vie de ces personnes.

Concernant la "fourchette en minutes" évoquée et les "douze niveaux de besoin", actuellement déjà, les 12 classes qui représentent 240 minutes ne suffisent pas pour couvrir la réalité du terrain, les cas lourds en particulier. Avec la présente révision, ce problème va encore s'accroître, augmentant les coûts à charge des cantons qui ont opté pour le dé plafonnement (on rappelle que selon l'art. 25a, al. 5, in fine, LAMal, « les cantons règlent le financement résiduel ».). Nous demandons qu'un correctif soit apporté (cf. également la requête y relative de la CDS).

L'article 8c alinéa 4 et la limite des 60 heures ne sont pas réalistes. A ce propos, nous rappelons l'objectif poursuivi dans le Canton de Vaud de réduire les hospitalisations et différer le plus longtemps possible l'entrée en EMS. Cette mesure a inévitablement des incidences sur la lourdeur des cas traités dans ces établissements. Or, les moyennes nationales évoquées dans le projet ne tiennent absolument pas compte de ce type de projets et de spécificités, inhérents aux politiques publiques cantonales.

En conséquence, nous retenons qu'en formulant dans l'OPAS des prescriptions trop rigides sur la manière d'utiliser les outils d'évaluation, on risque de freiner et d'interférer dans les compétences des cantons, tant en matière de santé publique qu'en assurance maladie sociale.

Questions de compréhension en lien avec les systèmes d'évaluation et le rapport explicatif :

Les questions suivantes illustrent le manque de clarté du rapport et les questions qu'il soulève. Des lacunes fondamentales doivent encore être comblées avant d'adopter des dispositions telles que celles qui figurent dans le présent projet:

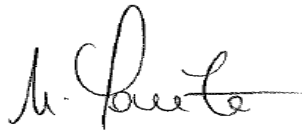
- Au point 2.4 (page 25) il est écrit que « Les valeurs pour les besoins en soins... dans le cadre de l'évaluation des soins requis doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. » L'énoncé nous semble quelque peu contradictoire. La différence entre les soins requis et les soins fournis peut ne pas être grande dans certains cas, identique dans d'autres cas, mais pour certains EMS, si on n'évalue que les soins fournis cela pourrait être lourd de conséquences. Au final, qu'est ce qui devra être évalué ?
- A la page 26, il est écrit que les fournisseurs des instruments doivent être capables de démontrer que leur instrument mesure correctement le nombre de minutes. Pour ce faire ils doivent faire des études de temps en Suisse. Est-ce que toutes les interventions doivent être réévaluées ou seulement un échantillon? Qui va financer toutes ces études? Doit-on évaluer le temps requis ou le temps effectif pour réaliser le soin? Quid des études de temps déjà effectuées dans les cantons (pour le canton de Vaud, les études ont été faites selon la méthode Delphi et la méthode du groupe nominal, soit deux méthodes scientifiquement reconnues) ?
- Encore à la page 26 : « Les études de temps doivent montrer, pour le groupe de personnes nécessitant des soins qui sont classées par un certain instrument de saisie des besoins en soins sous l'angle des prestations de soins à fournir dans l'un des douze niveaux du besoin en soins, que des soins à hauteur de la fourchette en minutes définie pour ce niveau du besoin en soins ont réellement été fournis en moyenne pour ce groupe.». « La variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affiché pour chaque niveau de besoin en soins doit en outre être présentée par l'instrument, afin de permettre une appréciation de la qualité de l'évaluation des soins requis ». Nous demandons une explication complémentaire des deux extraits ci-avant, au demeurant peu compréhensibles.
- Toujours à la page 26 : « La réalisation d'études de temps conformes aux exigences doit être attestée par un système une première fois après l'entrée en vigueur des modifications de l'OPAS ». Nous souhaitons savoir qui va attester que le système d'évaluation est conforme. « La prescription selon laquelle les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent de procédures de contrôle et de conciliation sera en outre étendue aux EMS. » Les procédures de contrôle existaient déjà avec les contre-évaluations, est-ce que ce sera la même chose?

- Enfin, en page 28, les demandes de la section b et c de l'article 8b OPAS ne sont pas claires. Comment présenter la variance (écart-type) entre les prestations de soins effectives fournies en minutes et le besoin en soins affiché? Est-ce que les soignants devront évaluer les soins donnés et nous en faire part? Est-ce que les demandes (écart-type, moyenne, soins effectifs fournis, ...) concernent l'étude ou celles-ci devront-elles toujours être fournies par la suite au niveau des rapports? Est-ce que les standards seront toujours d'application?

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

**Copies**

- OAE
- CDS