

## **Modification 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)**

Monsieur le conseiller fédéral,

Vous trouverez, ci-après, la prise de position du Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel dans le cadre de la procédure de consultation ouverte sur le projet de révision de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis).

### **1. Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins**

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a vérifié si le nouveau régime de financement des soins, entré pleinement en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014, avait été sans incidence sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et respectait donc le principe de neutralité des coûts.

Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler, en 2018, de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants. À notre sens, les adaptations minimales des montants par minutes de soins définies à l'article 7a, alinéa 3 OPAS ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie et du vieillissement de la population.

Pour le Canton de Neuchâtel - qui n'avait pas usé de la phase transitoire en matière tarifaire -, l'évolution entre 2011 et 2016 au niveau de la répartition du financement des soins dans les EMS est la suivante : la part de financement à charge des assureurs a diminué de 2,9%, celle des résidents de 1,1%, alors que la part à charge du canton a augmenté de 4,0%. Nous reviendrons plus bas sur la question du matériel de soins, mais en projetant sur le financement 2016 la charge supplémentaire à supporter par le canton en lien avec ce matériel, la part de financement à charge des assureurs sur le financement global des soins aura diminué de 3,9% par rapport à 2011, celle des résidents de 1,4%, alors que la part à charge du canton aura augmenté de 5,3%.

Ainsi, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels.

Par ailleurs, l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs. Cela fait l'objet d'un large consensus et ressort, notamment, des discussions animées par votre département. La révision proposée passe à côté de cet objectif en soutenant au contraire une diminution de

l'engagement du système d'assurance sociale dans cette direction. Cela nous semble un contre-sens.

Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins n'a fait qu'ajouter à une problématique d'ores et déjà aigue. En outre, ces arrêts créent une situation chaotique sur l'ensemble du pays avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passe précisément par une révision de l'OPAS. Or, votre projet est muet sur ce thème. Il est dès lors difficile de comprendre pourquoi votre projet s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renonce à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale. Nous demandons donc qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, les contributions fixées dans l'article 7a, alinéa 3 soient augmentées et que les infirmiers et infirmières indépendant-e-s, les organisations d'aide et de soins à domicile et également les fournisseurs tiers comme les pharmacies puissent facturer tout le matériel de soins, ceci afin d'éviter un nouveau transfert de charges vers les cantons.

Vu ce qui précède, le Canton de Neuchâtel considère que la modification de l'article 7a, alinéa 3 OPAS proposée est insuffisante. La revalorisation des tarifs des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (EMS) est à saluer, mais nous contestons les bases de calcul présentées. Une telle modification devrait, à tout le moins, prendre en considération les éléments suivants :

- la répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons via le financement résiduel, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs ;
- pour les cantons dans lesquels le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre les évolutions nationales comme base de calculs. Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte les disparités salariales, il est injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons toute l'évolution des coûts au prétexte du financement résiduel ;
- l'échelle des besoins en soins définie à l'article 7a, alinéa 3 OPAS comporte douze classes, la plus élevée plafonnant la contribution des assureurs-maladie pour tous les résidents d'EMS à 220 minutes de soins par jour. Pourtant, un pourcentage non négligeable des résidents d'EMS appartenant à cette catégorie requiert un nombre moyen quotidien de minutes de soins qui dépasse 250. Il est donc primordial que cette échelle soit adaptée, afin que les cas particulièrement lourds - qui deviennent plus fréquents - soient rémunérés au plus près de leur coût réel par les assureurs-maladie également ; à titre d'exemple, le Canton de Neuchâtel travaille d'ores et déjà sur quinze degrés de soins, mais cette distinction est totalement à charge du canton ;
- une révision régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins doit impérativement être effectuée à un rythme plus soutenu qu'actuellement. La revalorisation devrait prendre en compte l'évolution la plus récente des coûts : à nouveau, il n'est pas acceptable que les montants de 2019 soient révisés sur la base de l'évolution observée entre 2010 et 2014, les résultats produits par cette méthodologie étant inévitablement tronqués.

Le projet de modification de l'ordonnance propose également une révision des montants pris en charge par l'assurance-maladie pour les prestations fournies par les infirmiers et infirmières indépendant-e-s, ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile (art. 7b al. 1 OPAS). Sur la base des calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), une baisse des montants à charge de l'assurance est proposée. Cependant, en plus

de souffrir des mêmes défauts que dans le cas des EMS, à savoir une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et la non prise en compte des disparités cantonales, les calculs de la neutralité des coûts se fondent sur des données qui sont, de l'aveu même de l'OFSP, incomplètes.

La baisse des montants prévue à l'article 7b, alinéa 1 OPAS provoquera une augmentation du financement résiduel et pénalisera injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active, ceci afin de préserver le bien-être des personnes âgées, alors même que de nombreuses orientations de la politique fédérale vont également dans le sens du développement du maintien à domicile ; cette contradiction nous est incompréhensible. Pour les raisons évoquées plus haut, la politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires passe par un meilleur financement des soins à domicile. Votre projet propose le contraire. Pour toutes ces raisons, nous nous opposons fermement à la baisse proposée dans le projet de modification.

## **2. Évaluation des soins requis**

Dans l'ensemble, nous estimons que les modifications relatives à la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins sont utiles. Toutefois, nous nous opposons à la teneur de l'article 8a, alinéa 1, lettres a et b OPAS visant à faire correspondre les exigences du personnel infirmier chargé d'effectuer l'évaluation des besoins avec celles posées par l'article 49, alinéa 1 OAMal.

En effet, il nous semble inutilement restrictif d'exiger deux années d'activité (art. 49 al. 1 let. b OAMal) en plus du diplôme d'infirmier ou d'infirmière (art. 49 al. 1 let. a OAMal). Par conséquent, nous proposons de limiter la référence à l'article 49, alinéa 1 OAMal en précisant que les deux années d'expérience ne sont pas exigées.

De plus, l'augmentation proposée de la fréquence des évaluations des soins requis ne nous semble pas pertinente. En effet, non seulement elle ajoute des lourdeurs administratives pour les assurances et pour les entités qui prennent en charge des résidents, mais demande aussi des adaptations techniques coûteuses des outils d'évaluation, alors que ces derniers offrent déjà, à satisfaction, la possibilité d'évaluer des résidents aussi souvent que le nécessite la péjoration de leur état de santé.

Enfin, si les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins nous semblent utiles, elles nous questionnent dans leur faisabilité, notamment en termes de délais et de coûts. À ce sujet, en ce qui concerne l'outil PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) utilisé par quatre cantons latins, nous vous prions d'ores et déjà de prendre en compte la prise de position et les questions que la Commission technique intercantonale PLAISIR (CT PLAISIR) ne manquera pas de vous faire parvenir.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 24 octobre 2018

Au nom du Conseil d'État :

*Le président,*  
L. KURTH

*La chancelière,*  
S. DESPLAND