

Monsieur le Conseiller fédéral  
Pascal COUCHEPIN

p.a. Office fédéral de la santé publique  
Assurance-maladie et accidents  
3003 Berne

Berne, le 11 avril 2008

## RÉPONSE À LA CONSULTATION SUR LES

## PROJETS DE MODIFICATION DE L'OAMal, de l'OCP et de l'OPAS

Monsieur le Conseiller fédéral,

Permettez-nous tout d'abord de vous remercier d'avoir consulté le Conseil suisse des aînés (CSA) au sujet de ces projets de modification de plusieurs ordonnances d'exécution de la LAMal.

### 1. Remarque primordiale

Les modifications de ces ordonnances découlent principalement de décisions législatives récemment intervenues, en particulier de la modification du 27.12.07 de la LAMal ( financement hospitalier) introduisant les „forfaits par cas liés aux prestations „.

Au début de cette réponse, le CSA se doit de rappeler qu'il a toujours été opposé à ce système de rémunération des prestations hospitalières. Pour une raison simple concernant notamment et fortement les personnes âgées, et fondée sur de multiples observations sur le terrain. En effet, l'application privilégiée du critère d'économicité, qui existe déjà, augmenterait encore. La définition et l'application de ces forfaits conduirait encore plus qu'actuellement à un rejet trop hâtif des personnes âgées des établissements de soins aigus et de réadaptation. Elles sont alors renvoyées trop tôt à des conditions difficiles. Les soins et aides à domicile, quand ils sont organisés et malgré toute la bonne volonté des intervenants, ne suffisent alors souvent pas à ces personnes pour retrouver leurs forces, physiques et psychiques, afin de gérer les activités, même les plus simples, de leur vie quotidienne. Elles sont alors souvent victimes de réhospitalisations ou/et conduites trop précocément à la dépendance et à l'entrée dans un établissement médico-social.

En bref, on ne peut identifier totalement les prestations issues de diagnostics analogues faits pour un sportif d'élite ou une personne âgée !

Les forfaits par cas liés aux prestations ayant maintenant force de loi, le CSA se doit d'abord d'examiner les modifications d'ordonnances qui en découlent sous l'angle de leur cohérence avec la LAMal revue le 27.12.07. Mais il veut aussi compléter cet examen en demandant que la définition et l'application des forfaits par cas liés aux prestations tiennent explicitement compte, non seulement de l'économicité des prestations, mais aussi de leur qualité, et même de leur **qualité pour tous**, personnes âgées comprises. Ainsi les forfaits par cas seront liés à des prestations vraiment „appropriées“, comme le veut la loi.

Que l'Autorité fédérale veuille mettre en place un système tarifaire des prestations hospitalières le plus précis possible, qu'elle veuille disposer de données solides pour fonder ses décisions, quoi de plus normal. Mais il faut éviter le risque d'un technocratisme scientiste et monolithique, oubliant trop les composantes relevant de la diversité de l'humain, et de l'humanisme. Il faut tenir compte de cette dimension dans l'application des forfaits par cas liés aux prestations de qualité pour tous.

## 2. Modifications de l'OAMal

### 2.1. Données nécessaires à la surveillance

Le CSA est favorable aux précisions faites dans le projet relativement aux données nécessaires, surtout celles des assureurs. Il estime de plus que dans ces précisions devraient encore mieux figurer celles relatives à la qualité des soins (réhospitalisations par exemple) et à des indicateurs de qualité médicaux à préciser.

#### **Art. 28 Données des assureurs**

al.1/b Ajouter : ... **coûts et de la qualité**

al.1/e Le CSA approuve fortement l'inscription de la garantie que „ *les ressources de l'assurance sociale sont exclusivement affectées aux buts de celle-ci* „

al.1/f Ajouter in fine : ... **coûts et de la garantie de la qualité**

al.2 Modifier : *L'OFSP veille à ce que la fourniture des données requises ( des assureurs) soit faite de manière optimale...*

Commentaire : Le CSA craint que la formulation „ *occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible* „, soit reçue par les assureurs comme une permission, voire une incitation, à ne pas trop s'investir dans ce travail. Or ce dernier est important et doit être conduit de manière sérieuse.

#### **Art. 28b/2/a Publication des données des assureurs**

Ajouter : *recettes et dépenses; attributions des éventuels excédents de recettes*

### 2.2. Maisons de naissance

#### **Art. 55a Maisons de naissance**

Le CSA estime cohérent d'appliquer à l'admission des maisons de naissance comme fournisseurs de soins reconnus les mêmes règles que pour les hôpitaux, et des règles particulières comme la garantie d'une „ *assistance médicale suffisante par sage-femme*“ et „ *des mesures pour faire face aux situations d'urgence médicale* „.

### 2.3. Critères de planification

#### **Art. 58a et 58b Principe - Planification des besoins en soins**

Accord avec les „ *étapes* „ de la planification. Mais, pour la „ *détermination des besoins futurs* „, , préférence marquée pour la „ *méthode analytique*“ face à la „ *méthode normative* „, et réserves fortes à l'égard de la technique quelque peu aveuglément déterministe du „ *benchmarking*“ face à des problèmes ayant un fort contenu humain. D'une manière générale, les vertus, réelles mais limitées, des mesures sur les coûts surtout ne devraient pas faire oublier les contenus humanistes de la qualité des soins. Ceux-ci ne peuvent être traités comme de simples „ *produits industriels*“.

!

### **Art. 58c Type de planification**

La définition des liens de la planification avec les prestations et les capacités est traitée de manière trop simpliste dans un dégradé inacceptable, contraire à la priorité des prestations et de leur qualité pour tous. Cet article crée une discrimination inacceptable entre 3 catégories de couverture de besoins. Une planification liée aux capacités ou aux capacités et aux prestations valide le fait que des assurés ne puissent accéder aux prestations dont ils ont besoin en raison de problèmes de capacités. Elle dépasse la rationalisation en créant un rationnement.

Il n'est pas admissible de dire aux personnes âgées que, pour elles, la fourniture de prestations ne dépend légalement pas prioritairement de leurs besoins de soins, mais des capacités. L'article 58c devrait être supprimé et remplacé par : „ **La planification est liée prioritairement aux prestations; les autorités responsables veillent à y adapter les capacités des établissements adéquats** „

### **Art. 58d Coordination intercantonale des planifications**

Que soient créés des centres de compétence de soins impliquant que les assurés ne puissent pas toujours disposer de soins les concernant dans leur immédiate proximité ou dans leur canton, on peut le comprendre. En priorité pour les soins relevant de la médecine de pointe. Mais cela doit être évité le plus possible. Les patients, âgés particulièrement ( mais pas seulement), deviennent vulnérables si , pendant un traitement ou une opération, on les éloigne de leur milieu, et aussi de proches qui auront de la peine à leur rendre visite. Et l'efficacité des soins donnés diminue. Les mesures prévues pour gérer au mieux les dites „ lacunes essentielles dans l'offre en soins“ ( terme à mieux définir dans l'ordonnance ) ne doivent pas être un alibi pour ne pas tenir compte des remarques ci-dessus.

### **Art. 58f/4 Listes**

La mention de valeurs indicatives de capacités des établissements médico-sociaux pour l'ensemble du canton ne suffit pas ( voir remarques pour 58d). D'où la proposition de modification :  
„ ....des capacités pour l'ensemble du canton **et par établissement du canton** „

### **Art. 59 / 3 Facturation**

Le CSA approuve pleinement que l'assureur doive „ dresser deux factures séparées pour les personnes prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et pour les autres prestations „

### **Art. 59d Forfaits liés aux prestations**

C'est un article central de cette modification qui fixe la procédure pour la demande d'approbation d'un tel tarif basé sur ces forfaits. Un modèle de calcul des forfaits basé sur une classification des patients de type DRG n'y est donné que comme exemple de modèle de rémunération utilisable par les partenaires tarifaires.

Nous ne répéterons pas ici ce qui a déjà été dit sous le point 1 de notre lettre à propos des forfaits liés aux prestations. Mais nous devons faire les remarques suivantes à la lecture du texte de l'article et des commentaires :

1. al. 1, c : Demander „ les prévisions sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins „ peut faire pression sur les partenaires au point de les faire aboutir à une pratique volontariste de rationnement disproportionné et contraire à la qualité des soins pour tous.

2. Le commentaire des modifications proposées rejoint sur certains points l'analyse que nous avons déjà faite au point 1 de cette lettre sur les dangers de l'aspect monolithique des forfaits par cas liés aux prestations. Il ne peut en effet pas faire autrement que de se préoccuper des effets pervers pour la qualité des soins, et même contre-productifs sur le plan de l'efficacité et de l'économie, dus à l'application des forfaits par cas („réduction, non indiquée sous l'angle médical, des durées de séjour“ , „réhospitalisations induites par des sorties prématurées“ ).
3. Le commentaire est aussi obligé d'admettre combien un système de rémunération des prestations de type DRG pourrait ne pas fournir un bon lien avec les prestations fournies dans certains domaines comme la réadaptation ou la psychiatrie. C'est déjà une prise de conscience heureuse, mais qui doit être convertie en actes . De plus, ce serait une erreur de penser que ce sont là les seuls domaines de soins où a lieu cette absence de lien valable entre la prestation et la rémunération par système DRG, et même par forfait par cas lié aux prestations,
4. En prescrivant que le lien du forfait avec la prestation „ doit permettre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation „ , l'alinéa 4 de l'article 59d répond quelque peu aux remarques critiques que nous formulons ci-dessus sur les forfaits liés aux prestations. C'est en effet reconnaître la grande faiblesse du système prévu due à une standardisation des forfaits et des prestations ne tenant pas assez compte de la diversité des cas ( voir les remarques 2 et 3 ci-dessus, ainsi que la remarque primordiale sous le point 1 ). Nous voulons croire que cet alinéa 4 et les commentaires qui l'accompagnent marquent une volonté du Département de l'intérieur de considérer les difficultés profondes dues aux forfaits par cas liés aux prestations, plutôt qu'un alibi pour mieux les faire accepter.

### 3. Modification de l'OCP

#### 3.1. Généralités

- semi-hospitalier Le CSA approuve la suppression de ce terme obsolète ( p. ex. art.1/2 )
- maisons de naissance Le CSA trouve cohérent d'appliquer aux maisons de naissance les mêmes règles que pour les hôpitaux
- citations de l'article 49 LAMal Plusieurs modifications sont dues à des reformulations et des renumérotations de certains de ses alinéas lors de la modification du 27.12.07 de la LAMal

#### 3.2. Points forts

Plusieurs points apparaissant dans ce projet et importants pour le CSA ont déjà fait, ou vont faire, l'objet de décisions du Parlement contraires aux vues du CSA :

1. forfaits par cas liés aux prestations ( modification LAMal du 27.12.07, financement hospitalier );
2. inclusion des coûts des investissements dans les forfaits hospitaliers ( idem );
3. discrimination péjorant le financement des soins de longue durée en regard de celui des soins hospitaliers ( projets de révision de la LAMal concernant le financement des soins ).

Dans sa réponse à cette consultation, le CSA, tout en conservant ses réserves sur ces points, se doit d'abord de considérer le problème de la cohérence des modifications de l'ordonnance avec les décisions législatives, et, éventuellement, de faire des remarques sur l'orientation de ces modifications.

#### **Art. 7 Coûts de formation et de recherche**

Ce nouvel article répond à la volonté de clarifier un peu les divers coûts : de formation universitaire, de prestations fournies au titre de la formation non universitaire ou de la formation post-universitaire, et de recherche.

Cela devrait permettre ensuite de mieux les comptabiliser, encore que la différence entre certains d'entre eux ne soit pas aisée, puis de les affecter selon les décisions du législateur.

Le CSA doit cependant faire part de sa crainte d'un trop grand désengagement de la Confédération face à la recherche universitaire et post-universitaire, cette dernière d'ailleurs très souvent liée à la formation post-universitaire, dans le domaine de la santé, des personnes âgées notamment .

#### **Art. 10a et 10b Investissements – Saisie et comptabilité**

La classification des investissements en catégories et selon leur durée d'utilisation, ainsi que la description des données devant figurer dans la comptabilité des investissements, sont des améliorations certaines de l'OCP.

### **4. Modification de l'OPAS**

#### **Art. 16/2 Prestations des sages-femmes**

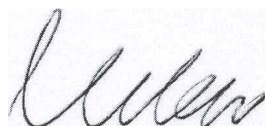
La suppression des soins semi-hospitaliers est cohérente avec les dispositions légales nouvelles.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien porter à notre réponse, nous vous prions d'accepter, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre parfaite considération.

Au nom du Conseil suisse des aînés



Christiane Jaquet-Berger  
co-présidente



Klara Reber  
co-présidente

#### **Vous pouvez obtenir des renseignements auprès de:**

<b>Seiler</b> Peter, Président du Groupe de travail „Santé“	Anshelmstr. 9 3005 Bern	T. 031 351 43 34	<a href="mailto:p-k-seiler@bluewin.ch">p-k-seiler@bluewin.ch</a>
<b>Heimberg</b> Gérard, membre du Groupe de travail „Santé“	En Roveray 1170 Aubonne	T. 021 807 36 36	<a href="mailto:gheimberg@bluewin.ch">gheimberg@bluewin.ch</a>