

Intervention parlementaire. Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention : 225-2019

Type d'intervention : Interpellation

Motion ayant valeur de directive : ☐

N° d'affaire : 2019.RRGR.273

Déposée le : 02.09.2019

Motion de groupe : Non

Motion de commission : Non

Déposée par : de Meuron (Thoune, Les Verts) (porte-parole)

Cosignataires : 0

Urgence demandée : Non

Urgence accordée :

N° d'ACE : 46/2020 du 22 janvier 2020

Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration

Classification : –



Qualité et efficience des coûts dans les domaines des soins et du maintien à domicile

Le domaine de la santé nous place aujourd'hui et demain face à des défis. Diverses régions et divers cantons urbains ou ruraux mais aussi des communes présentent des structures diverses en matière d'offres et de coûts, qui se traduisent par des critères de qualité différents. Les prestations fournies à une part de la population ou à une classe d'âge mais aussi la qualité de ces prestations ont une influence sur les budgets de l'Etat, des cantons, des caisses-maladie et de la population. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à vouloir rester chez elles aussi longtemps que possible. De plus, les conséquences du principe « l'ambulatoire avant le résidentiel » influencent la structure de l'offre et des prestations.

Le Conseil-exécutif est prié de répondre aux questions suivantes :

1. Comment se situe le canton en comparaison intercantonale en ce qui concerne les soins résidentiels et les soins à domicile (par exemple en termes de démographie, des ressources utilisées par citoyenne et citoyen, de coûts globaux et de qualité) ?
2. Dans quelle mesure le canton fait-il une distinction entre la prise en charge et les soins ?

3. Quelle a été l'évolution des coûts (ces dix dernières années) et comment vont-ils évoluer au cours des (cinq) prochaines années ?
4. Comment le canton procède-t-il au suivi des coûts et de la qualité ?
5. Comment la qualité va-t-elle évoluer à moyen terme (cinq ans) et à long terme (dix ans) dans le domaine de la santé ?
6. De quels moyens de pilotage le canton dispose-t-il pour garantir une utilisation optimale des ressources et la meilleure qualité possible ?
7. Quel est le montant des coûts par rapport à d'autres régions ou cantons et comment le rapport coût-utilité peut-il être amélioré ? Si des différences notables existent par rapport à d'autres régions ou cantons : comment les cantons peuvent-ils procéder pour gommer ces disparités ?
8. Y-a-t-il d'autres mesures prévues pour l'avenir ?

Réponse du Conseil-exécutif

Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, les coûts des soins dans les domaines ambulatoire et résidentiel sont répartis entre l'assurance obligatoire des soins (AOS), les assuré-e-s et les cantons ou les communes (financement résiduel), conformément à l'article 25a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Les montants pris en charge par l'AOS pour les prestations de soins sont fixés en francs à l'article 7a de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31). Dans le domaine ambulatoire (aide et soins à domicile), l'AOS prend en charge un montant fixe par type de prestation et, dans le domaine du long séjour (établissements médico-sociaux, EMS), par degré de soins. La part de la personne assurée (participation des patient-e-s) est fixée à 20 pour cent au plus du montant maximal pris en charge par l'AOS pour les coûts des soins. Ainsi, elle s'élève au maximum à 23 francs par jour en 2020 pour le domaine résidentiel et à 15.35 francs par jour pour le domaine ambulatoire. Il incombe aux cantons de régler le financement résiduel (art. 25a, al. 5 LAMal). A Berne, celui-ci est pris en charge par le canton.

Dans le domaine des soins résidentiels de longue durée, les frais de séjour en EMS imputables maximaux pour les prestations complémentaires (PC) se composent de trois éléments de coûts. Il s'agit de l'hôtellerie, de la prise en charge et de l'infrastructure (coûts normatifs pour le séjour), en complément au financement des soins conformément au système susmentionné. Les coûts normatifs sous-tendant ces composantes sont adaptés chaque année. En 2020, le plafond PC est de 164 francs par jour pour le séjour (sans les soins). Si une personne résidente ne peut pas assumer elle-même ces coûts (minimum vital), ceux-ci sont financés par le biais des PC (art. 3, al. 1 de l'ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Oi LPC ; RSB 841.311). En y ajoutant la part de la résidente ou du résident aux coûts des soins, soit 23 francs par jour au maximum comme indiqué ci-dessus, les frais de séjour imputables maximaux pour les PC s'élèvent à 187 francs par jour en 2020. Les établissements sont libres de fixer des tarifs plus élevés pour les résidents qui peuvent financer eux-mêmes leur séjour.

La limite des 20 pour cent pour la franchise s'applique également à la participation de la personne assurée aux coûts des prestations de soins ambulatoires, comme dans le cas des soins résidentiels. Si cette participation ne peut être payée, elle est financée par les PC en vertu de l'article 15, alinéa 2, lettre a OI LPC.

Se fondant sur l'évaluation du nouveau régime de financement des soins par le Conseil fédéral, le Conseil-exécutif examine en ce moment la rétribution des soins ambulatoires et résidentiels dans le canton de Berne. A cet égard, il part du principe que les prestations de soins dans le canton sont financées de manière à couvrir les frais, ce qui permet de fournir des prestations de qualité appropriée dans le secteur du long séjour ambulatoire et résidentiel. L'examen de la structure du financement résiduel dans le canton de Berne doit toutefois viser à augmenter la transparence des coûts afin d'améliorer la comparaison d'un canton et d'un établissement à l'autre. Le cas échéant, il sera possible d'optimiser également le caractère économique sur cette même base.

Le Conseil-exécutif répond aux différentes questions comme suit :

Point 1

En comparaison nationale, la population du canton de Berne est relativement âgée. Fin 2018, les personnes de plus de 65 ans représentaient 20,8 pour cent de la population du canton. Si l'on prend ce critère pour référence, Berne se place au 6^e rang des cantons suisses comptant la plus forte proportion de personnes âgées (moyenne suisse = 18,5 %, médiane suisse = 19,4 % ; valeur maximale (canton du Tessin) = 22,6 % ; valeur minimale (canton de Fribourg) = 15,7 %).

S'agissant des dépenses de l'AOS, il est possible de se référer au monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE) effectué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il en ressort que les prestations brutes de l'AOS par personne assurée en 2018 sont très élevées dans le canton de Berne par rapport à d'autres cantons, tant dans le domaine ambulatoire que résidentiel :

	Soins ambulatoires	Soins résidentiels	Total des soins
Moyenne suisse	CHF 110.46	CHF 219.06	CHF 329.52
Canton de Berne	CHF 146.24	CHF 275.30	CHF 421.54

Tableau 1 : prestations brutes de l'AOS par personne assurée en 2018

L'OFSP a introduit le relevé des indicateurs de qualité dans la statistique des institutions médico-sociales (statistique SOMED) en 2019. Il faudra toutefois encore un certain temps avant de pouvoir en tirer des conclusions fiables.

Point 2

Sont considérées comme prestations de soins les prestations qui, en vertu de l'article 25, alinéa 1 LAMal, servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. L'AOS fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des EMS.

Dans la pratique, il n'est pas toujours aisé de distinguer les prestations de soins de celles de prise en charge. Des prestations relevant davantage de la prise en charge sont très souvent nécessaires, surtout dans le domaine des soins et de l'encadrement de personnes souffrant de

pathologies gérontopsychiatriques ou de démence. Ces prestations ne sont expressément pas financées par la LAMal, car elles visent à aider la ou le bénéficiaire à gérer son quotidien. Dans le domaine résidentiel, elles sont financées par un montant fixe inclus dans les frais de séjour imputables maximaux pour les foyers. En 2020, c'est un montant de 15.25 francs par jour qui est à la disposition de chaque résidente ou résident au titre de la prise en charge. Si la personne ne peut pas assumer ces frais, ils sont financés par les PC.

Point 3

Pour pouvoir comparer les coûts, il y a lieu d'établir une distinction entre le financement de la prestation totale et la part que doit assumer le canton en vertu de l'article 25a, alinéa 5 LAMal (financement résiduel). Les explications ci-après se concentrent sur le financement résiduel des prestations de soins.

Le tableau 2 illustre les coûts résiduels des prestations de soins qui ont été pris en charge par le canton et l'évolution à prévoir dans les années à venir.

Année	Financement des coûts résiduels, soins ambulatoires, en CHF	Financement des coûts résiduels, soins résidentiels, en CHF	Total
2012	97 686 398	177 591 433	275 277 831
2013	99 245 295	186 395 451	285 640 747
2014	103 450 811	187 946 553	291 397 364
2015	111 079 599	191 189 647	302 269 246
2016	116 600 764	200 241 888	316 842 652
2017	123 857 253	207 383 907	331 241 160
2018	111 933 121	224 938 005	336 871 126
2019	107 064 290	233 298 752	340 363 042
2020	121 051 732	223 871 530	344 923 262
2021	125 517 309	230 535 351	356 052 660
2022	130 046 404	237 286 542	367 332 946
2023	134 639 810	244 126 309	378 766 119
2024	139 298 332	251 055 874	390 354 206

Tableau 2 : financement des coûts résiduels des soins 2012-2024

Les coûts résiduels des **soins ambulatoires** ont augmenté graduellement entre 2012 et 2017, passant de 97,7 millions à 123,9 millions de francs. Ils sont retombés à 111,9 millions en 2018 et à quelque 107 millions en 2019. Cette baisse est liée à deux mesures du programme d'allégement 2018. La première d'entre elles concernait l'introduction, à partir d'avril 2018, d'une participation maximale pour tous les patient-e-s de 65 ans et plus : auparavant, les bénéficiaires de prestations participaient aux coûts des soins en fonction de leur capacité financière. La

seconde mesure portait sur la réduction de 6 millions de francs de l'obligation de prise en charge en 2019.

Entre 2019 et 2020, les coûts résiduels des soins devraient passer de quelque 107 à 121 millions de francs. Cette forte hausse s'explique par les deux évolutions suivantes au plan fédéral :

- 1) Le Tribunal administratif fédéral (TAF) a rendu en 2017 deux jugements¹ sur le remboursement du matériel de soins figurant dans la liste des moyens et appareils (matériel LiMA). Selon ces deux documents, la pratique en vigueur jusque-là est contraire au droit. Il importe de faire la distinction entre le matériel LiMA utilisé par la personne elle-même et celui employé par le prestataire. Dans le second cas, le matériel fait partie des prestations de soins et n'a donc pas à être remboursé en sus par l'AOS. Suite à ces deux jugements, les assureurs ont cessé courant 2018 de payer les moyens et appareils utilisés par le prestataire, ce qui a occasionné un manque à gagner pour ces derniers. En qualité de responsable du financement résiduel, le canton de Berne rembourse rétroactivement depuis 2018 (depuis le 1^{er} avril 2018 dans le domaine ambulatoire) les frais qui ne sont plus couverts par l'AOS pour le matériel utilisé par un prestataire et a constitué une provision à cet effet en 2019. Les coûts remboursés jusqu'ici à ce titre dans le domaine ambulatoire se sont révélés étonnamment bas. Ils devraient toutefois augmenter ces prochaines années.
- 2) La hausse des coûts résiduels des soins est liée par ailleurs à l'adaptation des contributions de l'AOS aux prestations de soins dans l'OPAS, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Les contributions de l'AOS aux prestations ambulatoires sont réduites de 3,6 pour cent, suivant le calcul de l'OFSP visant la neutralité des coûts. Les contributions du canton aux prestations ambulatoires ont quant à elles été augmentées à partir de janvier 2020 suite à la baisse de la rémunération des prestations de soins par l'AOS et à celle de la participation des patient-e-s aux coûts des soins.

Dans le domaine des **soins résidentiels**, les coûts résiduels ont aussi augmenté graduellement entre 2012 et 2019, passant de 177,6 millions à 233,3 millions de francs. La forte hausse de 2018 (225 millions de francs) s'explique par le remboursement supplémentaire mentionné ci-avant des frais pour le matériel LiMA utilisé par le prestataire et que le canton a dû prendre en charge dans le domaine résidentiel également. Le recul prévu des coûts résiduels des soins à 223,9 millions de francs pour 2020 est, lui aussi, une conséquence de l'adaptation des contributions de l'AOS aux prestations de soins dans l'OPAS : contrairement au domaine ambulatoire, les contributions de l'AOS aux prestations de soins de type résidentiel sont augmentées de 6,7 pour cent, d'où une hausse de la participation des patient-e-s. Il s'ensuit que les contributions du canton seront abaissées à partir de janvier 2020 dans le cadre du financement résiduel.

Si l'on considère les coûts résiduels pour le secteur du long séjour dans son ensemble, il en ressort que les contributions du canton aux prestations de soins ont augmenté de 22,4 pour cent entre 2012 et 2018. S'agissant de l'évolution pour les années 2020 à 2024, il faut s'attendre à une hausse annuelle de trois à quatre pour cent.

¹ Jugements du TAF du 1^{er} septembre 2017 (C-3322/2015) et du 7 novembre 2017 (C-1970/2015)

Point 4

Le canton de Berne compte environ 300 EMS, quelque 90 services d'aide et de soins à domicile et plus de 300 infirmières et infirmiers indépendants. Vu le nombre élevé de prestataires, la surveillance financière et technique est effectuée en fonction des risques.

L'office compétent procède sur cette base à des contrôles et à des révisions sur place afin de vérifier le respect des prescriptions par les fournisseurs de prestations, tant sur le plan économique que financier. La surveillance technique, qui inclut le contrôle des processus clés en matière de soins, s'exerce sous forme préventive (octroi d'une autorisation d'exploiter) ainsi que dans le cadre de la surveillance ordinaire et du traitement des dénonciations à l'autorité compétente.

Le nouveau régime de financement des soins a obligé les institutions à introduire une comptabilité analytique. Les données disponibles à ce jour montrent toutefois que les coûts sont très variables. Ainsi, les coûts par heure de soins divergent énormément d'un établissement à l'autre. Par conséquent, les données fournies par la statistique SOMED ne peuvent pas servir de base de pilotage. Le canton de Berne a donc décidé d'examiner les bases existantes afin d'augmenter la transparence des coûts.

Point 5

Il est difficile de prévoir comment la qualité va évoluer à l'avenir. S'agissant des prestataires, le canton peut se fonder sur l'activité de surveillance pour établir des prévisions. Pour ce qui est des soins, les indicateurs de qualité de l'OFSP ou les données SOMED peuvent fournir des renseignements sur la situation actuelle.

Point 6

Le nouveau régime de financement des soins a introduit en 2011 le financement par sujet. Ayant défini des coûts normatifs pour le financement résiduel des soins, le canton de Berne dispose d'un instrument de pilotage adéquat pour utiliser les ressources de manière économique et appropriée.

En édictant des exigences à l'intention des EMS pour l'octroi d'une autorisation d'exploiter, le canton fixe par ailleurs des normes que tous les fournisseurs de prestations doivent respecter. Ces exigences sont réexaminées à intervalles réguliers dans le cadre de l'activité de surveillance. Leur respect est associé à celui d'un standard minimal pour la fourniture de prestations.

Point 7

Le secteur du long séjour est moins bien analysé que celui des soins aigus résidentiels, de sorte que moins de données sont disponibles. De plus, les cantons ne s'acquittent pas tous de la même manière de leur tâche consistant à assurer le financement résiduel dans le cadre du financement des soins, telle que fixée à l'article 25a, alinéa 5 LAMal, ce qui complique encore la comparaison. Sur la base du monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie effectué par l'OFSP (voir point 1), le Conseil-exécutif part du principe que les frais du canton de Berne sont plus élevés que la moyenne tant dans le domaine ambulatoire que résidentiel.

Point 8

Comme indiqué au point 4, les bases du financement résiduel des soins dans le secteur du long séjour ambulatoire et résidentiel sont actuellement à l'étude. A cet égard, le Conseil-exécutif se fonde également sur les interventions parlementaires portant, d'une part, sur la rétribution des fournisseurs de prestations et, d'autre part, sur la planification des EMS.

Le traitement de ces interventions vise la transparence des coûts pour les soins de longue durée et entend éviter toute couverture excédentaire ou insuffisante tout en garantissant l'offre de soins à long terme. Des mesures supplémentaires seront prises également dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de la santé, lorsque celle-ci aura été adoptée.

Destinataire

- Grand Conseil