

Le financement des assurances sociales et des soins en particulier

Stéphane Coendoz
Janvier 2023

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Préambule | 5 |
| Histoire des assurances sociales en Suisse | 6 |
| Les assurances sociales en Suisse | 7 |
| Les objectifs et buts des assurances sociales | 7 |
| Les assurances sociales dans les événements de la vie..... | 10 |
| Bases légales (assurances sociales) | 12 |
| Les définitions..... | 12 |
| Financement des assurances sociales | 14 |
| Histoire de l'assurance maladie en Suisse | 16 |
| Bases légales (LAMal) | 17 |
| La facturation | 17 |
| Prise en charge des frais de soins | 17 |
| Le calcul des coûts et statuts des patients | 18 |
| Calcul des coûts (art. 9,10, 10a et 11 OCP) | 18 |
| Statuts du patient (art. 3, 5 et 6 OCP)..... | 18 |
| Les tarifs | 19 |
| Tarmed | 19 |
| Envoi et règlement des factures ambulatoires | 23 |
| Les SwissDRG | 26 |
| TARPSY | 32 |
| ST Reha | 33 |
| Soins de dépendance en Suisse | 37 |
| Prise en charge en EMS | 37 |
| Coûts des soins de longue durée en 2018..... | 38 |
| Evolution des soins de longue durée | 38 |
| Soins à domicile | 39 |
| Statistiques..... | 39 |
| Bases légales (soins longue durée) | 40 |
| Soins à domicile | 44 |
| Soins en EMS | 45 |
| Allocations pour impotent (en âge AVS et séjournant dans un home): | 47 |
| Outils d'évaluation des soins en EMS | 48 |
| Jurisprudence | 55 |
| Nouveau financement hospitalier de 2012 | 61 |
| Données statistiques sur le système de santé suisse | 62 |
| Conclusion | 68 |
| Bibliographie | 69 |

Préambule

En 2020, le montant versé pour les prestations sociales comprenant notamment l'AVS, l'AI, la prévoyance professionnelle et l'assurance maladie a été de 205.6 milliards soit 23'606.- par habitants. Ceci correspond à 29,1% du PIB. Sur ce montant, environ 39.6% couvrent les dépenses de l'AVS et de la prévoyance professionnelle¹

En 2019, 82.5 milliards est le montant des coûts de la santé². C'est un peu plus de 11% du produit intérieur brut, c'est aussi la 2^{ème} économie de notre pays. Sur ce montant considérable, 26% soit 21 milliards concernent les soins ambulatoires ; 20% les soins de longue durée ; 19% les soins hospitaliers ; 15% les biens de santé comprenant notamment les médicaments et seulement 2% soit 1,8 milliards pour la prévention.

Si le régime des assurances sociales est de la compétence de la Confédération, le système de santé est quant à lui particulier puisqu'il est régi par les cantons, nous nous trouvons non pas face à un seul système mais 26 différents, ce qui peut compliquer notre vision. Les décisions prises dans la lutte contre le COVID en sont une parfaite démonstration.

Cette présentation porte dans un premier temps sur un tour d'horizon des assurances sociales en Suisse dans une perspective liée à son financement puis un zoom particulier sera développé sur le financement des soins.

On dit que la santé n'a pas de prix, c'est juste car derrière ces chiffres se cache un patient, un proche, ou encore nous-même, mais elle a un coût, que nos assureurs aiment à nous le rappeler chaque automne.

S'intéresser au système de financement de la santé, c'est mieux le comprendre pour avoir une action concertée de nos pratiques au quotidien, que l'on soit du monde soignant, logistique ou administratif.

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/comptes-globaux-protection-sociale/resultats-covid19.html>

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1541-2200.html>

Histoire des assurances sociales en Suisse

Les prémices des assurances sociales suisses remontent à la deuxième moitié du 19^{ème} siècle au moment de l'industrialisation. En effet, c'est en 1877, à peine 30 ans après la première Constitution que nous trouvons un acte législatif portant un caractère social destiné aux ouvriers des usines. Il s'agissait de la Loi sur les fabriques. Cette loi imposait aux entreprises des mesures pour la sécurité au travail et par conséquent des contrôles par les autorités. Elle exigeait aussi de fournir des prestations en capital aux ouvriers lors d'un accident sans réduction en cas de faute de l'ouvrier, l'interdiction du travail des enfants jusqu'à 14 ans et la journée de travail de 11 heures/jours (6 jours par semaine).

A l'étranger, c'est Otto von Bismarck, chancelier de l'Empire allemand de 1871 à 1890 qui a été le promoteur des assurances sociales en Allemagne puisqu'il y a fait introduire la loi sur l'assurance maladie en 1883, l'assurance accident l'année suivante et l'assurance vieillesse et invalidité en 1889.

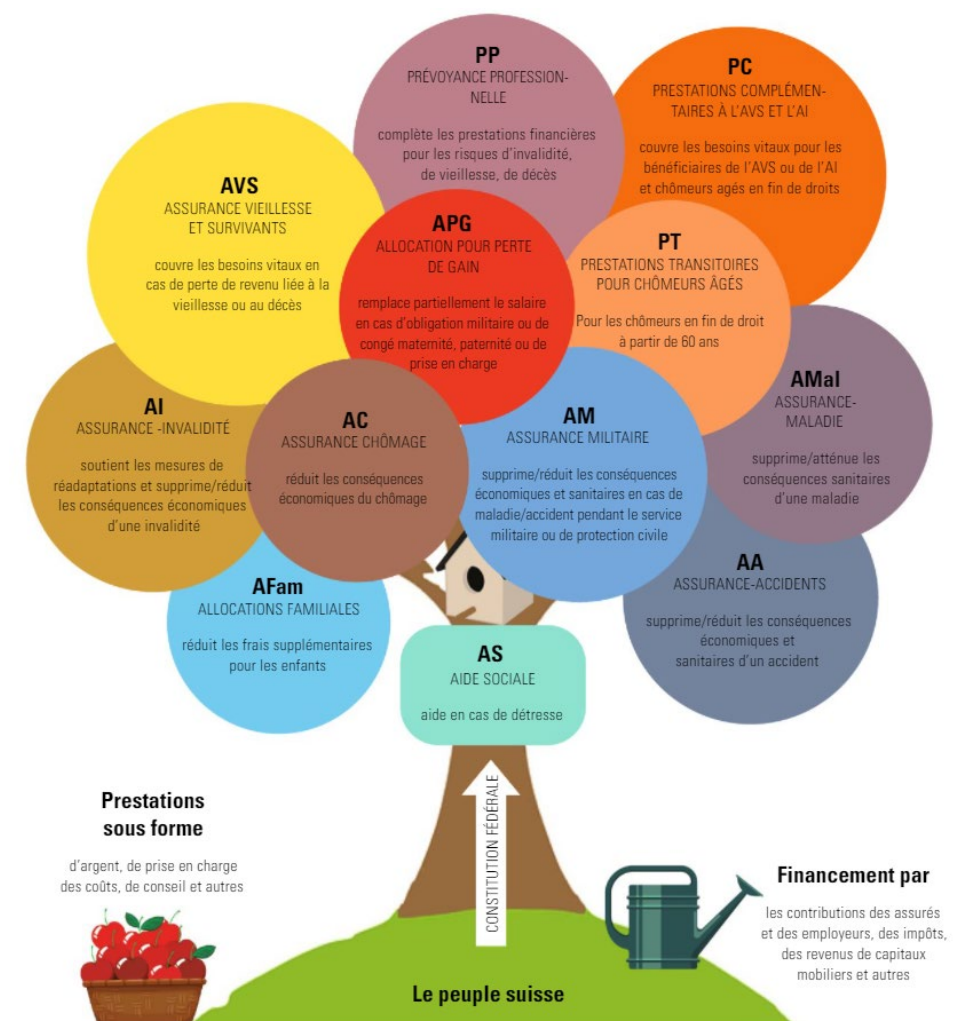
Les USA ne sont pas restés en marge, Roosevelt a favorisé la sécurité sociale dans son pays dans un partenariat public-privé en particulier dans l'assurance vieillesse et chômage.

En Suisse, dans l'assurance vieillesse, dès 1916, la défiscalisation des bénéfices de guerre pour les montants versés à des institutions de prévoyance professionnelle a poussé les entreprises notamment celles du secteur de l'industrie et des métaux à créer des caisses de pension.

En 1925, le peuple adopte un article constitutionnel sur l'assurance vieillesse et survivant mais il faudra attendre 1948 pour voir les premières rentes être versées.

L'assurance invalidité est entrée en force en 1960, les prestations complémentaires en 1966, l'assurance chômage en 1976 et la prévoyance professionnelle en 1985. Enfin la dernière assurance sociale mise en œuvre concerne l'assurance perte de gain. Mise en place initialement pour soutenir les familles des soldats mobilisés en 1940, l'APG a vu dans sa dernière réforme s'étendre aux mères (2005) et aux pères (2021) exerçant une activité lucrative. Cette assurance couvre aussi la perte de gain lorsqu'un parent doit s'occuper d'un enfant atteint gravement dans sa santé. Elle aussi fait l'objet de débats dans le cadre des fermetures des commerces imposées par le développement de la pandémie COVID.

Les assurances sociales en Suisse³



Les objectifs et buts des assurances sociales

- **AVS** : L'assurance-vieillesse et survivants suisse est censée couvrir les besoins vitaux de base. La rente de vieillesse permet aux personnes âgées de se retirer de la vie professionnelle. La rente de survivants aide la famille à surmonter les difficultés financières consécutives au décès d'un parent ou d'un conjoint.
- **AI** : Les objectifs de l'assurance-invalidité consistent à:
 - ✓ prévenir, réduire ou éliminer une invalidité grâce à des mesures de réadaptation adéquates ;
 - ✓ garantir en cas d'invalidité une couverture appropriée des besoins vitaux ;
 - ✓ aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable.

³ Annuaire des assurances sociales 2023 by hrm4you.ch

- **PC** : Les prestations complémentaires ont pour objectif de respecter le principe constitutionnel de la garantie du minimum vital de personnes percevant des prestations de l'AVS ou de l'AI, à moins que celui-ci ne soit garanti par des prestations d'assurance, un autre revenu ou la fortune.

Depuis le 1^{er} juillet 2021, les PC sont aussi versées pour les chômeurs arrivés en fin de droit à partir de 60 ans révolus et en situations économiques modestes, en complément aux mesures de la Confédération pour la promotion du maintien en emploi des employés âgés.

- **APG** : L'assurance perte de gain couvre le remboursement partiel du salaire pour :
 - ✓ les personnes qui font du service à l'armée ou à la Croix-Rouge ou qui effectuent un service de protection civile ou un service civil, ainsi que les personnes participant à des cours de chefs (travail avec des jeunes, sport) et les jeunes tireurs;
 - ✓ les mères actives professionnellement pendant les 14 semaines de congé maternité;
 - ✓ les pères actifs professionnellement pendant les 2 semaines de congé paternité;
 - ✓ des parents actifs professionnellement en charge d'un enfant mineur, qui est gravement atteint par un accident ou une maladie.
- **AC** : L'assurance-chômage vise à garantir aux personnes assurées une compensation convenable du manque à gagner causé par :
 - ✓ le chômage;
 - ✓ la réduction de l'horaire de travail;
 - ✓ les intempéries;
 - ✓ l'insolvabilité de l'employeur (faillite, insolvabilité).

Elle vise à prévenir le chômage imminent, à combattre le chômage existant et à favoriser l'intégration rapide et durable des assurés dans le marché du travail.

- **PP** : La prévoyance professionnelle comprend toutes les mesures sur une base collective permettant aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides, avec les prestations de l'AVS/AI, le maintien du même niveau de vie de façon convenable. Cela étant, le salaire assurable et le revenu assurable des indépendants dans la prévoyance professionnelle ne doivent pas dépasser le revenu soumis à l'AVS.
- **Amal** : La loi sur l'assurance-maladie est fondée sur l'esprit de solidarité entre les bien-portants et les malades. Au moyen d'une assurance obligatoire des soins (AOS), il garantit à l'ensemble de la population l'accès à des soins d'une qualité élevée. En même temps, les personnes de situation économique modeste doivent être soulagées, et le frein à l'augmentation des coûts de la santé doit être encouragé. L'assurance-maladie sociale fournit des prestations en cas de maladie, d'accident (dans la mesure où aucune assurance-accidents n'est mise à contribution) et de maternité.
- **AA** : L'assurance accident est censé permettre de supprimer, voire d'atténuer les conséquences des accidents sur la santé et les suites économiques et immatérielles de ceux-ci.

L'assurance-accidents est destinée exclusivement aux personnes exerçant une activité lucrative. Elle est obligatoire pour tous les salariés et pour les personnes qui perçoivent des indemnités de chômage, mais elle est facultative pour les indépendants. Les personnes sans activité lucrative sont assurées dans leur assurance maladie également contre les séquelles d'accidents (assurance d'indemnités journalières facultative).

- **AM** : L'assurance militaire sert à la couverture complète de toutes les atteintes à la santé de personnes fournissant pour la Confédération des prestations personnelles dans le domaine des services de sécurité ou de maintien de la paix. Elle couvre toutes les affections physiques, mentales ou psychiques des assurés ainsi que leurs conséquences économiques directes.
- **AFam** : Les allocations familiales sont censées compenser partiellement la charge financière d'un ou de plusieurs enfants.
- **AS** : L'aide sociale garantit l'existence des personnes dans le besoin, favorise leur indépendance économique et personnelle et assure leur intégration sociale et professionnelle. Elle satisfait ainsi à l'art. 12 de la Constitution, qui garantit un droit à l'aide et à l'assistance ainsi qu'à la garantie des moyens indispensables à une existence conforme à la dignité humaine. À la différence du minimum vital absolu, le minimum vital social ne concerne pas que l'existence matérielle et l'assurance de la survie, mais aussi la participation à la vie sociale et professionnelle. La garantie du minimum vital social favorise la responsabilité individuelle et l'aide pour s'aider soi-même.

Les assurances sociales dans les événements de la vie

Événements imaginables

Situation de vie

Possible occurrences during life and potential consequences on social insurances/social assistance – Examples

How to read table, example: Inge J. Work start (EMP) ⇒ follow the colored line and under each insurance you will see if: you are insured pay contributions/premiums can claim benefits

| Event | Age | EMP | AVS | AI | PC | IPG/IMat | AC | PP | AMal | AA | AM | AFarm | AS |
|---|-----|-----|-----|----|----|----------|----|----|------|----|----|-------|----|
| Anja B. Accouchement | 0 | | | | | | | | | | | | |
| Calvin D. Mûr- mation de naissance | 10 | | | | | | | | | | | | |
| Emma F. Installation en CH | 15 | | | | | | | | | | | | |
| Gustav H. Service militaire (Étudiant) | 20 | | | | | | | | | | | | |
| Inge J. Prise d'emploi | 25 | | | | | | | | | | | | |
| Karl L. Lancement activ. indep. ³ | 30 | | | | | | | | | | | | |
| Maria N. Grossesse et accouchement (EMP ¹) | 35 | | | | | | | | | | | | |
| Otto P. Chômage (ex EMP) | 40 | | | | | | | | | | | | |
| Quirin R. Accident (EMP) | 45 | | | | | | | | | | | | |
| Susan T. Maladie | 50 | | | | | | | | | | | | |
| Urs V. Invaliderité à 100% pour cause de maladie (ex EMP ²) | 55 | | | | | | | | | | | | |
| Menda X. Situation de adresse | 60 | | | | | | | | | | | | |
| Yves Z. Retraité | 65 | | | | | | | | | | | | |
| Anton B. Décès (Prestations aux survivants) | 85 | | | | | | | | | | | | |

¹ EMP = Employé(e) – Taux d'occupation ≥ 80 %

² ex EMP = Employé(e) avant début de l'événement

³ activ. indep. = Lancement d'une activité indépendante

Les assurances sociales et l'aide sociale – en bref

| Assurance | Assurés | Risques assurés | Prestations ⁴ | Financement | Actualité | Contact/Reenseignements | autres informations |
|------------------|---|---|---|--|--|---|---|
| AVS | Personnes avec activité lucrative en Suisse. Personnes sans activité lucrative domiciliées en Suisse | Perte de gain pour cause de vieillesse ou décès; Détresse | Prestations en espèces; Prestations en nature | Cotisations assurés et employeurs; cotisations de la Confédération; impôts, TVA, intérêts | Réforme de la prévoyance vieillesse pour garantir le niveau de la prestation dans la prévoyance vieillesse | Caisse de compensation de l'AVS, la ou des cotisations sont versées ou des prestations perçues actuellement | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LAVS et autres |
| AI | Personnes avec activité lucrative en Suisse. Personnes sans activité lucrative domiciliées en Suisse | Perte de gain et autres conséquences pour cause d'invalidité (Malformation de naissance, maladie ou accident) | Prestations en espèces; Prestations en nature | Cotisations assurés et employeurs; cotisations de la Confédération; impôts, TVA jusqu'à fin 2017, intérêts | La réforme de l'AI entre en vigueur en 2022: meilleure intégration et système de rente «linéaire» | Office AI du domicile | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LAI et autres |
| PC Bénéficiaires | Rentiers/-ières AVS et AI avec domicile et résidence habituelle en Suisse | Garantir les besoins vitaux | Prestations en espèces; Prestations en nature | Fonds publics | Mise en œuvre de la réforme 2021 avec délai transitoire jusqu'à 2023 | Caisse de compensation cantonale de l'AVS ou agence communale du domicile | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LPC et autres |
| PT | Pour les chômeurs en fin de droit à partir de 60 ans | Garantir les besoins vitaux | Prestation financière; Prestation en nature | Fonds publics | en vigueur depuis juillet 2021 | comme les prestations complémentaires | www.avs-ai.ch; www.ofas.admin.ch; Loi: LPra et autres |
| APG | Personnes avec activité lucrative en Suisse. Personnes sans activité lucrative domiciliée en Suisse | Allocation pour perte de gain pendant les espèces obligatoires de chômage maternité ou paternité ou la prise en charge d'un enfant gravement malade | Prestations en espèces | Cotisations des assurés et employeurs; intérêts | | Actifs prof.; auprès employeur; autres: caisse de compensation AVS; la ou cotisations sont versées | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LAPC et autres |
| AC | Tous les EMP assurés à l'AVS | Perte de gain suite au chômage | Prestations en espèces; Prestations en nature | Cotisations employeurs et employés; intérêts | | Off. communale du trav./ORP au domicile | www.espace-emploi.ch www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch |
| PP | Tous les EMP soumis à l'AVS, qui atteignent le seuil d'entrée et chômeurs avec indem. journalière de l'AC | Perte de gain suite à invalidité, vieillesse et décès | Prestations en espèces | Cotisations des assurés et employeurs; Revenus de capitaux mobiliers | Réforme de la prévoyance professionnelle (Garantie des prestations) | EMP: auprès de la caisse de pens. acuelie; Chômeurs avec indemnités jour. de l'AC; Fondation institution supplétive | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LPP et autres |
| AMal | Population domiciliée en Suisse | Conséquences de maladie et rien d'autre, conséquences accident; Prestations spécifiques de maternité | Prestations en nature | Primes des assurés; Cotisations fédérales et cantonales pour réduction des primes | Réforme de la santé 2030 | Assurance maladie personnelle; agence cantonale pour la réduction des primes | www.bag.admin.ch www.ahv-iv.ch Loi: LAMal et autres |
| AA | EMP et chômeurs avec indemnités jour. de l'AC | Perte de gain et autres conséquences suite à accident prof. et non prof. et maladies professionnelles | Prestations en espèces; Prestations en nature | Primes des assurés et employeurs; produits des intérêts; recettes d'actions récursives | | EMP: auprès employeur; Chômeurs avec indemnités jour. de l'AC; SUVA | www.bag.admin.ch www.suva.ch www.ahv-iv.ch |
| AM | Militaires en service | Perte de gain et autres conséquences suite à maladie et accident pendant service militaire | Prestations en espèces; Prestations en nature | Impôts | | Médecin militaire; pour une annonce après le service; l'agence de l'assurance militaire | www.suva.ch www.bag.admin.ch www.ahv-iv.ch |
| Afam | EMP, indépendants et sans activité lucrative en situation financière modeste | Frais suppl. par les enfants | Prestations en espèces | Cotisations des employeurs | | Actifs prof.; auprès employeur; autres: après caisse de compensation AVS; la ou cotisations sont versées | www.ahv-iv.ch www.bsv.admin.ch Loi: LFA/LAFam et autres |
| AS | Population domiciliée en Suisse | Situation de détresse nécessitant une assistance | L'aide à l'autonomie; Prestations en espèces | Impôts | | Service social du domicile | Loi: Loi cantonale sur l'aide sociale normes CS/AS |

Cette fiche d'information donne un aperçu et ne donne indirectement aucun droit personnel à des prestations. Pour l'évaluation de cas individuels, seules les dispositions légales sont déterminantes.
⁴ Prestation en nature: Traitement curatif, mesures de réadaptation, moyens auxiliaires etc./prestations en espèces: Indemnités, journalières, rentes etc. **Toute personne souhaitant solliciter une prestation doit s'adresser à l'assurance correspondante.**

Bases légales (assurances sociales)

Les définitions

Les éléments généraux qui régissent le domaine des assurances sociales se trouvent dans la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales communément appelée **LPGA**.

Elle précise les normes juridiques et les définitions importantes comme celle de la maladie, de l'accident, de la maternité.

Ainsi, **la maladie** est décrite de la manière suivante :

Article 3

¹ Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.¹

² Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

L'accident :

Article 4

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

La maternité :

Article 5

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

L'incapacité de travail :

Article 6

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité

L'incapacité de gain :

Article 7

¹ Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

² Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

L'invalidité :

Article 8

¹ Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

² Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.

³ Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'alinéa 2 article 7 de la LPGa est applicable par analogie.

L'impotence :

Article 9

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

La garantie des prestations :

Article 22

Le droit aux prestations des assurances sociales est incessible; il ne peut être donné en gage.

Les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées lorsque l'employeur ou une institution d'aide sociale ont consenti des avances ou lorsqu'un autre assureur social a pris provisoirement à sa charge la prestation.

La surindemnisation :

Article 69

Il n'est pas admis qu'une personne, après avoir subi un dommage, bénéficie de plus de prestations qu'elle n'en disposait avant ledit dommage. La limite d'une surindemnisation peut être fixée dans les différentes lois (Rente complémentaire AA)

Financement des assurances sociales

Définitions **Système de répartition des dépenses et couverture des besoins**

Les cotisations perçues pendant une période sont utilisées dans la même période pour la **couverture des dépenses**. Le financement des assurances sociales en dehors de la prévoyance professionnelle et des prestations à long terme de l'assurance-accidents repose sur ce système.

Dans la LAMal et la LAA, on parle de **couverture des besoins** : Les cotisations/ primes doivent être établies annuellement de manière à couvrir toutes les prestations fournies.

Système de capitalisation

C'est un processus d'épargne individuel dans lequel l'avoir de vieillesse (capital de couverture) est constitué au moyen de cotisations et d'intérêts, avec lequel la prestation est financée au moment voulu. (Prévoyance professionnelle PP)

-
- AVS Le financement a lieu par le biais du système de répartition des dépenses. Environ 70% sont des cotisations des assurés et des employeurs, 20,02% des cotisations de la Confédération (y c. impôt sur le tabac et de l'impôt sur les boissons distillées). D'autres recettes proviennent de la taxe sur la valeur ajoutée, des intérêts du Fonds de compensation AVS, de l'impôt sur les maisons de jeu et des actions récursives contre le tiers responsable.
- AI Le financement a lieu par le biais du système de répartition des dépenses. Environ 60 % sont des cotisations des assurés et des employeurs, env. 40 % sont des contributions de la Confédération. D'autres recettes proviennent des intérêts du fonds de compensation AI (et des intérêts sur les dettes à verser au fonds de compensation AVS) ainsi que des actions récursives contre les tiers responsables.
- PC Le financement des prestations complémentaires à l'AVS/AI a lieu exclusivement au moyen des impôts (pas de rentrées de cotisations/primes). La Confédération prend en charge 62.5% des prestations complémentaires annuelles ; les cantons supportent 37.5% des prestations complémentaires annuelles plus tous les frais de maladie et d'infirmité.
- Dans les faits les cantons ont pris en charge 70 % des dépenses pour les PC au cours des dernières années et la Confédération 30 %.
- Ceci parce que la Confédération ne participe pas au financement d'éventuelles aides cantonales et/ou prestations communales.
- APG Le financement est réalisé au moyen du système de répartition des dépenses ; ceci principalement par le biais de cotisations des assurés et des employeurs.

- AC Le financement a lieu par le biais du système de répartition des dépenses. Celui-ci provient principalement des cotisations des salariés et des employeurs (97%). À celles-ci s'ajoutent les cotisations avec lesquelles la Confédération et les cantons participent aux coûts du placement et des mesures relatives au marché du travail, et le cas échéant le rendement de la fortune du fonds de compensation. La LACI est à ce jour la seule loi d'assurance sociale contenant un mécanisme d'intervention selon lequel, à partir d'un certain état de surendettement du fonds de compensation, les cotisations doivent être augmentées de 0,5%.
- PP Le financement a lieu par le biais du système de capitalisation. Quelque 66,6% des rentrées sont des cotisations des assurés et des employeurs, 33,3% des rendements de capitaux. Les caisses de pension doivent garantir qu'elles peuvent remplir les obligations assumées. Elles doivent régler le système de cotisations et le financement de manière à ce que les prestations (d'assurance et de libre passage) puissent être versées.
- AMal Le financement est réalisé au moyen du système de répartition de couverture des besoins (Variante du système de répartition des dépenses); ceci principalement par le biais des cotisations des assurés (env. 80%). Les employeurs ne versent pas de cotisations à l'assurance obligatoire des soins. Le reste consiste en contributions des pouvoirs publics (réduction des primes, etc.).
- AA En principe, le financement de l'assurance-accidents se fait via le système de répartition des dépenses. Pour le versement de rentes aux invalides et aux survivants ainsi que les allocations pour impotent, on applique une variante du système de capitalisation (répartition des capitaux de prévoyance). Ainsi, les prestations de rentes, dont certaines ne seront échues qu'ultérieurement, sont capitalisées, et le capital de couverture correspondant est séparé.
- Le financement de l'assurance-accidents est réalisé au moyen des primes des assurés et des employeurs (env. 75%), des produits d'intérêts (env. 23%) et des droits de recours contre les tiers responsables.
- Le tarif de primes dépend à la classe de risque et du niveau de l'entreprise concernée (présentation par l'assureur LAA compétent).
- L'assurance-accidents professionnels est à 100% à charge de l'employeur.
- L'assurance-accidents non professionnels est à 100% à charge de l'employé ; l'employeur peut toutefois assumer tout ou une partie de la prime.
- AM Le financement est réalisé entièrement par la Confédération.
- Exception : les militaires de carrière et les militaires contractuels.
- AFam Le financement est réalisé au moyen du système de répartition des dépenses, les cantons réglant le financement des allocations familiales et des frais administratifs. Le financement, en dehors de l'agriculture, est réalisé principalement (95%) avec les cotisations des employeurs.
- AS L'aide sociale est financée à part entière par le biais des impôts. Les frais sont supportés par les communes et les cantons.

Histoire de l'assurance maladie en Suisse

Il s'agit en fait d'une histoire qui a préoccupé le législateur depuis pratiquement l'origine de la première Constitution puisqu'à peine 42 ans après celle de 1848, le peuple suisse a accepté en votation populaire, le 26 octobre 1890, un article dans la Constitution fédérale chargeant la Confédération de régler l'assurance sociale en cas de maladie et d'accident.

9 ans plus tard, les chambres proposent la « lex Forrer » assurance maladie et accident obligatoire, mais celle-ci est refusée par le peuple le 20 mai 1900.

C'est le 4 février 1912 qu'une première victoire entre dans l'histoire. En effet, la LAMA est acceptée, mais celle-ci est non obligatoire.

Il aura fallu 52 ans pour qu'une première révision partielle apporte quelques modifications aux textes de 1912. Mais les chambres ont usé d'un malin subterfuge sachant que si le peuple devait voter sur cette révision, elle ne passerait pas la rampe. Elles ont donc fait en sorte de ne pas la faire soumettre au verdict populaire.

En 1981, une nouvelle révision est préparée, elle introduit des notions comme la maîtrise des coûts, le caractère économique des prestations et de divers tarifs, notamment celui du forfait par pathologie. Mais le peuple la refuse le 6 décembre 1987.

La refonte complète de la LAMA intervient et est acceptée en 1994. Elle entrera en vigueur en 1996 et son acronyme deviendra la LAMal. La grande nouveauté est le caractère obligatoire de l'affiliation, bien que plus de 98% de la population était déjà assurée sous l'ancien régime. Les principes économiques, les tarifs uniques sur l'ensemble du territoire, rejetés en 1981 sont repris. Mais c'est avant tout les promesses de maîtrise des augmentations des primes qui ont fait pencher le cœur du peuple dans son avis favorable 51.8%

Bases légales (LAMal)

Voici quelques éléments du droit issus de la LAMal et des ordonnances associées qui concernent le financement.

La facturation

Les tarifs et les prix répondent quant à eux à l'article 43 LAMal :

Les factures peuvent être établies selon les options suivantes

- i. à la prestation (Tarmed) basée sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan national
- ii. au temps consacré (Tarmed – Chapitre 00)
- iii. au forfait (SwissDRG, TARPSY, ST Reha)
- iv. au prix, pour les médicaments et le matériel

Les prestataires de soins ayant été reconnus à charge des assurances sociales sont soumis à l'obligation tarifaire, c'est-à-dire, qu'ils doivent respecter les conventions tarifaires signées entre les assureurs et leurs représentants. (Art. 44 LAMal)

Ceux qui ne souhaitent pas les appliquer doivent l'annoncer à l'organisme cantonal en charge de contrôle. Ils doivent en informer leurs patients.

Prise en charge des frais de soins

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient selon deux critères cumulatifs (Art. 64 LAMal, 93 et 103 OAMal):

- par la franchise, soit un montant fixe
- par la quote-part de 10% des coûts dépassant la franchise.

La détermination du montant de la franchise et le montant maximal de la quote-part est fixée par le Conseil fédéral.

La franchise varie de 300.-Frs à 2'500.-Frs/an.

La quote-part est de 700.-Frs/an.

Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximal de la quote-part est de moitié (350.-Frs).

En cas de maternité, il n'y a pas de participation de l'assurée.

Enfin, le Conseil fédéral peut prévoir une participation plus élevée pour certaines prestations, réduire ou supprimer la participation pour des traitements de longue durée et des traitements de maladies graves.

Dans certains cas de programmes nationaux ou cantonaux de prévention, la franchise peut être supprimée.

Il n'est pas possible de s'assurer pour couvrir cette participation aux coûts, ni à des associations, fondations ou d'autres organismes de prévoir cette prise en charge.

En cas d'hospitalisation en soins de base, la facture est payée d'une part par le Canton de domicile à hauteur max. de 55% et d'autre part par l'assureur à raison de 45% max. (Art. 49a LAMal).

Le patient doit également sous certaines conditions participer aux frais de séjour à hauteur de 15.-Frs/jour (Art. 64 al. 5 et 7 LAMal et Art. 104 OAMal). En sont exemptés, les enfants, les jeunes adultes en formation et les femmes enceintes.

Le calcul des coûts et statuts des patients

Calcul des coûts (art. 9,10, 10a et 11 OCP)

L'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) définit les critères de calcul uniforme des coûts et le classement uniforme des prestations dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

Elle permet d'opérer une distinction entre les prestations et les coûts générés par les traitements hospitaliers, ambulatoires et de longue durée; de déterminer les prestations et les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements hospitaliers, ambulatoires et de soins de longue durée à l'hôpital et dans les maisons de naissance, respectivement les EMS; d'exclure les prestations d'intérêt général.

Enfin elle a pour but d'élaborer des indicateurs; de procéder à des comparaisons entre institutions aux niveaux régional, cantonal et supra-cantonal afin d'analyser les coûts et les prestations; de calculer des tarifs; de calculer des budgets globaux; d'établir des planifications cantonales; d'apprécier le caractère économique et équitable de la fourniture de prestations et de contrôler l'évolution des coûts et leur niveau.

Statuts du patient (art. 3, 5 et 6 OCP)

Le patient est considéré en statut ambulatoire lorsqu'il séjourne moins de 24 heures et qu'il n'occupe pas un lit durant une nuit ;

Le patient est considéré hospitalisé s'il séjourne :

- plus de 24 heures
- moins de 24 heures s'il occupe un lit durant une nuit
- à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital
- en cas de décès

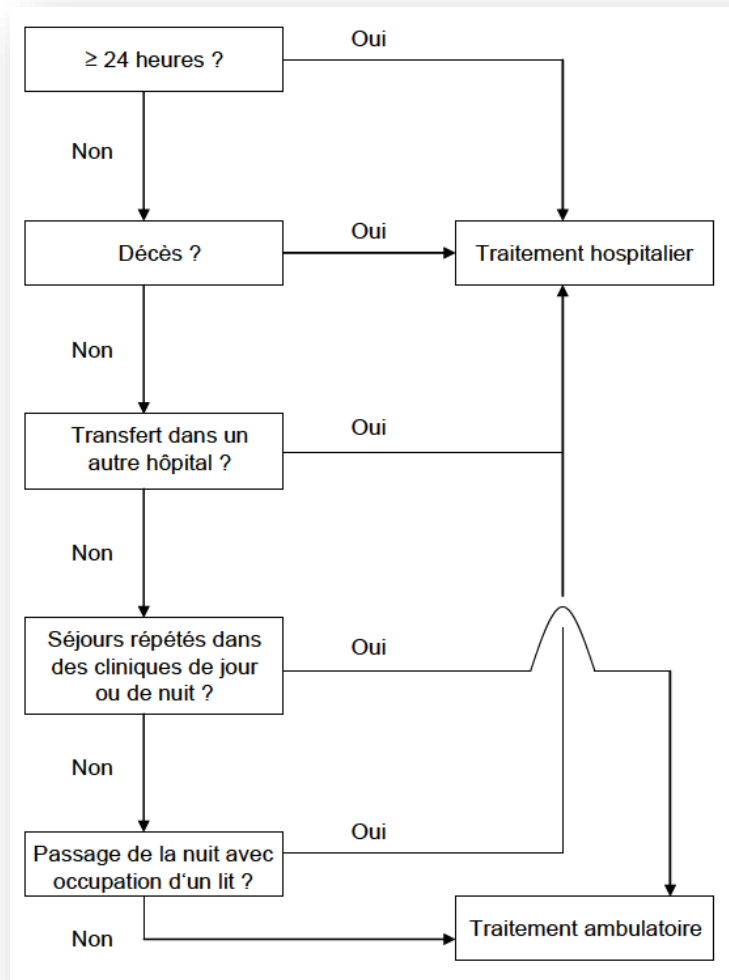


Figure 1 - statuts du patient

Les tarifs

Penchons-nous sur les trois principaux tarifs utilisés aujourd'hui en milieu hospitalier.

Pour les soins ambulatoires, c'est le Tarmed.

Pour l'hospitalisation en soins somatique aigus, ce sont les SwissDRG.

Pour les soins psychiatriques et les soins de réadaptation, la tarification est réalisée sous la forme de forfait par cas.

Tarmed

Ce tarif unifié pour toute la Suisse est en entré en vigueur le 1^{er} mai 2003 pour les assureurs fédéraux (AA, AI, AMF) et le 1^{er} janvier 2004 pour l'assurance maladie. La structure tarifaire a été validée par le Conseil fédéral le 20 septembre 2002 après plus de 2 ans de report.

Cette structure tarifaire a été l'objet d'un consensus bien helvétique achevant le travail de nombreuses années entre les sociétés de spécialités médicales et les assureurs.

Toutefois, les prestations suivantes ne se trouvent pas dans le Tarmed, ce sont :

- la physiothérapie et l'ergothérapie
- les soins dentaires
- la chiropraxie
- les prestations de laboratoire (sauf la pathologie)
- Matériel à usage unique et médicaments >3.-Frs

Deux groupes de travail ont œuvré à l'élaboration de la nomenclature. L'un s'est chargé de la définition des prestations et de la rémunération médicale, le GRAT, l'autre, INFRA, s'est chargé de calculer les coûts des infrastructures et des charges de personnel non médical.

Aujourd'hui, nous travaillons avec la version 1.09.00_BR_KVG soit la 28^{ème} version.

Trois commissions actualisent le tarif en permanence (dissoutes en 2017 dans l'attente d'un nouveau tarif)

- PaKoDig (commission paritaire des valeurs intrinsèques qualitatives et quantitatives)
- CPT (commission paritaire tarifaire)
- CPI (commission paritaire d'interprétation)

Jusqu'alors chaque canton ou partenaire tarifaire pouvait avoir son propre tarif. Ceux-ci étaient incomplets, obsolètes et les bases de calculs hétérogènes etc.

L'un des objectifs a été une revalorisation de la prestation médicale intellectuelle. Tout comme aujourd'hui la rémunération des généralistes étaient bien en deçà de celle des spécialistes. Le Tarmed a un peu corrigé cette situation mais de manière encore insuffisante.

Le Tarmed comprend plus de 4'500 positions réparties en 37 chapitres. Ces chapitres sont organisés soit par spécialités médicales soit par organes.

Le premier chapitre est consacré aux prestations de base générales et spécialisées

Les chapitres sont eux-mêmes déclinés en sous-chapitres puis en positions

| | |
|---|---|
| ⊕ | 00 Prestations de base |
| ⊕ | 01 Pansements et bandages |
| ⊕ | 02 Psychiatrie |
| ⊕ | 03 Pédiatrie, néonatalogie |
| ⊕ | 04 Peau, parties molles |
| ⊕ | 05 Système nerveux central et périphérique |
| ⊕ | 06 Colonne vertébrale |
| ⊕ | 07 Os de la face, région frontale |
| ⊕ | 08 Oeil |
| ⊕ | 09 Oreille, organe de l'équilibre, nerf facial |
| ⊕ | 10 Nez et sinus |
| ⊕ | 11 Bouche, cavité buccale et glande salivaire |
| ⊕ | 12 Pharynx |
| ⊕ | 13 Larynx et trachée |
| ⊕ | 14 Parties molles du cou, y compris glandes thyroïde et parathyroïde; parties trachéales et bronchiques non comprises |
| ⊕ | 15 Diagnostic et traitement non chirurgical des voies respiratoires inférieures, y compris l'étude du sommeil |
| ⊕ | 16 Traitement chirurgical des organes thoraciques |
| ⊕ | 17 Diagnostic et traitement non chirurgical du coeur et des vaisseaux |
| ⊕ | 18 Traitement chirurgical du coeur et des vaisseaux |
| ⊕ | 19 Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal |
| ⊕ | 20 Traitement chirurgical du tractus gastro-intestinal |
| ⊕ | 21 Diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires ainsi que des organes génitaux masculins |
| ⊕ | 22 Diagnostic et traitement des organes génitaux féminins, obstétrique |
| ⊕ | 23 Diagnostic et traitement des seins |
| ⊕ | 24 Diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur |
| ⊕ | 26 Ganglions lymphatiques, voies lymphatiques |
| ⊕ | 27 Transplantation d'organes |
| ⊕ | 28 Anesthésie |
| ⊕ | 28.01 Prestations spécifiques d'anesthésie (28.0010 ff) |
| ⊕ | 28.02 Réanimation en salle de déchocage à l'hôpital (28.0210 ff) |
| ⊕ | 29 Traitement de la douleur |
| ⊕ | 31 Médecine nucléaire |
| ⊕ | 32 Radio-oncologie, radiothérapie |
| ⊕ | 33 Dialyse |
| ⊕ | 34 Soins intensifs et unités de soins spéciales |
| ⊕ | 35 Salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour |
| ⊕ | 37 Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale |
| ⊕ | 38 Prophylaxie des maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA) |
| ⊕ | 39 Imagerie médicale |
| ⊕ | Blocs de prestations |
| ⊕ | Groupes de prestations |

Figure 2 - Chapitres du Tarmed

La position comprend plusieurs éléments indissociables :

En ce qui concerne les généralités :

- Le numéro et le libellé de la position
- La valeur intrinsèque quantitative et qualitative qui définit le nombre d'année de formation postgraduée et continue et la spécialité FMH autorisée à facturer la position ;
- L'unité fonctionnelle au nombre de 100: lieu où la prestation doit être réalisée. Des exigences en termes d'infrastructures peuvent être formulées. (bloc op, salle d'endoscopie) ;
- La classe de risque anesthésique : permet le calcul de la rémunération des anesthésistes ;

En ce qui concerne la part médicale :

- La part médicale (PM), assistance : déterminant le nombre de point rémunérant le médecin ;
- Nombre d'assistant ;
- Prestation au sens restreint : temps de l'intervention entre l'incision et la suture ;
- Préparation et finition : temps avant l'incision et après la suture ;
- Rapport : temps consacré au compte-rendu ;
-

En ce qui concerne la part technique :

- Part technique (PT) comprend :
 - ✓ Frais de personnel (personnel non médical):
 - salaires
 - charges sociales
 - charges salariales annexes
 - frais de formation continue
 - ✓ Autres charges d'exploitation:
 - matériel à usage courant jusqu'à Fr. 3.- par pièce
 - assurances contre les dégâts matériels
 - assurances responsabilité civile
 - réparations
 - etc.
 - ✓ Répartition:
 - frais administratifs
 - frais d'intendance
 - service de maison
 - service technique
 - énergie
 - frais de véhicules
 - communication
 - ✓ Frais d'utilisation des investissements:
 - amortissements
 - rémunération du capital
 - loyers et charges de leasing

- Temps d'occupation du local
- Temps d'attente : déterminé en fonction du statut du patient

Indications complémentaires :

- Interprétation : complète les informations de la position
- Règles : précisent la quantité, l'âge, l'indication du côté et les contraintes légales (OPAS)
- Cumulation : restriction de cumulation avec d'autres positions
- Sexe
- Le type de prestation : de référence ou additionnelle
- Le type de traitement : ambulatoire ou stationnaire
- Le facteur de réduction ou de supplément de la part médicale ou technique

Règles de facturation qui précisent le périmètre des positions cumulables entre elles.

- Groupes de prestations
- Blocs de prestations

00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours

| Valeur intrinsèque quantitative | Valeur intrinsèque qualitative | Unité fonctionnelle | | Classe de risque anaesthésique | |
|--|--|--|------------------------------|--------------------------------|---------|
| FMH 5 | Médecine générale Médecine interne Pédiatrie | Salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours | | - | |
| PM (assistance comprise) | Assistance | Nombre d'assistances | Prestation au sens restreint | Préparation et finition | Rapport |
| 28.70 TP | - | - | 15 min. | - | - |
| PT | Temps d'occupation du local | | Temps d'attente | | |
| 28.01 TP | 15 min. | | - | | |
| Interprétation | | | | | |
| La prestation comprend au moins: | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">- la mesure du poids et éventuellement de la taille,- un examen général d'orientation,- un examen (cursif) de la peau, de la bouche et des dents, du pharynx et de la gorge, de la membrane du tympan (enfant),- un examen physique des organes thoraciques,- la prise du pouls et de la pression sanguine (adultes),- un examen physique de l'abdomen. | | | | | |
| Règles | | | | | |
| Quantité | <= 2 fois par 3 mois Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique | | | | |
| Age | - | | | | |
| Côté | - | | | | |
| Loi | - | | | | |
| Cumulation | | | | | |
| Non cumulable avec: | | | | | |
| 00.0420 | Examen complet par le spécialiste de premier recours | | | | |
| 00.0490 | Bilan cognitif et conseils | | | | |
| Sexe | Type de prestation | Type de traitement | | | |
| - | Prestation principale | - | | | |
| Facteur de supplément / de réduction PM | | Facteur de supplément / de réduction PT | | | |
| 1.00 | | 1.00 | | | |
| Appartenance | | | | | |
| Groupes de prestations | - | | | | |
| Blocs de prestations | - | | | | |

Figure 3 - détail d'une position tarifaire

Envoi et règlement des factures ambulatoires

Selon la convention cadre Tarmed, les prestataires de soins sont incités à envoyer à l'assureur leurs factures en format électronique. Certaines prestations sont facturées en quantité limitée si ce n'est pas le cas.

Les factures sont en principe adressées en tiers garant, c'est-à-dire au patient. A sa charge de les payer et se les faire rembourser par la caisse maladie. Certains prestataires ont négocié le tiers payant. Dans ce cas, les factures sont adressées directement à l'assureur. Le patient reçoit alors une copie (Art. 42 LAMal).

Cas pratique – Evaluation d'une nouvelle prestation

Exemple d'une création d'un hôpital de jour et d'une unité de radiologie interventionnelle hybride (scanner-échographie-scopie)

Investissements

Travaux immobiliers :

Pour la salle interventionnelle : salle 113 (ancienne salle de cathétérisme cardiaque) coûts 400'000.-Frs

Pour l'hôpital de jour : fusion de deux salles d'examen radiologiques. Coûts : 300'000.- Frs

Durée d'amortissement : 25 ans

Equipements :

Equipement CT et accessoires : 1'500'000.- Frs, amortis sur 7 ans

Equipements et accessoires (2 lits et 3 fauteuils) à l'hôpital de jour : 60'000.- Frs, amortis sur 7 ans

Charges d'exploitation

Personnel :

CT : 1.5 ept infirmier, 1.5 ept TRM et 1.0 ept médecin assistant

HdJ : 1.5 ept infirmier

Autres charges :

Maintenance CT : 140'000.- Frs par an

Matériel à usage unique et médicaments :

- CT : 500.- Frs par patient
- HdJ : 50.- Frs par patient

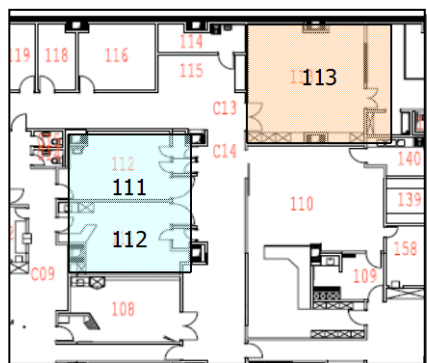
Charges d'infrastructures :

- CT : 23% des coûts directs
- HdJ : 35% des coûts directs

Recettes

Les traitements réalisés dans cette unité se feront en majorité en ambulatoire. Pour l'hôpital de jour, nous avons intégré la prise en charge des patients en provenance d'autres unités comme les ultrasons et la sénologie.

La facturation sera réalisée en Tarmed valorisée à 0.96 Frs le point (valeur 2009). Seule la part technique est retenue, étant entendu que la part médicale revient au fonds des honoraires, respectivement au fonds de compensation. L'année de référence pour les données statistiques est 2007.



Pour le **CT**, nous avons retenu les chaînages tarifaires suivants :

| LIBELLE_CHAIN | NUM_POSITI | LIBELLE_POSITION | ACTIF |
|-------------------------|------------|---|-------|
| CT Biopsie | 39.0015 | Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie à l'hôpital, {LAMal} | 1 |
| CT Biopsie | 39.4200 | Intervention diagnostique et/ou thérapeutique guidée par {CT} | 1 |
| CT Biopsie | 39.0050 | (+) supplément I pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Biopsie | 39.0055 | (+) supplément II pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Biopsie | 39.4300 | Prestation de base technique 0, tomodensitométrie (CT), patient ambulatoire | 1 |
| Somme CT Biopsie | | | |

pour un total de points de 322.58 par examen ;

| | | | |
|--------------------------|---------|---|---|
| CT Drainage | 39.0015 | Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie à l'hôpital, {LAMal} | 1 |
| CT Drainage | 39.4200 | Intervention diagnostique et/ou thérapeutique guidée par {CT} | 1 |
| CT Drainage | 39.0050 | (+) supplément I pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Drainage | 39.0055 | (+) supplément II pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Drainage | 39.4300 | Prestation de base technique 0, tomodensitométrie (CT), patient ambulatoire | 1 |
| Somme CT Drainage | | | |

pour un total de points de 266.16 par examen ;

| | | | |
|--------------------------------|---------|---|---|
| CT Interv. théér. | 39.0015 | Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie à l'hôpital, {LAMal} | 1 |
| CT Interv. théér. | 39.4200 | Intervention diagnostique et/ou thérapeutique guidée par {CT} | 1 |
| CT Interv. théér. | 39.0050 | (+) supplément I pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Interv. théér. | 39.0055 | (+) supplément II pour enfant jusqu'à 7 ans | 0 |
| CT Interv. théér. | 39.4300 | Prestation de base technique 0, tomodensitométrie (CT), patient ambulatoire | 1 |
| Somme CT Interv. théér. | | | |

pour un total de points de 322.58 par examen ;

| | | | |
|-----------------------------|---------|--|---|
| CT de centrage | 39.xxxx | Divers CT de centrage pré thérapeutique moyenne part technique | 1 |
| Somme CT de centrage | | | |

pour un total de points de 300.00 par examen.

Enfin, la création de cette unité permet de libérer des vacances sur les autres équipements CT du service, en particulier nous estimons un examen interventionnel équivalent à trois examens diagnostics. Ceci peut ainsi générer des recettes moyennes d'environ 900 points par examen interventionnel réalisé.

Les suppléments pour enfants n'apportent que des points médicaux sans part technique.

Ainsi les recettes moyennes par examen incluant le matériel et les médicaments se montent à 1'985.65 Frs.

Pour **l'hôpital de jour**, 4h de prise en charge (maximum autorisé pour la facturation) ainsi qu'une pose de perfusion et un entretien d'information ont été retenus, représentant 240.14 points techniques. Les recettes moyennes incluant matériel et médicaments se situent à 290.53 Frs par patient.

Résultats

Pour le **CT**, le point d'équilibre est atteint pour couvrir les charges d'exploitation à partir de 545 patients et en charges complètes (y compris les investissements) dès 661 patients.

Ceci signifie environ 3 patients par jour ouvrable.

En 2007, 502 examens CT interventionnels ont été réalisés.

Pour **l'hôpital de jour**, le point d'équilibre est atteint pour couvrir les charges d'exploitation à partir de 985 patients et en charges complètes (y compris les investissements) dès 1'083 patients.

Ceci signifie environ 4 patients par jour ouvrable.

En 2007, 1'158 manœuvres interventionnelles ont été réalisées entre les modalités CT, US, et seins.

Les SwissDRG

Il concerne le *remboursement des frais de séjour en soins stationnaires aigus* pour tous les cas LAMal **et** les établissements inscrits à la planification hospitalière des cantons.

C'est un système de remboursement au *forfait par pathologie*.

Il remplace les APDRG, les forfaits journaliers, les prestations spéciales etc.

La nomenclature et la méthodologie sont uniques et applicables *pour toute la Suisse*.

Le DRG est un acronyme de Diagnosis Related Groups.

Il s'agit d'un système de classification des patients les regroupant par groupes homogènes selon des critères médicaux et sociologique comme les diagnostics, les traitements, la durée de séjour, le sexe, le mode de rentrée à l'hôpital, l'âge etc.

Le système DRG rémunère l'établissement pour l'ensemble des prestations fournies au cours d'un séjour hospitalier au moyen d'un forfait par pathologie.

Ce forfait comprend :

- Les frais hôteliers
- Les soins infirmiers
- Les examens paracliniques (labo, radio, physio...)
- Le bloc opératoire
- Les honoraires des médecins

Les SwissDRG ne couvrent pas les prestations dans les :

- a) hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans la réadaptation (ST Reha : rémunération au forfait par cas) ;
- b) hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés en psychiatrie ou dans le traitement des dépendances (alcoolisme ou toxicomanie), (TARPSY : rémunération au forfait par cas) ;
- c) hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans les soins palliatifs ;
- d) établissements médico-sociaux (EMS) ou unités de soins chroniques (OPAS art. 7 ss)

Méthodologie

Pour réaliser une facture en SwissDRG, il vous faut les ingrédients suivants :

1. Le groupeur (<https://webgrouper.swissdrq.org/>)
2. La nomenclature de classification internationale des maladies CIM-10 comprenant plus de 16'000 codes ;
3. La nomenclature de classification des interventions CHOP comprenant plus 20'000 codes ;
4. La lettre de sortie relatant les observations de santé au cours du séjour ;
5. Le protocole opératoire, relatant les actes thérapeutiques chirurgicaux au cours du séjour ;

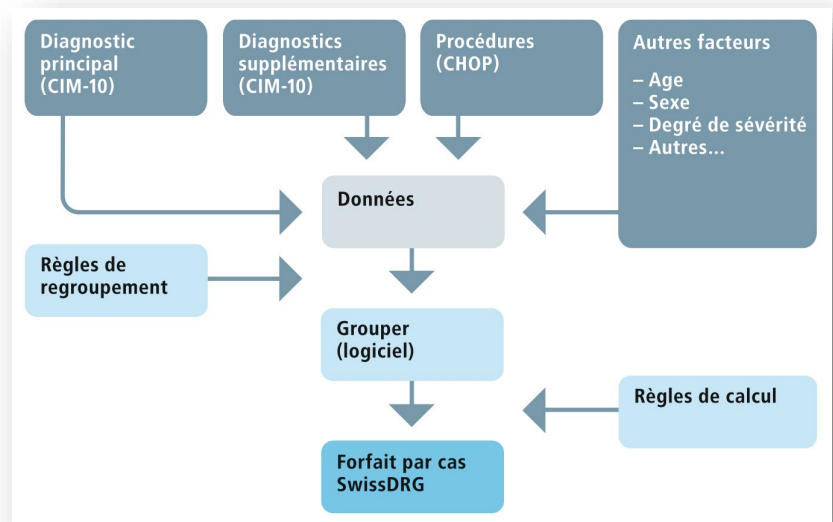


Figure 4 - Schéma du processus de codification DRG

Le codage intervient donc au terme du séjour. Ce travail est réalisé par des codificatrices/teurs professionnels. Sur la base des documents du dossier médical, la saisie sera réalisée dans le groupeur DRG. Il est donc important que les données médicales soient le plus complètes possibles, notamment les événements lors du séjour doivent figurer dans la documentation telle que la présence d'escarres, le minutage de la ventilation artificielle, et les comorbidités comme l'hypertension, le diabète etc. Ces détails sont importants car ils peuvent « alourdir » le DRG et donc mieux rémunérer l'hôpital.

Webgrouper

Deutsch Français Italiano English

SwissDRG AG
Häselstrasse 21
CH-3009 Bern
Tel. ++41 31 310 05 50
Fax ++41 31 310 05 57
E-Mail info@swissdrg.org

DRG

Système

System: Catalogue des procédures:
 Prestataire: Catalogue des diagnostics:
 Manuel de définition en ligne v2.0 Version de tarification: 2013/2013

Séjour

Date d'admission:
 Date de sortie:
 Jours de congé:
 Mode d'admission:
 Mode de sortie:
 Durée du séjour:

Données du patient

Sexe:
 Date de naissance:
 Âge: Ans
 Temps de respiration artificielle:

Diagnostics et Procédures

Diagnostic principal:
 Diagnostics secondaires:
 Procédures:

Figure 5 – page du grouper DRG avec données

| Groupement | | Cost-weight | |
|-------------------|--|---------------------------------|-------|
| MDC | 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif | Cost-weight de base | 0.549 |
| DRG | I18B Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur l'articulation du genou, l'articulation du coude et l'avant-bras, âge > 15 ans | Cost-weight effectif | 0.756 |
| PCCL | 0 | Augmentation du CW par jour | 0.059 |
| Statut du grouper | 0 Groupement normal | Réduction du CW par jour | 0.156 |
| | | Nombre de jours avec supplément | 3 |

Figure 6 - Résultat du groupement

Diagnostics

| Code | Name | Valid | Utilisé | CCL |
|--------|--|-------------------|---------|-----|
| S83.53 | Entorse et foulure des ligaments croisés du genou (antérieur) (postérieur). Déchirure du ligament croisé antérieur | Diagnostic valide | Non | 0 |

Procédures

| Code | Name | Valid | Utilisé | ORNOR |
|----------|--------------------------------------|------------------|---------|-------|
| 80.76.10 | Synovectomie arthroscopique du genou | Procédure valide | Oui | OR |

Note explicative pour la facturation

Pas de rémunérations supplémentaires

Durée du séjour

| | |
|--|-----|
| Durée de séjour (DS) | 8 |
| Durée moyenne de séjour (Ø) | 2.7 |
| 1er jour avec réduction | 1 |
| 1er jour avec supplément | 6 |
| Borne inférieure de la durée de séjour | 2 |
| Borne supérieure de la durée de séjour | 5 |
| High-Outlier | |

Diagramme pour I18B

[Contact](#) [About](#)

Figure 7 - Durée de séjour - comparaison avec les standards

La Facturation en DRG

Dans la figure 7, le résultat de notre exemple montre une durée de séjour (DS) standard de 2,7 jours. Or la patiente a séjourné 8 jours, elle se trouve en « high-outlier ». Dans cette situation, l'hôpital reçoit une rémunération un peu plus importante que si la DS avait été entre la borne inférieure et supérieure, mais pas de manière proportionnelle au CW de base. En effet, le cost weight de base est 0.549 pour une DS standard de 2,7 jours, le CW/jour devrait être 0.203 soit pour ce séjour de 1.63 or il est de 0.756. C'est un incitatif à la maîtrise des durées de séjour.

Le cost weight correspond au coût relatif des DRGs. Les cost-weights sont calculés sur la base des coûts par cas d'un échantillon d'hôpitaux déterminés. Pour obtenir le cost-weight d'un DRG, les coûts moyens des cas inliers du DRG sont divisés par le coût moyen de l'ensemble des cas inliers de l'échantillon (tous DRGs confondus). Lorsqu'un DRG présente un coût moyen correspondant au coût moyen de l'ensemble des cas, il a par définition un cost-weight de 1,0.

$$\frac{\text{Coût moyen des hospitalisations correspondant à 1 DRG donné}}{\text{Coût moyen de toutes les hospitalisations}}$$

Pour déterminer le prix du séjour, comme pour le Tarmed, on applique au cost weight une valeur de point, le baserate.

Le baserate est déterminé par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations).

Pour déterminer la lourdeur moyenne des cas traités dans un hôpital, on utilise l'indice de case mix. Il s'obtient par la somme des cost-weight des cas d'un hôpital divisé par le nombre de cas.

Cas pratique – Augmentation de dotation par lit et du nombre de lits

En 2007, le service de neurochirurgie opère des cas de plus en plus lourd particulièrement les interventions intracrâniennes. Ainsi la dotation par lit est insuffisante pour assurer des soins de qualité et de sécurité. Par ailleurs, les délais d'attente ont plus que doublés. Il est demandé une augmentation de lits tant en soins aigus qu'en soins intermédiaires (soins continus). Les chambres sont disponibles dans le service.

Par rapport au DRG, on évalue les charges et les revenus de cette proposition ainsi que le résultat économique.

| DONNEES | |
|--|-----------------|
| Nombre de lits actuel | 29 |
| soins aigus | 25 |
| soins intermédiaires | 4 |
| Nombre de lits futur | 35 |
| soins aigus | 29 |
| soins intermédiaires | 6 |
| Valeur du point moyen APDRG | 6'777.00 |
| Période d'analyse considérée [mois] | |
| 2007 | 11 |

En termes de dotation par lit, il est proposé de passer de 0.80 à 1.05 ept/lit dont les infirmières diplômées de 0.56 à 0.75 et les aides de 0.24 à 0.30.

Pour l'ouverture de lits, il est proposé la création de 4 lits de soins aigus et 2 de soins intermédiaires dotés selon la nouvelle proposition ainsi que du personnel de différentes fonctions soignantes, médicales et administratives.

Ces besoins s'expriment en termes financiers de la manière suivante :

| CHARGES | Domaine et mesure | Charges de personnel | | Autres Charges | | | | | Total | | |
|---------|--|----------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|--------|----------------------------|---------------------|
| | | ETP | Salaires annuels brut / EPT | SCS - salaires et charges sociales | 40 - Matériel médical d'exploit. | 42 - HOT- hôteliers | 43 - Entretien, réparation | 44 - Travaux, équip. <50'000.- | | 47 - Frais administrati on | 49 - Autres charges |
| | Augmentation de dotation par lit (0.80->1.05 * 25) | 6.25 | | 559'731 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 559'731 |
| | dont ID (0.56 -> 0.75) | 4.75 | 95'707.00 | 454'608 | | | | | | | |
| | dont aides (0.24 -> 0.3) | 1.50 | 70'082.00 | 105'123 | | | | | | | |
| | Augmentation du nombre lits soins aigus (4) | 9.65 | | 930'099 | 60'581 | 4'527 | 1'004 | 10'951 | 10'572 | 915 | 1'018'649 |
| | dont ID (0.75*4) | 3.00 | 95'707.00 | 287'121 | | | | | | | |
| | dont aides (0.30*4) | 1.20 | 70'082.00 | 84'098 | | | | | | | |
| | dont IRUH | 0.80 | 105'132.00 | 84'106 | | | | | | | |
| | dont physiothérapeute | 0.70 | 95'918.00 | 67'143 | | | | | | | |
| | dont ergothérapeute | 0.45 | 94'143.00 | 42'364 | | | | | | | |
| | dont secrétaire médicale | 1.20 | 86'829.00 | 104'195 | | | | | | | |
| | dont médecin assistant | 1.70 | 103'329.00 | 175'659 | | | | | | | |
| | dont médecin chef de clinique avec FMH | 0.60 | 142'355.00 | 85'413 | | | | | | | |
| | Augmentation du nombre lits soins intermédiaires (2) | 4.70 | | 449'823 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 449'823 |
| | dont ID (2.35*2) | 4.70 | 95'707.00 | 449'823 | | | | | | | |
| | Totaux | 20.60 | | | | | | | | | 2'028'203 |

Pour les recettes, une analyse des cost-weights par DRG selon un hit-parade est réalisée sur les bases statistiques des 11 derniers mois. Cette période correspond à l'augmentation d'activité et de changement de pratiques chirurgicales dans le service.

Par mesure de sécurité, on n'applique pas l'entier de l'augmentation de la lourdeur des cas mais le 75%.

| REVENUS | Libellé APDRG (hit parade >2 cas) | CW | Quantité de la période concernée | Résultat en proportion du nb de lit suppl. (annualisé) | Part estimée d'augmentation 75% | REVENUS | |
|--------------------------|---|----|----------------------------------|--|---------------------------------|--------------|------------------|
| 758 | Interventions sur le dos et le cou, excepté arthrodèse vertébrale, sans cc | | 1.046 | 264 | 59,6 | 44,7 | 316793 |
| 1 | Craniotomie, >17 ans, excepté pour traumatisme | | 2.513 | 219 | 49,4 | 37,1 | 631360 |
| 2 | Craniotomie, >17 ans, pour traumatisme | | 1.851 | 55 | 12,4 | 9,3 | 116791 |
| 530 | Craniotomie, avec cc majeure | | 4.937 | 53 | 12,0 | 9,0 | 309176 |
| 14 | Affections cérébrovasculaires spécifiques, sauf ischémie transitoire | | 1.094 | 46 | 10,4 | 7,8 | 57732 |
| 467 | Autres facteurs influençant l'état de santé | | 0.536 | 45 | 10,2 | 7,6 | 27671 |
| 756 | Arthrodèse vertébrale, sans cc | | 1.981 | 42 | 9,5 | 7,1 | 95450 |
| 767 | Stupeur et coma traumatiques, coma <1 hr, >17 ans, sans cc | | 0.650 | 35 | 7,9 | 5,9 | 26099 |
| 461 | Interventions chirurgicales pour autre contact avec services de santé | | 0.824 | 29 | 6,5 | 4,9 | 27414 |
| 757 | Interventions sur le dos et le cou, excepté arthrodèse vertébrale, avec cc | | 1.449 | 28 | 6,3 | 4,7 | 46544 |
| 766 | Stupeur et coma traumatiques, coma <1 hr, >17 ans, avec cc | | 0.872 | 22 | 5,0 | 3,7 | 22008 |
| 286 | Interventions chirurgicales pour autre contact avec services de santé | | 0.824 | 18 | 4,1 | 3,0 | 17015 |
| 243 | Problèmes médicaux de dos | | 0.544 | 18 | 4,1 | 3,0 | 11233 |
| 533 | Autres affections du système nerveux, avec cc majeure | | 1.794 | 15 | 3,4 | 2,5 | 30871 |
| 234 | Autres interventions sur le système musculo-squelettique et le tissu conjonctif, sans cc | | 0.878 | 14 | 3,2 | 2,4 | 14101 |
| 558 | Interventions majeures du système musculo-squelettique, except bilatérales ou multiples sur articulation, avec cc majeure | | 2.331 | 14 | 3,2 | 2,4 | 37438 |
| 4 | Interventions sur la colonne vertébrale et la moelle épinière | | 1.842 | 12 | 2,7 | 2,0 | 25358 |
| 470 | Séjours non groupables | | 0.595 | 11 | 2,5 | 1,9 | 7508 |
| 733 | Diagnosics concernant la tête, le thorax et les membres inférieurs indiquant un polytraumatisme | | 1.305 | 10 | 2,3 | 1,7 | 14971 |
| 468 | Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal | | 0.680 | 10 | 2,3 | 1,7 | 7801 |
| 25 | Epilepsie, convulsion et céphalées, >17 ans, sans cc | | 0.467 | 9 | 2,0 | 1,5 | 4822 |
| 11 | Néoplasmes du système nerveux, sans cc | | 0.855 | 9 | 2,0 | 1,5 | 8828 |
| 755 | Arthrodèse vertébrale, avec cc | | 2.204 | 8 | 1,8 | 1,4 | 20227 |
| 761 | Stupeur et coma traumatiques, >1 hr | | 1.169 | 8 | 1,8 | 1,4 | 10729 |
| 739 | Craniotomie, <18 ans, sans cc | | 2.558 | 7 | 1,6 | 1,2 | 20542 |
| 443 | Autres interventions chirurgicales pour traumatisme, sans cc | | 0.759 | 5 | 1,1 | 0,8 | 4354 |
| 730 | Craniotomie pour polytraumatisme sévère | | 4.559 | 5 | 1,1 | 0,8 | 26151 |
| 231 | Excision locale et enlèvement de matériel de fixation interne sauf hanche et fémur | | 0.442 | 5 | 1,1 | 0,8 | 2535 |
| 466 | Surveillance sans antécédents d'affections malignes comme diagnostic secondaire | | 0.487 | 5 | 1,1 | 0,8 | 2793 |
| 807 | Arthrodèse vertébrale combinée antérieure et postérieure, sans cc | | 2.551 | 4 | 0,9 | 0,7 | 11706 |
| 442 | Autres interventions chirurgicales pour traumatisme, avec cc | | 1.785 | 4 | 0,9 | 0,7 | 8191 |
| 559 | Interventions non majeures sur le système musculo-squelettique, avec cc majeure | | 1.775 | 4 | 0,9 | 0,7 | 8145 |
| 35 | Autres affections du système nerveux, sans cc | | 0.495 | 3 | 0,7 | 0,5 | 1704 |
| 792 | Craniotomie pour polytraumatisme sévère, avec cc majeure non traumatique | | 8.459 | 3 | 0,7 | 0,5 | 29113 |
| 794 | Diagnosics de polytraumatisme grave, avec cc majeure non traumatique | | 3.910 | 3 | 0,7 | 0,5 | 13457 |
| 415 | Interventions chirurgicales pour infections ou maladies parasitaires | | 1.302 | 3 | 0,7 | 0,5 | 4481 |
| 793 | Interventions pour polytraumatisme sévère, excepté craniotomie, avec cc majeure non traumatique | | 5.434 | 3 | 0,7 | 0,5 | 18702 |
| 731 | Interventions sur la colonne, la hanche ou un membre pour polytraumatisme grave | | 2.663 | 3 | 0,7 | 0,5 | 9165 |
| 930 | Problèmes médicaux de dos, >75 ans | | 0.706 | 3 | 0,7 | 0,5 | 2430 |
| Total des revenus | | | | 1054 | 237,9 | 178,4 | 2'042'410 |

Ce projet montre une situation d'équilibre avec un léger bénéfice 14'207.- Frs. il a été adopté par la Direction générale.

La valeur de point DRG proposée (6'777.-Frs) est celle calculée, sur la base de la comptabilité analytique, pour les unités de soins du service de neurochirurgie uniquement. Sont donc exclus le prix de location du bloc opératoire et du séjour en soins intensifs.

TARPSY

TARPSY repose sur des forfaits **journaliers** dégressifs liés aux prestations. L'indemnisation des séjours psychiatriques dépend des diagnostics principaux et secondaires, de l'intensité des symptômes, de l'âge et de la durée du traitement (PCG).

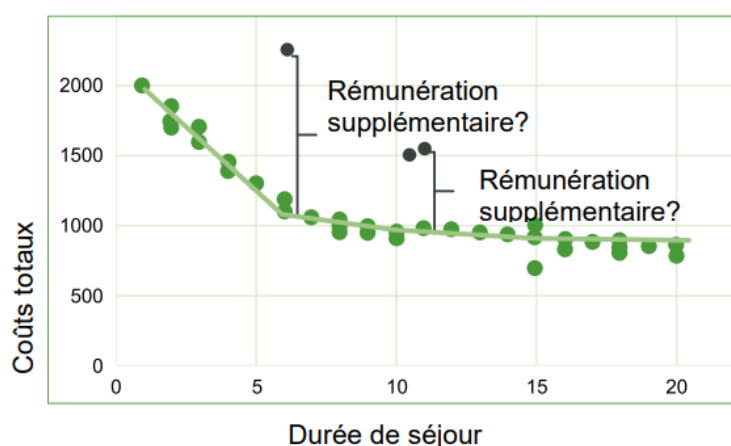
Au sein de ce PCG de base, il peut y avoir plusieurs PCG qui se différencient par leur structure de coûts ou leur consommation de ressources.

Le coût relatif journalier (cost-weight journalier) est déterminé sur la base du PCG attribué. La multiplication du cost-weight journalier par la durée de séjour permet d'obtenir le cost-weight effectif du cas (forfait TARPSY).

| TP25C Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires, âge > 17 ans | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Durée de séjour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | dés 12 |
| Coût relatif par jour | 1.401 | 1.362 | 1.323 | 1.284 | 1.245 | 1.206 | 1.167 | 1.128 | 1.089 | 1.050 | 1.012 | 0.973 |

Avec le taux de base (base rate) négocié entre le fournisseur de prestations et l'organisme payeur, on détermine pour finir la rémunération de chaque cas.

Outre la rémunération forfaitaire, il existe également la possibilité de facturer ce que l'on appelle une rémunération supplémentaire pour certaines prestations.



Les prestations et produits qui ne peuvent pas être attribués au traitement habituel de patientes et patients et qui sont répartis de manière inégale entre ces derniers peuvent être rémunérés au moyen de ce que l'on appelle des rémunérations supplémentaires, dans la mesure où des caractéristiques correspondantes sont remplies.

Les rémunérations supplémentaires sont ainsi particulièrement adaptées aux prestations et produits coûteux qui, d'un point de vue statistique, ne peuvent pas ou pas suffisamment être rémunérés par le biais des forfaits TARPSY sans impliquer des incitations négatives correspondantes dans le système.

Contrairement aux forfaits, les rémunérations supplémentaires ne sont pas affichées sous forme de cost-weights sans dimension, mais comme un montant en francs suisses. Le catalogue des rémunérations supplémentaires est conçu comme un catalogue de prestations individuelles et soumis, en tant que partie du catalogue TARPSY, aux processus d'approbation habituels.

Comme pour les soins stationnaires somatiques, la structure tarifaire se compose d'un manuel de définition et des instruments qui s'y rapportent, à savoir le logiciel Grouper, le catalogue PCG ainsi que le catalogue des rémunérations supplémentaires.

ST Reha

Ce système de tarification entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 est basé comme pour la psychiatrie sur des forfaits **journaliers** liés aux prestations. Ces forfaits se déclinent en 9 familles (ARCG) totalisant 22 groupes (RCG) liés aux ressources utilisées:

- Réadaptation pour enfants et adolescents (3 RCG)
- Réadaptation neurologique (3 RCG)
- Réadaptation en médecine interne ou oncologique (3 RCG)
- Réadaptation gériatrique (2 RCG)
- Réadaptation musculo-squelettique (3 RCG)
- Réadaptation pulmonaire (2 RCG)
- Réadaptation psychosomatique (3 RCG)
- Réadaptation cardiaque (2 RCG)
- Réadaptation sans autre indication (1 RCG)

| RCG | Désignation RCG | CWJ |
|---|--|-------------------------------|
| TR11 Réadaptation pour enfants et adolescents | | |
| TR11A | Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <19 ans, avec diagnostic de complication | 1,962 |
| TR11B | Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <16 ans | 1,752 |
| TR11C | Réadaptation pour enfants et adolescents | 1,173 |
| TR13 Réadaptation neurologique | | |
| TR13A | Réadaptation neurologique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire élevée | 1,348 |
| TR13B | Réadaptation neurologique avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire ou avec traitement particulier | 1,114 |
| TR13C | Réadaptation neurologique | 1,007 |
| TR14 Réadaptation en médecine interne ou oncologique | | |
| TR14A | Réadaptation en médecine interne ou oncologique coûteuse avec diagnostic de complication | 1,191 |
| TR14B | Réadaptation en médecine interne ou oncologique avec limitation fonctionnelle particulière | 1,045 |
| TR14C | Réadaptation en médecine interne ou oncologique | 0,982 |
| TR15 Réadaptation gériatrique | | |
| TR15A | Réadaptation gériatrique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier | 1,072 |
| TR15B | Réadaptation gériatrique | 0,973 |
| TR16 Réadaptation musculo-squelettique | | |
| TR16A | Réadaptation musculo-squelettique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier | 1,077 |
| TR16B | Réadaptation musculo-squelettique avec limitation fonctionnelle particulière | 0,933 |
| TR16C | Réadaptation musculo-squelettique | 0,898 |
| TR17 Réadaptation pulmonaire | | |
| TR17A | Réadaptation pulmonaire coûteuse avec capacités limitées ou avec diagnostic particulier ou avec traitement particulier | 1,091 |
| TR17B | Réadaptation pulmonaire | 0,979 |
| TR18 Réadaptation psychosomatique | | |
| TR18Z | Réadaptation psychosomatique | 1,302* 0,838** 0,630*** |
| TR19 Réadaptation cardiaque | | |
| TR19A | Réadaptation cardiaque coûteuse avec limitation fonctionnelle particulière | 0,900 |
| TR19B | Réadaptation cardiaque | 0,782 |
| TR80 Réadaptation sans autre indication | | |
| TR80Z | Réadaptation sans autre indication | 0,782 |
| TR96 Impossible à grouper | | |
| TR96Z | Impossible à grouper | - |

* du 1^{er} au 3^e jour; ** du 4^e au 25^e jour; *** à partir du 26^e jour.

Source: SwissDRG SA, Catalogue RCG ST Reha 1.0/2022, 12.3.2021

(www.swissdrg.ch → Réadaptation → Système ST Reha 1.0/2022 → Catalogue RCG).

Comme pour TARPSY, les caractéristiques démographiques et cliniques (âge, sexe, durée de séjour, type d'admission, type de sortie) sont indiquées dans le Grouper. Les données cliniques sont évaluées selon les nomenclatures CIM pour les diagnostics et CHOP pour les procédures et introduite dans le Grouper pour déterminer le RCG.

ARCG TR13

Réadaptation neurologique

Procédure dans le tableau TR13-5 ou (procédure dans le tableau TR13-6 et aucune procédure dans le tableau TR13-7) ou (procédure dans le tableau TR13-8 et aucune procédure dans le tableau TR13-7 et diagnostic principal dans le tableau TR13-1)

RCG TR13A

Réadaptation neurologique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire élevée

Procédure dans le tableau TR13-5 et (au moins un diagnostic dans le tableau TR13-2 ou procédure dans le tableau TR13-9)

RCG TR13B

Réadaptation neurologique avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire ou avec traitement particulier

Au moins une procédure dans le tableau TR13-10 ou diagnostic principal dans le tableau TR13-3 ou diagnostic dans le tableau TR13-4

RCG TR13C

Réadaptation neurologique

Diagnostic TR13-1

| | | | |
|-------|--|-------|---|
| A06.6 | Abcès amibien du cerveau {G07} | A80.3 | Poliomyélites paralytiques aiguës, autres et sans précision |
| A20.3 | Peste méningée | A80.9 | Poliomyélite aiguë, sans précision |
| A27.8 | Autres formes de leptospirose | A81.0 | Maladie de Creutzfeldt-Jakob |
| A32.1 | Méningite et méningo-encéphalite listériennes | A81.1 | Panencéphalite sclérosante subaiguë |
| A39.0 | Méningite à méningocoques {G01} | A81.2 | Leucoencéphalopathie multifocale progressive |
| A50.4 | Syphilis congénitale nerveuse tardive [neurosyphilis juvénile] | A81.8 | Autres infections atypiques à virus, du système nerveux central |
| A52.1 | Syphilis nerveuse symptomatique | A81.9 | Infection atypiques à virus, du système nerveux central, sans précision |
| A52.2 | Syphilis nerveuse asymptomatique | A82.0 | Rage sylvatique |
| A52.3 | Syphilis nerveuse, sans précision | A82.1 | Rage des rues [rage citadine] |
| A80.0 | Poliomyélite paralytique aiguë, associée au virus vaccinal | A82.9 | Rage, sans précision |
| A80.1 | Poliomyélite paralytique aiguë, virus sauvage importé | A83.0 | Encéphalite japonaise |
| A80.2 | Poliomyélite paralytique aiguë, virus sauvage indigène | A83.1 | Encéphalite équine occidentale |
| | | A83.2 | Encéphalite équine orientale |
| | | A83.3 | Encéphalite de Saint-Louis |

Par ailleurs, il est demandé des conditions minimales d'infrastructure et de personnel.

Ainsi pour la réadaptation cardiaque, les exigences sont les suivantes :

| | |
|------------|--|
| Définition | La réadaptation cardiovasculaire aide les patients atteints de maladies cardiovasculaires à retrouver le meilleur bien-être physique, psychologique, émotionnel et social possible. Des mesures préventives doivent également permettre d'adopter un mode de vie sain pour ainsi améliorer le pronostic. |
| Indication | Le traitement de «réadaptation cardiovasculaire» concerne les patients présentant des maladies de groupes diagnostiques définis. A cet effet, le Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology SCPRS a établi et publié une liste d'indications pour la réadaptation cardiovasculaire: https://www.scprs.ch/public/richtlinien/richtlinien_francais.html |
| | Il existe de réels besoins et un potentiel de réadaptation |
| Objectif | Des améliorations sont recherchées dans les domaines suivants: |

| | |
|---------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction la plus importante possible des troubles ✓ Performance et capacité fonctionnelle physiques ✓ Stabilisation du bien-être psychologique (gestion de la maladie et du quotidien avec la maladie) ✓ Réintégration sociale et participation à la vie en société (travail, milieu familial, maintien de l'autonomie chez les patients âgés) ✓ Prévention et réduction des risques ✓ Réduction de la mortalité et de la morbidité ✓ Amélioration de l'observance ✓ Réduction des hospitalisations évitables ✓ Mesures pour éviter la retraite anticipée et une situation nécessitant des soins |
| Direction soins | <p>Equipe dirigée par un cardiologue ayant de l'expérience en réadaptation de patients cardiaques (c'est-à-dire 3 mois dans un établissement de réadaptation ou présence au cours européen de formation à Berne).</p> <p>Le cardiologue dispose d'au moins 3 ans de formation en médecine interne.</p> <p>La direction de l'équipe de soins est composée de personnes employées au moins à 60% dans l'établissement. Une suppléance adéquate est garantie.</p> |
| Présence médico-soignante | <p>La présence de personnel médical dans un délai de 15 minutes auprès du patient est garantie 24h/24 et 7j/7.</p> <p>Le service médical spécialisé/des cadres d'astreinte peut être joint 24h/24 et 7j/7 par téléphone.</p> <p>Un infirmier diplômé est présent dans l'établissement 24h/24 et 7j/7.</p> |
| Equipe de soins | <p>Intervention interdisciplinaire et interprofessionnelle coordonnée du personnel qualifié salarié pour la réalisation des prestations liées à l'indication dans l'établissement de réadaptation.</p> <p>A. Médecin : outre les médecins salariés de la clinique de réadaptation, d'autres spécialités disponibles au besoin sous forme de service consultative régulier.</p> <p>B. Soins : Le personnel dispose d'une formation spécifique régulière en réadaptation cardiovasculaire (y compris pour le conseil en matière d'insuffisance cardiaque).</p> <p>C. Thérapeutes : Tous les responsables des thérapies ont une formation professionnelle complète et plusieurs années d'expérience en réadaptation cardiovasculaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Physiothérapie ✓ Psychothérapie et thérapie par la parole ✓ Conseil diététique ✓ Conseil en matière de diabète ✓ Ergothérapie ✓ Logopédie <p>D. Autres domaines Service social</p> |
| Infrastructure | <p>Disponible sur place :</p> |

- ✓ Emplacement d'ergométrie avec cycloergométrie et tapis roulant
- ✓ Echocardiographie doppler 2D
- ✓ ECG de longue durée
- ✓ Monitoring du rythme
- ✓ Analyses de laboratoire en urgence

Les établissements de réadaptation sont accessibles aux fauteuils roulants et adaptés aux besoins des personnes handicapées.

BLS Basic life support par un personnel défini et formé garantis 24h/24 et 7j/7.

Instruction des patients Formation par du personnel formé à cet effet sur des thèmes variés tels que:

nutrition, stabilisation du bien-être psychologique, gestion de la maladie et du quotidien avec la maladie, facilitation et garantie de la réintégration sociale et de la participation à la vie en société, conseil en matière de diabète, conseil pour l'arrêt du tabac et autres si nécessaire.

Soins de dépendance en Suisse

Prise en charge en EMS

Il y a en 2020, 1553 établissements employant 139'600 personnes soit 100'546 EPT pour 152'753 résidents soit presque 1 collaborateur par résident.

La proportion homme/femme est de 29% vs 71%

Le taux de résident en EMS par rapport la population de la tranche d'âge des plus de 80 ans est 14%.

La durée moyenne de séjour est de 2,5 ans (914 jours)

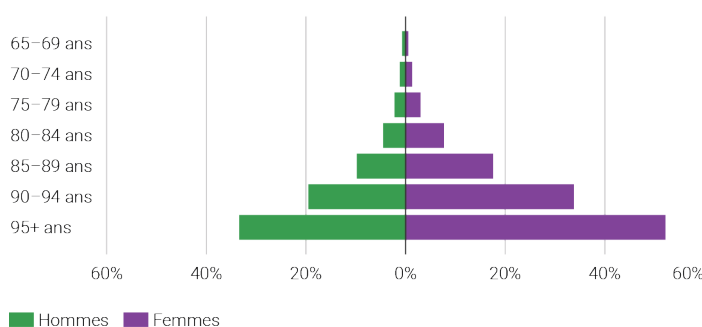
Le coût moyen par journée est de 319.-Frs

L'âge d'entrée en EMS est de 82 ans.

Personnes hébergées en établissement médico-social, en 2020

Taux d'hébergement selon la classe d'âge, au 31.12.

G29



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), statistique de la population et des ménages (STATPOP) © OFS 2022

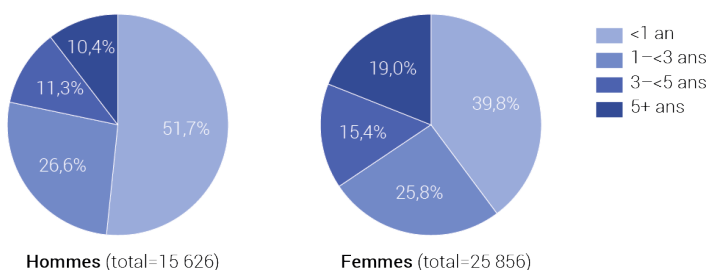
Figure 8 - Profil des résidents en EMS, par sexe et par groupe d'âge, 2018

L'âge d'entrée dans les EMS étant de plus en plus élevé, ces établissements sont confrontés à apporter des soins également de plus en plus lourds. Et par conséquent pouvoir bénéficier de compétences plus pointues de la part des professionnels.

Durée de séjour dans les établissements médico-sociaux, en 2020

Personnes sorties de l'établissement en 2020

G30



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © OFS 2022

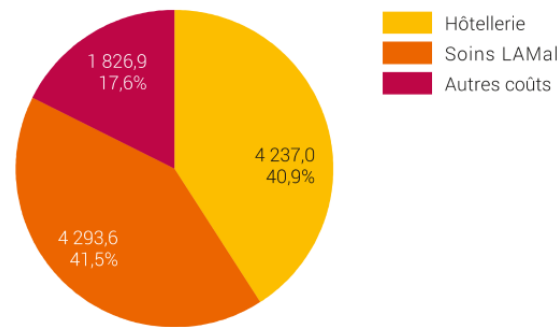
Figure 9 - durée de séjour en EMS

Coûts des soins de longue durée en 2018

Les dépenses totales représentent 12,9 milliards soit 15% des dépenses totales des soins. Les soins en EMS représentent 81% de ces coûts soit un peu de 10 milliards.

Coûts des établissements médico-sociaux, en 2018

En millions de francs



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© OFS 2019

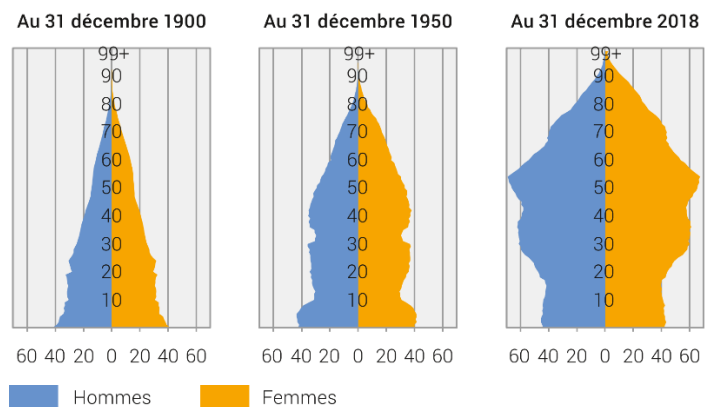
Figure 10 - Répartition des coûts en EMS

Evolution des soins de longue durée

Effet démographique :

Pyramide des âges

Nombre de personnes en milliers



Sources: OFS – RFP, STATPOP

© OFS 2019

Figure 11 - Pyramide des âges

La démonstration de l'évolution de la pyramide des âges avec cette inversion de la courbe entre 1900 et 2018, confirme les besoins en personnels de santé pour assurer les soins des personnes âgées d'ici à 15 ans.

Soins à domicile

421'000 personnes dont 60% de femmes ont bénéficiés de soins à domicile prodigués par 25'858 EPT.

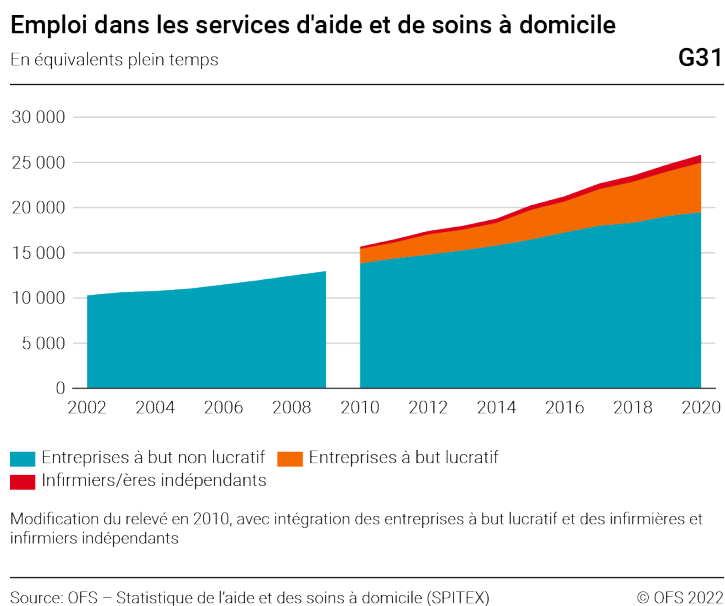


Figure 12 - répartition des mandataires en soins à domicile

Coûts des soins à domicile

Ce sont 22.9 millions d'heures (74% pour les soins et 26% d'aide aux tâches ménagères) pour un montant de 2,53 milliards. 41% sont à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Statistiques

Pour situer le contexte des soins de dépendance, l'Obsan a réalisé en 2011 une étude⁴ dont les principaux éléments sont décrits ci-après.

En termes d'activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ)

La majorité des 65+, mais aussi 85+, à domicile parviennent à accomplir seuls les AVQ.

- Soit manger, se mettre au lit, se (dés-)habiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche.

Parmi les 65+ à domicile, 10% de personnes sont dépendantes, dont 4% en dépendance moyenne à forte et 6% en dépendance légère.

Parmi les 85+ à domicile, 34% de personnes sont dépendantes.

⁴ Höpflinger, Bayer et Zumbrunn (2011)

En termes d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Les limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne sont plus fréquentes.

- Soit faire ses courses, son ménage, préparer ses repas et régler les questions administratives.

20% des 65+ à domicile ont besoin d'aide pour 1 AIVQ au moins

>50% des 85+ à domicile ont besoin d'aide pour 1 AIVQ au moins

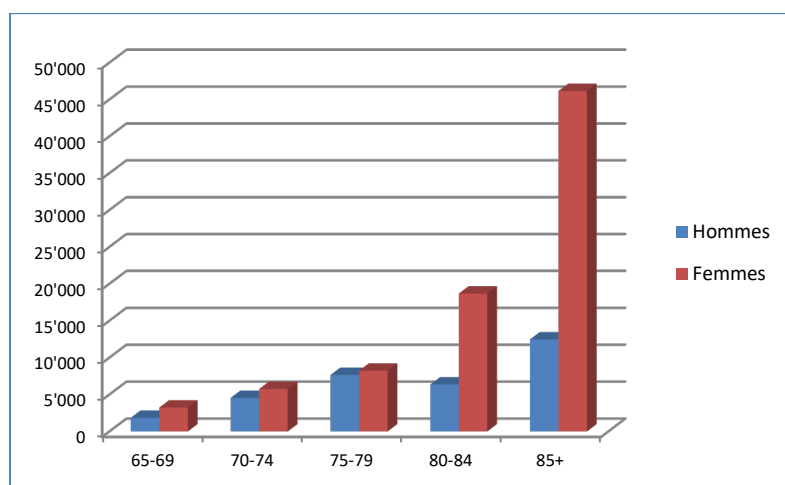


Figure 13 - Personnes dépendantes en 2008

115'000 à 119'000 personnes de >65 ans sont dépendantes dont plus de la moitié > 80 ans

Bases légales (soins longue durée)

Art. 25 al.2 LAMal Prestations générales en cas de maladie

Les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:

1. des médecins,
2. des chiropraticiens,
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

Art. 25a al.1 LAMal

L'assurance obligatoire des soins 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 établissements médico-sociaux.

Art. 25a al.2 LAMal

Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier.

Art. 39 LAMal

Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Les cantons coordonnent leurs planifications.

Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 33 let b OAMal – prestations générales

Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente:

Les prestations visées à l'art. 25, al. 2 et 25a, al. 1 et 2, de la loi lui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens;

Art. 49 OAMal

Les infirmières et les infirmiers doivent:

- a. être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle²;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance

Art. 51 OAMal

Les organisations qui dispensent des soins et de l'aide à domicile sont admises lorsqu'elles:

- a. sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité;
- b. ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations;
- c. disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d. disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e. participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés.

Art. 7 OPAS Soins ambulatoires ou dispensés dans un EMS

Définition des soins

Les prestations au sens de l'art. 33, let. b, OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal)

Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:

- a. l'évaluation, les conseils et la coordination:
 1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,
 2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires,
 3. coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;
- b. les examens et les traitements:
 1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
 2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
 3. prélèvement pour examen de laboratoire,
 4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
 5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
 6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale
 7. préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,

9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
 11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
 12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
 13. soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
 14. soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;
- c. les soins de base:
1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,
 2. mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

2bis Les conditions suivantes doivent être remplies:

- a. les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux;
- b. il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises.

2ter Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.

Art. 7a OPAS - Montants (mise à jour 2x/an en janvier et juillet)

1. Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, l'assurance prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:
 - a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 76.90 fr.;

- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 63.- fr.;
 - c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c: 52.60 fr.
2. Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de 5 minutes. Au minimum 10 minutes sont remboursées.
3. Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:
- a. jusqu'à 20 minutes de soins requis: 9.60 francs;
 - b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 19.20 francs;
 - c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 28.80 francs;
 - d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 38.40 francs;
 - e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 48.- francs;
 - f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 57.60 francs;
 - g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 67.20 francs;
 - h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 76.80 francs;
 - i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 86.40 francs;
 - j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 96.- francs;
 - k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 105.60 francs;
 - l. plus de 220 minutes de soins requis: 115.20 francs.
4. Pour les structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 7, al. 2ter, l'assurance prend en charge les montants selon l'al. 3, par jour ou par nuit, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2.

Art. 7b OPAS Prise en charge des soins aigus et de transition

1. Le canton de résidence et les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins aigus et de transition, selon leur part respective. Le canton de résidence fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.
2. Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal.

Soins à domicile

Le financement des soins à domicile est en priorité régi par l'article 7 OPAS. Toutefois des prestations complémentaires peuvent être associées avec une participation totale ou partielle des bénéficiaires.

Ainsi les tarifs appliqués peuvent être catégorisés de la manière suivante :

Les soins remboursés par l'assurance de base :

- Les soins (soins infirmiers, soins d'hygiène et de confort)

- L'ergothérapie
- Les consultations diététiques (si elles sont en lien avec des maladies déterminées)

Selon les tarifs définis à l'art. 7a OPAS (cf. ci-avant)

Les soins subventionnés par le canton VD :

- les conseils des assistants sociaux
- les conseils et le soutien des infirmières Petite Enfance

Aucune participation au bénéficiaire n'est demandée.

Les soins avec une participation financière pouvant être demandée :

- L'aide au ménage
- L'aide à la famille
- Les veilles et présences
- Les repas à domicile
- Les transports pour personnes à mobilité

Prestations à votre charge pouvant faire l'objet d'une aide financière

Aide au ménage et aide à la famille **26.00 Fr./heure**

Un forfait de 10 min. est facturé indépendamment de votre lieu d'habitation pour couvrir les frais de déplacement.

Veilles et présences **26.00 Fr./heure**

Un forfait de 10 min. est facturé indépendamment de votre lieu d'habitation pour couvrir les frais de déplacement.

Repas à domicile **Tarifs à l'unité**

Montants différents selon les Associations ou Fondations régionales.

Transports à Mobilité Réduite (TMR)

Selon le fournisseur du transport et le type de transport réalisé (à but médical ou à but de loisirs), les courses sont facturées soit au client, soit aux assurances sociales qui financent ce transport. Les collaborateurs du bureau TMR peuvent vous renseigner.

Soins en EMS

Depuis le 1er janvier 2011, le financement des soins aux personnes âgées et des soins de longue durée obéit à une nouvelle réglementation dans tous les cantons. La période transitoire de trois ans pour la mise en œuvre dans tous les cantons s'est achevée à fin 2013.

Les charges financières d'un hébergement en EMS (subventionnés) est différencié entre différents coûts :

Les soins médico-soignants

Les frais socio-hôteliers

La participation aux investissements immobiliers

La participation aux charges d'entretien de l'immeuble

Canton de Vaud:

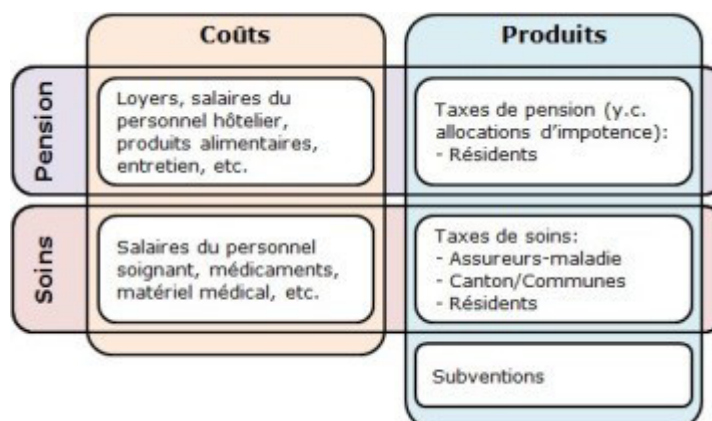
En 2016, en moyenne, les coûts journaliers en EMS se montent à 321.95 Frs, dont notamment 127.60 Frs de soins médicaux ; 155.45 Frs de frais socio-hôtelières ; 10.- Frs de participation aux investissements immobiliers et 10.80 pour la participation aux frais d'entretien/nettoyage de l'immeuble (loyer)

En moyenne, la participation aux coûts journaliers à charge du résident est 187.05 Frs et de Frs de 134.90 Frs à charge de l'Etat et de l'assurance maladie. Selon les cantons, la participation des coûts par les résidents varie considérablement.

Table 2016 du Canton de Vaud des forfaits relatifs aux différents niveaux de soins requis

| | | Facturé par l'EMS vaudois à l'assureur LAMal | Facturé par l'EMS vaudois au résident | Facturé par l'EMS vaudois à l'Etat de Vaud | Total des soins financés |
|------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| Niveau de soins requis | Assurance obligatoire des soins (AOS) | | Part du coût des soins à la charge du résident | Part à charge de l'Etat (financement résiduel) | Total |
| | Classe | Minutes de soins requis | OPAS (art. 7a al. 3) | LPFES (art. 26g + 26h) | |
| 1 | moins de 20 | 9.00 | 10.80 | 2.15 | 21.95 |
| 2 | 20 à 40 | 18.00 | 10.80 | 6.55 | 35.35 |
| 3 | 40 à 60 | 27.00 | 10.80 | 10.90 | 48.70 |
| 4 | 60 à 80 | 36.00 | 10.80 | 15.30 | 62.10 |
| 5 | 80 à 100 | 45.00 | 10.80 | 19.70 | 75.50 |
| 6 | 100 à 120 | 54.00 | 10.80 | 24.10 | 88.90 |
| 7 | 120 à 140 | 63.00 | 10.80 | 28.45 | 102.25 |
| 8 | 140 à 160 | 72.00 | 10.80 | 32.85 | 115.65 |
| 9 | 160 à 180 | 81.00 | 10.80 | 37.25 | 129.05 |
| 10 | 180 à 200 | 90.00 | 10.80 | 41.65 | 142.45 |
| 11 | 200 à 220 | 99.00 | 10.80 | 46.00 | 155.80 |
| 12 | plus de 220 | 108.00 | 10.80 | 50.45 | 169.25 |

Canton du Valais:



| Charges de personnel | Autres charges | Amortissements et provisions | Total |
|----------------------|----------------|------------------------------|-------|
| 259.4 | 59.1 | 8.4 | 326.9 |

Figure 14 - Charges [millions]

| Assurance-maladie | Produits LAMal (soins) | | | Produits non-LAMal | | | | Autres produits ⁴⁾ | Total |
|-------------------|------------------------------------|----------|-----------|--------------------|-------------------------|---------------------------|----------|-------------------------------|-------|
| | Financement résiduel ²⁾ | | | Hébergement | | Subventions ³⁾ | | | |
| | Canton | Communes | Résidents | Résidents | Allocations d'impotence | Canton | Communes | | |
| 75.9 | 46.4 | 20.0 | 6.9 | 135.8 | 19.2 | 3.8 | 1.6 | 22.7 | 332.2 |

Figure 15 - Produits [millions]

Les frais d'hébergement sont aussi à la charge du résident.

Les coûts des soins longs séjours sont pris en charge à hauteur de 0 à 20% par le résident. Sa participation aux coûts des soins est déterminée en fonction de sa fortune.

- 0 francs pour les résidents au bénéfice de l'aide sociale et pour les résidents dont la fortune nette est inférieure à 100'000 francs ;
- au maximum 5.75 francs par jour pour les résidents dont la fortune nette est comprise entre 100'000 et 199'999 francs ;
- au maximum 11.50 francs par jour pour les résidents dont la fortune nette est comprise entre 200'000 et 499'999 francs ;
- au maximum 23.00 francs par jour pour les résidents dont la fortune nette est égale ou supérieure à 500'000 francs.

Par ailleurs, des aides financières telles qu'allocations pour impotent, moyens auxiliaires ou encore prestations complémentaires peuvent être demandées à l'office cantonal AI ou à la caisse de compensation du canton de domicile.

Allocations pour impotent (en âge AVS et séjournant dans un home):

Si le résident perçoit une rente de vieillesse ou des prestations complémentaires et qu'il est domicilié/e en Suisse, il peut demander une allocation pour impotent de l'AVS lorsqu'il souffre d'une impotence faible, moyenne ou grave et que l'impotence s'est manifestée sans interruption pendant au moins une année et qu'il ne bénéficie pas déjà

d'une telle allocation provenant de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

Une personne est considérée comme impotente lorsqu'elle a besoin d'une aide régulière d'autrui pour les actes ordinaires de la vie (se vêtir, faire sa toilette, manger, etc.) et que son état nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle. L'allocation, qui ne dépend ni du revenu, ni de la fortune, se monte (pour les personnes devenues impotentes dès l'âge de la retraite) :

- pour une impotence faible 245 francs
- pour une impotence moyenne 613 francs
- pour une impotence grave 980 francs

S'agissant d'une prestation de l'assurance sociale, le versement est réalisé auprès de la personne concernée. Elle ne peut pas être cédée à une institution comme un EMS (Art. 22 LPGA). En conséquence l'établissement doit facturer le montant admis au résident ou à son représentant légal.

Outils d'évaluation des soins en EMS

En Suisse, la détermination des soins requis est évaluée par trois méthodes : **BESA**, **RAI-NH** et **PLAISIR**.

Le **système BESA**⁵ est un instrument permettant d'adapter de manière ciblée les soins et l'accompagnement aux besoins et ressources des personnes dépendantes, ainsi que de saisir et de comptabiliser les prestations de manière transparente. Grâce à la collecte d'informations nuancée effectuée au moyen du recueil de données, 80 indicateurs de qualité sont ainsi automatiquement disponibles sans travail de saisie supplémentaire.

Le système BESA constitue un tout et soutient quatre étapes centrales du processus de soins : la clarification des ressources, l'accord sur les objectifs, le décompte des prestations et la promotion de la qualité.

Concrètement, le système BESA montre, à l'aide d'informations élaborées systématiquement, quelles sont les capacités dont disposent les résidents.es et résidents des EMS. Cela permet de définir, d'entente avec les résidents, les objectifs de soins dans le cadre de la clarification des ressources. Sur cette base, les responsables peuvent définir de manière ciblée les prestations de soins et d'accompagnement, les présenter de manière compréhensible et les facturer. La combinaison entre clarification des ressources, accord sur les objectifs et saisie des prestations de soins contribue notamment à la promotion de la qualité.

Le système BESA a été mis au point notamment par CURAVIVA Suisse et le Centre de gérontologie de l'Université de Zürich.

Le **Resident Assessment Instrument RAI** (instrument d'évaluation des besoins pour les résidents des établissements médico-sociaux) date de la fin des années 80, suite à une législation émise par le congrès américain de 1987 visant à améliorer la qualité des soins stationnaires de longue durée (Omnibus Budget Reconciliation Act = OBRA 87). Celle-ci prévoyait entre autres que toutes les maisons de retraite et établissements médico-sociaux proposant des prestations financées par les deux programmes nationaux (Medicare et Medicaid) utilisent un instrument d'évaluation uniforme, standardisé et complet. L'importance centrale d'un tel instrument

⁵ <https://www.besacare.ch/Systeme-BESA/PnWxY/> (description très lacunaire du système)

pour une prise en charge des soins ciblés et personnalisés des résident.es a également été reconnue, tout comme les possibilités qui se sont dégagées des données récoltées concernant la garantie et la promotion de la qualité orientée vers des résultats.

Au cœur du système RAI-NH⁶ se trouve une évaluation des soins gériatriques, le MDS (Minimum Data Set). Celle-ci aide les personnes impliquées dans les soins et l'accompagnement des résident.es, à procéder à une estimation différenciée des ressources et déficits des résident.es, et permet également de planifier les soins et l'accompagnement nécessaires.

L'évaluation est effectuée pour la première fois lors de l'admission dans l'établissement, au moyen du formulaire « Evaluation initiale ». D'autres évaluations suivront à un rythme de 6 mois : le formulaire «Evaluation globale» est rempli une fois au cours des 12 mois, dans l'intervalle un formulaire simplifié appelé « Evaluation semestrielle » sera utilisé. Si l'état du-de la résident.e change de manière à induire une modification de groupe iso-ressources en matière de soins, une nouvelle évaluation complète est à effectuer (appelé changement significatif d'état).

Pour chaque résident.e, à l'aide du logiciel informatique, les éléments déclencheurs (triggerpoints) contenus dans le MDS concernant les 21 domaines problématiques sont reportés dans un compte-rendu d'évaluation. Associé aux résultats du MDS (profil de compétences actuel = ressources existantes et dépendances existantes), le compte-rendu d'évaluation sert de fondement pour la transposition dans le processus de soins.

Les 21 domaines d'évaluation sont :

- Etat confusionnel / Délire
- Déficience neurocognitive débutante ou modérée / Démence
- Phénomènes neuropsychiatriques lors de déficience neurocognitive / Démence
- Capacité visuelle
- Capacités de communication / Audition
- Potentiel de réadaptation / AVQ
- Incontinence vésicale
- Bien-être psychosocial
- Humeur
- Comportement problématique
- Activités / Occupation
- Chutes
- Etat nutritionnel
- Sonde alimentaire
- Déshydratation
- Soins bucco-dentaires
- Escarres
- Médicaments psychotropes
- Mesures limitant la liberté de mouvement et la liberté
- Douleurs
- Régulation intestinale

Le système PLAISIR⁷ est un système d'information clinico-administratif permettant d'évaluer la qualité et la quantité des soins aux

⁶ <https://www.gsys.ch/fr/rainh/raisystem/uebersicht>

⁷ <http://www.erosinfo.com/>

résident.es séjournant dans les établissements médico-sociaux, les centres hospitaliers et les unités de soins de moyen et long séjour. Le système recueille deux types de données concernant le résident.e :

- son profil bio-psycho-social;
- son plan de services requis en soins infirmiers et d'assistance.

Accessoirement, on collecte aussi des données socio-démographiques sur le résident.e ainsi que son profil de ressources utilisées en médecine et en réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie). Toutes ces données sont ramassées à l'aide d'un formulaire appelé "FRAN©" qui est rempli par une infirmière évaluatrice spécialement formée à cette fin. Les données du formulaire sont entrées dans l'ordinateur et celui-ci, à partir du profil des services infirmiers et d'assistance requis par le résident.e d'une part, et d'une pondération de chacune des actions de soins en terme du temps requis pour l'exécuter d'autre part, calcule les quantités de ressources infirmières et d'assistance requises par le résident.e.

Le système permet donc une représentation tridimensionnelle du résident.e :

- profil bio-psycho-social, en termes de maladies, déficiences, problèmes, compensations et handicaps;
- profil de services requis pour répondre aux besoins bio-psycho-sociaux;
- profil de ressources requises (mesurées en temps) pour donner les services requis.

Une nomenclature d'actions de soins, présentée plus loin, sert d'ossature à la détermination des services requis et de là, à travers la pondération en temps des actions de soins, à la mesure des ressources requises.

Le système PLAISIR© part du principe de base qu'à tous les niveaux, la prise de décision doit être orientée par les besoins de chacun des résident.es plutôt que par les ressources globalement disponibles. Il opérationnalise ce principe de base en faisant le focus sur les services requis par le résident.e plutôt que sur les services qui lui sont donnés. On appelle services requis, les soins infirmiers et d'assistance (professionnels et non professionnels) requis par le résident.e pour combler ses besoins. La détermination des services requis par les professionnels est influencée par leur philosophie des soins qui se traduit en un certain nombre de règles, normes, standards qui spécifient la façon de répondre aux différents besoins.

Les soins donnés ne correspondent pas toujours aux soins requis tels que nous venons de les définir, et ce en raison du manque de ressources, ou d'une mauvaise évaluation des besoins du résident.e, ou encore des règlements du centre. Ainsi, le personnel infirmier peut n'aider le résident.e à marcher qu'une seule fois par jour (soins donnés) alors que les standards de qualité exigeraient (soins requis) qu'il reçoive de l'aide pour la marche trois (3) fois par jour. Au niveau du questionnaire FRAN©, on indiquera donc l'action nursing, "marcher avec aide" à 10h. - 15h. -20h. "tous les jours", plutôt que "marcher avec aide" à 15h. "tous les jours".

Comme on l'a dit plus haut, la philosophie des soins de même que les normes et standards professionnels qui en dérivent, influencent la détermination de ce qui est requis. Et cette philosophie, normes et standards varient d'un établissement à l'autre. Il en résulte que si on n'encadre pas la détermination de ce qui est requis par des règles, le requis d'un même résident.e (en termes de services et conséquemment en termes de ressources) varierait d'un établissement à l'autre. Ceci pose un problème important d'équité si les résultats des évaluations PLAISIR© sont utilisés pour répartir une enveloppe entre les différents programmes ou établissements d'une région, en fonction des ressources requises par leurs résidents, ou encore dans le cas des assurances, pour payer les établissements pour les soins et l'assistance prodigués à chacun de leurs résidents. Aussi, est-il nécessaire de définir des standards de soins auxquels doivent adhérer tous les établissements.

Ces standards de soins et d'assistance doivent correspondre à ce qui est reconnu comme une "bonne pratique" dans les établissements con-

| Standards de soins pour les applications PLAISIR dans les Cantons de Suisse romande | | |
|--|---|--|
| <p>0010 HUMIDIFICATEUR Deux (2) fois par 24 heures pour le pensionnaire qui requiert un humidificateur en permanence.</p> <p>0120 SOINS DE TRACHEOTOMIE (peau, canule, pansement, cordon) Une (1) fois par 24 heures.</p> <p>1080 HYDRATATION Minimum deux (2) fois par jour.</p> <p>2070 FÉCALE INCONTINENCE Une (1) fois par service de travail (non à chaque tournée) pour le pensionnaire qui souille continuellement culottes, serviettes ou pique.</p> <p>2090 CONDOM Une (1) fois par jour pour le pensionnaire qui a un condom en permanence.</p> <p>2110 SOINS DE SONDE VESICALE Deux (2) fois par jour.</p> <p>SOINS D'HYGIENE</p> <p>3030 Toilette partielle: six (6) jours par semaine.</p> <p>3040 Toilette complète: un (1) jour par semaine.</p> | <p>3040 Toilette complète: trois (3) jours par semaine pour le jeune adulte en psychiatrie.</p> <p>3040 Toilette complète tous les jours pour le pensionnaire aidé.</p> <p>3090 SHAMPOING/RINÇAGE Une (1) fois par semaine.</p> <p>3130 SOINS DE BEAUTE Pédicure et manucure une (1) fois par semaine.</p> <p>3140 RASAGE DE LA BARBE Tous les jours pour le pensionnaire de sexe masculin. Une (1) fois par semaine pour le pensionnaire de sexe féminin qui requiert rasage ou épilation.</p> <p>3170 BROSSAGE DES DENTS Deux (2) fois par jour.</p> <p>4030 MARCHER AVEC AIDE Trois (3) fois par jour pour le pensionnaire susceptible d'atrophie musculaire des membres inférieurs.</p> <p>4050 FRICTIONS ET INSTALLATIONS Huit (8) fois par jour pour le pensionnaire aidé. Aucune pour le pensionnaire indépendant qui circule.</p> | <p>4060 EXERCICES MUSCULAIRES PASSIFS ET/OU ACTIFS Une (1) fois par jour pour le pensionnaire mobile susceptible d'atrophie musculaire et/ou de problèmes circulatoires. Deux (2) fois par jour pour le pensionnaire alité ou qui ne circule pas.</p> <p>4070 EXERCICES MUSCULAIRES STRUCTURES Deux (2) fois par jour pour le pensionnaire présentant un problème physique et qui tirerait profit d'un programme de réadaptation.</p> <p>5130 ACTIVITES RECREATIVES Trois (3) fois par semaine.</p> <p>5140 ACTIVITES THERAPEUTIQUES Deux (2) fois par semaine pour le pensionnaire qui présente un problème et qui tirerait profit de telles activités.</p> <p>5150 SORTIE SOCIO-THERAPEUTIQUE Une (1) fois par semaine pour le pensionnaire qui présente un problème et qui tirerait profit d'une telle sortie.</p> <p>9010 OBSERVATION Minimum une (1) fois par nuit pour le pensionnaire qui ne requiert aucun soin la nuit.</p> |

cernés. S'ils ne correspondent pas à des soins optimaux, ils doivent toutefois permettre d'assurer au résident.e un bien-être et une sécurité convenable. Les standards guident les infirmières qui évaluent, à l'aide du formulaire FRAN©, les soins infirmiers et d'assistance requis par le résident.e. Leur caractère n'est pas prescriptif mais seulement indicatif d'une moyenne dont l'infirmière peut dévier pourvu qu'elle justifie, par écrit dans le FRAN©, cette déviation en se fondant sur la particularité des besoins du résident.e qu'elle évalue.

L'outil de base du système PLAISIR© est le formulaire FRAN©. Ce formulaire permet de recueillir des données très détaillées sur le résident.e : son profil bio-psycho-social et certains services qu'il reçoit et son profil de services infirmiers et d'assistance requis durant les 7 derniers jours. Le formulaire FRAN© est rempli par une infirmière évaluatrice. Il n'est pas nécessaire que celle-ci connaisse le résident.e. Pour remplir le FRAN©, l'infirmière-évaluatrice se réfère:

- au dossier du résident.e;

- à son plan de soins;
- au(x) cahier(s) de traitement(s) ou d'analyse(s);
- au(x) cahier(s) de technique(s) de l'établissement;
- aux standards de soins du système PLAISIR©;
- à toute autre source de référence.

Si le besoin s'en fait sentir, elle interrogera aussi les membres du personnel infirmier en charge du résident.e, les autres professionnels, le résident.e et sa famille. Selon la complexité des cas, une évaluatrice peut évaluer de 5 à 12 résident.es par jour avec le FRAN©.

Les formulaires remplis sont envoyés dans un centre de traitement. Là, les données des FRAN© sont entrées dans l'ordinateur. Celui-ci a été programmé pour détecter, à l'entrée, les données manquantes, certaines réponses impossibles, incohérentes ou improbables. L'ordinateur produit alors un extrait qui est une version compacte mais exhaustive du contenu du FRAN©. Cette version compacte du FRAN© est appelée IMPFRAN©.

Les IMPFRAN© sont alors soumis à une infirmière-relectrice qui est une spécialiste de la validation des FRAN©. Celle-ci relit le IMPFRAN© pour détecter les données manquantes, les erreurs patentes, les données douteuses. Suite à cette relecture, l'infirmière-relectrice contacte par téléphone l'établissement où se trouve le résident.e concerné et interroge le(s) soignant(s) ou l'évaluateur pour en arriver à compléter et corriger le IMPFRAN© du résident.e. Selon la complexité des cas, une infirmière-relectrice peut traiter de 2 à 4 IMPFRAN© par heure. Cette opération réalisée, le IMPFRAN© est retourné au préposé à l'entrée des données qui entre alors dans l'ordinateur les corrections et modifications. Les données sont maintenant prêtes pour traitement en vue de la production des extraits du système PLAISIR© ou de toute autre exploitation requise par l'un ou l'autre preneur de décision.

La deuxième section du formulaire "FRAN©" est utilisée pour recueillir les données sur chacune des actions de soins et d'assistance requises par le résident.e pendant les derniers sept jours. Pour chaque action requise, on recueille essentiellement les données suivantes :

- son horaire hebdomadaire, c'est-à-dire quelles journées de la semaine elle est requise;
- son horaire journalier : pour chaque journée durant laquelle elle est requise, à quelles heures elle est requise.

Par ailleurs, on dispose en mémoire de l'ordinateur, d'une série de normes de temps qui spécifient combien cela requiert de minutes pour exécuter une fois l'action de soins. On notera ici qu'une action de soins est définie à l'aide d'un énoncé qui spécifie sa nature (par exemple "toilette partielle") et par un certain nombre de paramètres. Un de ces paramètres est commun à toutes les actions de soins. Il s'agit du mode de compensation de la dépendance du résident.e. Ce paramètre peut prendre trois valeurs :

- guider/diriger,
- aide partielle et
- aide complète.

Il existe par ailleurs beaucoup d'autres paramètres, certains étant communs à bon nombre d'actions de soins (comme le nombre d'intervenants requis pour réaliser l'action de soins, ou encore la nécessité ou non de la présence constante de l'intervenant auprès du résident.e pendant toute la durée de l'action de soins) mais d'autres spécifiques

à quelques ou seulement une action de soins. Par exemple : « alimentation entérale » : 1) avec pompe, 2) sans pompe. Pour chaque action de soins, c'est-à-dire pour chaque énoncé de nature d'un soin, complété par la (les) valeur(s) de un ou plusieurs paramètres, on dispose donc d'une norme de temps unitaire spécifiant le temps requis en moyenne pour exécuter l'action de soins une fois (voir exemple ci-dessous). Ainsi donc, le temps requis en moyenne, pour aider partiellement un résident.e fonctionnel à s'habiller en vêtements civils dans les cas où la présence de l'intervenant est requise pendant toute la durée de l'habillage, est de 10 minutes selon les normes du système PLAISIR©.

Connaissant le temps unitaire de l'action de soins d'une part, et son horaire hebdomadaire et journalier d'autre part, on peut calculer le temps requis par l'action de soins durant la semaine d'observation à chaque heure de chaque journée. Si l'on procède de la même façon pour chacune des actions de soins requises par le résident.e, on peut obtenir une qui fournit un profil des ressources requises :

- par sous-catégories de besoins (respiration, alimentation, élimination, hygiène, mobilisation, communication, médication, I.V., traitements, méthodes diagnostiques);
- par grandes catégories de besoins (soins de base = respiration + alimentation + élimination + hygiène + mobilisation; soins techniques = médication + I.V. + traitements + méthodes diagnostiques; soins relationnels et éducatifs = communication);

pour l'ensemble des besoins; et cela,

- par service de travail (nuit, jour, soir);
- pour chaque journée de la semaine et au total pour toute la semaine.

À partir de ces données qui fournissent le profil des ressources requises par le résident.e, on peut calculer un grand nombre d'indicateurs d'intensité des ressources requises.

Les extraits du système PLAISIR© fournissent pour chaque résident.e ses niveaux de soins moyen par service de travail et son niveau de soins moyen par 24 heures ou encore ses niveaux de soins par catégorie de besoins. Comme les temps unitaires standards du système PLAISIR© tiennent compte à la fois du temps des actes posés en présence du résident.e et des actes posés hors sa présence, les niveaux de soins du résident.e mesurent les ressources nécessaires pour exécuter les soins directs et indirects requis. Par soins directs, on entend toutes les actions de soins exécutées en présence du résident.e. Par soins indirects, on entend, dans la terminologie du système PLAISIR©, toutes les actions attribuables au résident.e individuel mais non exécutées en contact avec lui (par exemple, la préparation d'un médicament).

Les autres indicateurs d'intensité des ressources requises que l'on retrouve dans les extraits du système PLAISIR©, concernent non plus le résident.e individuel mais des groupes de résident.es d'une unité de soins, d'un établissement, d'un groupe d'établissements. Ces indicateurs sont obtenus en prenant la moyenne des niveaux de soins des résident.es du groupe considéré. Ils sont tous mesurés en minutes ou de façon équivalente, en heures ; cependant, selon les activités dont ils mesurent l'intensité, on parlera de :

- minutes et heures-soins nettes;

- minutes et heures-soins productives;
- minutes et heures-soins travaillées;
- minutes et heures-soins rémunérées.

Les minutes et heures-soins nettes mesurent l'intensité des soins directs et indirects. Le personnel des soins infirmiers et d'assistance accomplit cependant d'autres activités que les activités de soins directs et indirects. Dans le système PLAISIR©, on découpe ces activités de la manière suivante :

- les transmissions ou communications au sujet du résident.e;

Il s'agit des communications verbales et écrites des membres du personnel infirmier et d'assistance, entre eux, avec les autres professionnels et membres du personnel, avec les autres services, avec la famille du résident.e, au sujet de celui-ci.

- les déplacements avec ou pour le résident.e individuel à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité;
- les activités administratives;

Il s'agit de toutes les activités nécessaires pour le bon fonctionnement de l'unité mais qui ne peuvent être reliées à un résident.e en particulier.

- les activités d'entretien;
- les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité de soins nécessaires pour la bonne exécution des activités administratives et d'entretien. Ces déplacements ne peuvent être rattachés à un résident.e particulier.

Des normes ont été développées pour chacune de ces activités. En ajoutant au niveau de soins moyen des résident.es par 24 heures (minutes-soins nettes), ces normes, on obtient ce qu'on appelle les minutes-soins productives requises en moyenne par 24 heures par les résident.es.

Les heures-soins travaillées font entrer en ligne de compte les pauses-café du personnel (au Québec, 30 minutes payées par journée de 73 = 30 minutes par 435 minutes). On les calcule en partant de la constatation que pour fournir x minutes productives, on travaille y minutes, incluant les pauses-café. On obtient donc les heures-soins travaillées (les minutes-soins travaillées), en multipliant les heures-soins productives (les minutes-soins productives) par $y/x = \text{facteur } p$ (Au Québec, $p = 435/405 = 1.074$).

Les heures-soins rémunérées, enfin, font entrer en ligne de compte les avantages sociaux du personnel. Le poids des avantages sociaux dans la masse salariale peut cependant varier d'un établissement à l'autre, et d'une année à l'autre. Cependant, pour produire des données comparables, il est préférable d'opter pour un poids unique (facteur r) qui correspond en moyenne à ce qui se passe, par exemple, dans un territoire donné.

La majorité des cantons romands (GE, JU, NE et VD) utilisent **PLAISIR** depuis 1998.

Dans les 3 situations, la facturation des prestations de soins font référence à l'article 7a OPAS.

Jurisprudence

Le tribunal fédéral a dû arbitrer la situation d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, vivant à son domicile et nécessitant des soins dispensés par une OSAD particulièrement importants. L'assureur maladie a pris la décision de ne rembourser les coûts à hauteur d'une prise en soins équivalentes dans un EMS.

Vous trouverez ci-dessous le raisonnement du TF ayant débouté la famille et reconnu l'intervention de l'assureur.

ATF 139 V 135

Extrait de l'arrêt de la IIe Cour de droit social dans la cause CSS Assurance-maladie SA contre M. (recours en matière de droit public) 9C_685/2012 du 6 mars 2013

Art. 25a et 32 al. 1 LAMal; art. 7 et 7a OPAS; caractère économique de prestations de soins à domicile.

Examen, sous l'angle du nouveau régime de financement des soins, du caractère économique de prestations de soins à domicile allouées à une personne atteinte à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer en comparaison avec les prestations allouées en cas de soins dispensés dans un établissement médico-social. Caractère disproportionné d'une prise en charge de soins à domicile (consid. 5).

A. M., née en 1924, est assurée auprès de CSS Assurance-maladie SA (ci-après: la CSS) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Atteinte depuis 2003 de la maladie d'Alzheimer, elle fait l'objet d'une prise en charge médicale à domicile, prise en charge dont l'importance n'a cessé de croître au fil de l'évolution de la maladie.

Par courrier du 24 novembre 2010, la CSS a informé l'assurée et les organismes d'aide à domicile en charge du cas ("Fondation des services d'aide et de soins à domicile" et "Assistance à domicile pour la ville et la campagne") qu'elle n'entendait plus prendre en charge l'intégralité des frais des soins à domicile qui étaient dispensés à l'assurée, au motif que lesdits soins, extrêmement intensifs, ne respectaient désormais plus l'exigence d'économicité prévue par la loi et pouvaient être dispensés à moindre coût dans un établissement médico-social. En dépit du désaccord de l'assurée, la CSS lui a, par décision du 28 février 2011, confirmée sur opposition le 26 octobre suivant, notifié que les prestations versées au titre de l'assurance obligatoire des soins seraient limitées à compter du 1^{er} avril 2011 au montant de 159 fr. 65 par jour, montant correspondant à la taxe journalière la plus élevée d'un établissement médico-social situé dans le canton de Genève. Par décision du 9 novembre 2011, contre laquelle opposition a été formée, la CSS a limité la prise en charge à un montant de 108 fr. par jour à compter du 1^{er} décembre 2011.

B. Par jugement du 3 juillet 2012, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève a admis le recours formé par M., annulé les décisions et décision sur opposition des 28 février et 26 octobre 2011 et dit que l'assurée avait droit à la prise en charge de l'intégralité de ses frais de soins à domicile au-delà du 1^{er} avril 2011.

C. La CSS a interjeté un recours en matière de droit public et un recours constitutionnel subsidiaire contre ce jugement dont elle a demandé l'annulation. Elle a conclu à la confirmation de la décision sur opposition du 26 octobre 2011.

M. a conclu au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours constitutionnel subsidiaire et admis le recours en matière de droit publique.

Considérants

Extrait des considérants:

3.

3.1 La juridiction cantonale a estimé que la recourante devait prendre en charge l'intégralité des frais de soins à domicile de l'assurée au-delà du 1^{er} avril 2011. Si, d'un point de vue strictement économique, les soins à domicile étaient 1,74 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social (8'300 fr. par mois pour les soins à domicile [soit 276 fr. 70 par jour] contre 4'789 fr. 50 par mois pour les soins en établissement médico-social [soit 159 fr. 65 par jour]), il convenait de tenir pour légèrement moins adapté et efficace, dans la comparaison des mesures, un placement en institution, au vu des risques pour l'état de santé que comporterait une telle démarche. Certes, sur le plan médical, aussi bien la première que la seconde mesure remplissaient les critères d'efficacité et d'adéquation. Il était cependant notoire que le placement de l'assurée en institution aurait une incidence négative sur son état de santé. Cette mesure la priverait des seuls repères qu'elle avait encore et ferait inévitablement progresser plus rapidement sa maladie. Il convenait par ailleurs de prendre également en considération dans la détermination de l'adéquation et de l'efficacité de la mesure des importants moyens mis en oeuvre par l'époux de l'assurée pour aménager l'intérieur du domicile familial. A ce titre, les praticiens appelés à se déterminer avaient estimé que le maintien à domicile était bénéfique à son handicap et profitable à son humeur, car, même si elle ne parvenait pas à s'exprimer, elle vivait dans un milieu qui lui était familier et, par conséquent, rassurant.

3.2 La recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir, d'une part, procédé à une constatation manifestement inexacte des faits consécutive à une mauvaise appréciation des preuves et, d'autre part, violé le droit fédéral. En ne tenant pas compte des modifications réglementaires intervenues entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011, les premiers juges se seraient fondés sur des tarifs erronés pour fixer le coût à la charge de l'assurance obligatoire des soins des prestations prodiguées par les deux organisations de soins et d'aide à domicile et celui des prestations fournies par un établissement médico-social. Par ailleurs, les soins à domicile prodigués à l'intimée ne répondraient plus aux critères de l'**art. 32 LAMal**. Au vu de l'état de santé de l'intimée, les prestations de soins fournies par un établissement médico-social seraient désormais plus efficaces et appropriées, l'intimée, dont l'état de santé s'est constamment aggravé, pouvant en bénéficier vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, alors que l'organisation de soins et d'aide à domicile ne permettrait qu'un accès ponctuel. Sur le plan économique, la disproportion de coûts était manifeste, puisqu'une prise en charge à domicile était plus de trois fois supérieure à une prise en charge dans un établissement médico-social. Mis à part des motifs d'ordre social, rien ne pouvait justifier une telle disproportion.

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimée a droit, pour la période postérieure au 31 mars 2011, à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de l'intégralité des frais de soins à domicile qui lui sont prodigués.

4.1 D'après l'**art. 24 LAMal**, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. A la suite de l'adoption par l'Assemblée fédérale de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins (RO 2009 3517), un nouvel art. 25a a été introduit avec effet au 1^{er} janvier 2011 (RO 2009 6847). En vertu du premier alinéa de cette disposition, l'assurance obligatoire des soins doit fournir 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 établissements médico-sociaux. D'après les al. 3 et 4, il appartient au Conseil fédéral, d'une part, de désigner les soins et de fixer la procédure d'évaluation des soins requis, et, d'autre part, de fixer en francs le montant des contributions prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en fonction du besoin en soins. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 let. b, h et i OAMal [RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31).

4.2 D'après l'**art. 7 al. 1 OPAS**, les prestations au sens de l'**art. 33 let. b OAMal** comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis (**art. 7 al. 2 let. a et art. 8 OPAS**) sur prescription médicale ou sur mandat médical par: (a) des infirmiers et infirmières (**art. 49 OAMal**); (b) des organisations de soins et d'aide à domicile (**art. 51 OAMal**); et (c) des établissements médico-sociaux (**art. 39 al. 3 LAMal**).

4.3 Par rapport au système antérieur à l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, la forme de remboursement n'a pas changé fondamentalement: les prestations de soins ambulatoires continuent d'être remboursées selon une base horaire et les prestations de soins fournies dans les établissements médico-sociaux le sont selon une base journalière.

4.3.1 Selon l'**art. 7a al. 1 OPAS**, l'assurance prend en charge, s'agissant des fournisseurs de prestations visés à l'**art. 7 al. 1 let. a et b OPAS** (infirmiers et infirmières, organisations de soins et d'aide à domicile), les montants, par heure, de: (a) 79 fr. 80 pour les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (**art. 7 al. 2 let. a OPAS**); (b) 65 fr. 40 pour les prestations d'examen et de traitements (**art. 7 al. 2 let. b OPAS**); et (c) 54 fr. 60 pour les prestations de soins de base (**art. 7 al. 2 let. c OPAS**).

4.3.2 En vertu de l'**art. 7a al. 3 OPAS**, l'assurance prend en charge, s'agissant des fournisseurs de prestations visés à l'**art. 7 al. 1 let. c OPAS** (établissements médico-sociaux), les montants par jour suivants:

- a) jusqu'à 20 minutes de soins requis: 9 francs;
- b) de 21 à 40 minutes de soins requis: 18 francs;
- c) de 41 à 60 minutes de soins requis: 27 francs;
- d) de 61 à 80 minutes de soins requis: 36 francs;
- e) de 81 à 100 minutes de soins requis: 45 francs;
- f) de 101 à 120 minutes de soins requis: 54 francs;
- g) de 121 à 140 minutes de soins requis: 63 francs;
- h) de 141 à 160 minutes de soins requis: 72 francs;
- i) de 161 à 180 minutes de soins requis: 81 francs;
- j) de 181 à 200 minutes de soins requis: 90 francs;
- k) de 201 à 220 minutes de soins requis: 99 francs;

l) plus de 220 minutes de soins requis: 108 francs.

4.4 Selon l'**art. 32 al. 1 LAMal**, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

4.4.1 Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (**ATF 128 V 159** consid. 5c/aa p. 165; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 p. 279).

4.4.2 L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (**ATF 127 V 138** consid. 5 p. 146; GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 2^e éd. 2007, p. 494 n. 293 ss). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (**ATF 125 V 95** consid. 4a p. 99; voir également arrêt K 151/99 précité consid. 2c).

4.4.3 Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (**ATF 124 V 196** consid. 4 p. 200; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (**ATF 126 V 334** consid. 2b p. 339).

4.5 Lorsqu'il y a lieu d'examiner l'alternative que constituent des prestations de soins fournies à domicile par rapport à des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, le principe d'économicité n'autorise pas l'assureur à limiter d'office la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un établissement médico-social. L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. La jurisprudence a retenu que des prestations de soins fournies à domicile devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettaient d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [**ATF 126 V 334** consid. 3a p. 341], formation [arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, in RAMA 2001 p. 23], engagement social ou politique) ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p.

10). Tel n'était en revanche pas le cas lorsque les soins à domicile ne permettaient à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 19; voir néanmoins l'arrêt 9C_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4, où le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait "*tout juste*" le critère de l'économicité). En d'autres mots, la fourniture de soins à domicile doit être associée à un bénéfice manifeste par rapport à un placement dans un établissement médico-social. Néanmoins, s'il existe une disproportion évidente entre les coûts de ces deux mesures, les prestations de soins fournies à domicile ne peuvent plus être considérées comme conformes au critère de l'économicité, quels que soient les intérêts légitimes de la personne assurée, et cela même si les prestations de soins fournies à domicile apparaissent dans le cas particulier plus efficaces et appropriées qu'un placement dans un établissement médico-social ([ATF 126 V 334](#) consid. 2a p. 338).

5. Il convient d'examiner si la juridiction cantonale a respecté les principes susmentionnés dans le cas d'espèce.

5.1 En ce qui concerne le caractère efficace et approprié des mesures en cause, les premiers juges n'ont pas fait preuve d'arbitraire en considérant que le placement dans un établissement médico-social était, globalement, légèrement moins adapté et efficace qu'un maintien à domicile. D'un point de vue médical, rien au dossier ne permet d'affirmer, comme le fait péremptoirement la recourante, que les soins fournis dans un établissement médico-social seraient plus efficaces et appropriés que les soins fournis à domicile. A l'appui de leur appréciation, les premiers juges ont mis en exergue - sans que cet élément ne soit remis en cause - les effets positifs sur l'évolution de la maladie d'un maintien dans un cadre de vie familial. Si on ne peut ignorer les bienfaits qu'un maintien à domicile peut entraîner, dans l'absolu, sur le plan personnel et psychoaffectif, de tels avantages doivent néanmoins être ramenés à leurs justes proportions dans une situation telle que celle vécue par l'intimée. Atteinte à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, grabataire, sans perspective d'amélioration compte tenu du caractère dégénératif et irréversible de cette maladie, l'intimée se trouve dans un état de dépendance totale pour toutes les activités de la vie quotidienne et ne dispose, à l'évidence, plus des facultés suffisantes pour participer activement à une quelconque forme de vie sociale ou familiale (cf. rapport d'évaluation gériatrique du 23 décembre 2011 établi par le Département X. de l'Hôpital Y.). Rien ne permet par ailleurs d'affirmer, sauf à véhiculer des stéréotypes d'un autre temps, qu'un placement en institution aurait nécessairement pour effet d'entraîner une péjoration de l'état de santé de l'intimée, étant admis que les soins et l'accompagnement dans les établissements médico-sociaux répondent aujourd'hui à des standards de qualité élevés et font l'objet de contrôles réguliers de la part des autorités de surveillance. Dans ces conditions, force est d'admettre que les bénéfices objectifs pour l'intimée de soins fournis à domicile, s'ils existent sur le plan psychoaffectif, apparaissent particulièrement ténus par rapport à des soins fournis dans un établissement médico-social et ne correspondent à tout le moins pas aux formes de bénéfices attendus mis en évidence par la jurisprudence.

5.2 En revanche, le jugement entrepris viole le droit fédéral, en tant qu'il ne tient pas compte des dispositions relatives au nouveau régime de financement des soins entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (cf. supra consid. 4.3). Dans la comparaison des coûts, il s'imposait, en application de l'**art.**

7a OPAS, de retenir, d'une part, un montant de 108 fr. par jour au titre des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social et, d'autre part, un montant de 54 fr. 60 par heure au titre des prestations de soins fournies à domicile (soins de base). Si l'on compare le montant retenu par la juridiction cantonale de 8'300 fr. par mois pour les soins à domicile - montant fondé sur un tarif horaire de 54 fr. 60, dont il n'y a pas lieu de remettre en cause le bien-fondé, la recourante n'expliquant pas en quoi celui serait manifestement erroné - avec le montant de 3'240 fr. par mois (30 x 108 fr.) que la recourante devrait déboursier en cas de séjour dans un établissement médico-social, il apparaît que les soins à domicile sont 2,56 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social.

5.3 Eu égard aux bénéfices limités des soins fournis à domicile et de la disproportion manifeste entre le coût d'une prise en charge à domicile et celui d'une prise en charge dans un établissement médico-social, il n'est plus légitime de considérer que la fourniture de prestations de soins à domicile constitue, dans une situation telle que celle qui fait l'objet de la présente affaire, une mesure répondant au critère de l'économicité. Le présent cas n'entre manifestement pas dans le cadre des situations où la jurisprudence a, par le passé, fait preuve de souplesse en faveur d'une prise en charge des soins à domicile par l'assurance obligatoire des soins. En l'occurrence, l'effort exigé de la part de l'assurance obligatoire des soins et, à travers elle, de la communauté des assurés - effort qui se monte à plus de 100'000 fr. par année - ne correspond plus, compte tenu de la solution alternative à disposition, à ce que l'on peut considérer comme relevant d'une gestion économique et rationnelle de l'assurance-maladie sociale.

Nouveau financement hospitalier de 2012

Ce nouveau financement a un impact sur la répartition du paiement des coûts de l'hôpital entre les assureurs et l'Etat.

Nouvelle réglementation hospitalière Coûts et gains

Exemple: hôpital figurant sur la liste LAMal subventionné publiquement (non universitaire)

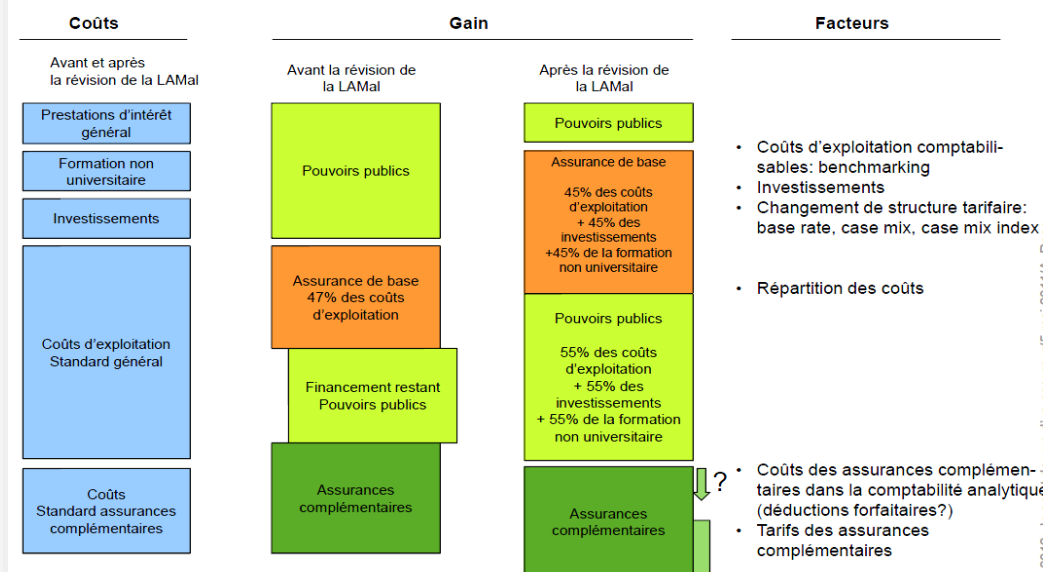


Figure 16 - tableau de coûts et modalités de paiement

Les coûts hospitaliers se composent des :

- Des frais d'exploitation
- Des investissements
- Des frais de formation non universitaire (soins infirmiers, apprentissages)
- Des prestations d'intérêt général (service d'urgence)
- Des frais de séjour pour les patients en assurance privée

Avant l'introduction du nouveau financement, l'Etat prenait à sa charge une part des frais d'exploitation déterminée par convention avec les assureurs, les frais d'investissement, la formation non universitaire et les prestations d'intérêt général.

Les assureurs maladie prenaient à leurs charges qu'une part des charges d'exploitation, négociée avec les établissements.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les assureurs assument aussi une part des investissements et de la formation non universitaire à hauteur de 45%. Pour les investissements, un mécanisme progressif a été mis en place, en principe de 10% pour 2012, 11% pour 2013

Données statistiques sur le système de santé suisse

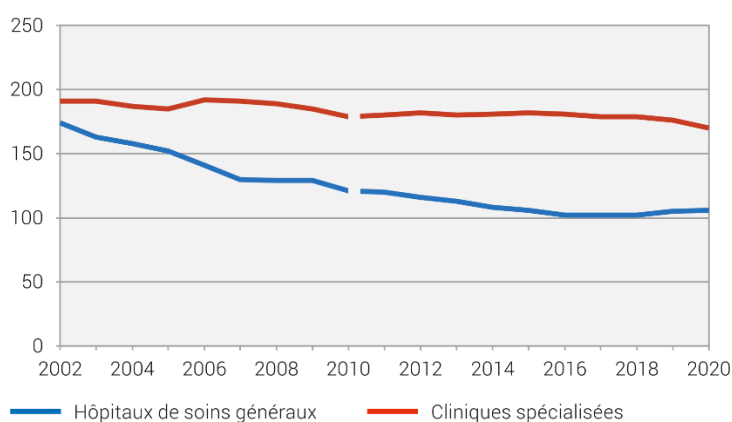
Sur les pages suivantes vous trouverez un panorama de données et graphiques statistiques sur le système de santé suisse.

Les hôpitaux

Les établissements hospitaliers du secteur public et privé sont au nombre de 276, répartis sur 574 sites.

Hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées

Nombre d'hôpitaux



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© OFS 2021

Figure 17 – Nb d'hôpitaux

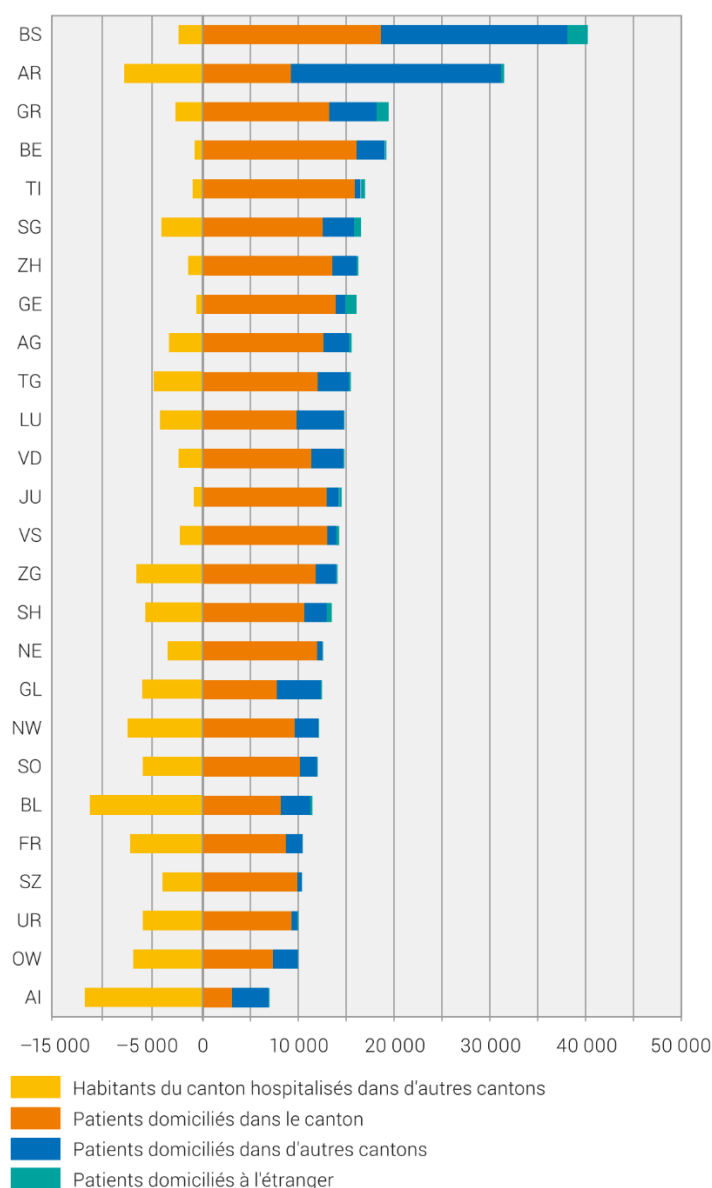
Les lits d'hospitalisation sont au nombre de 37'611 soit une moyenne de 4,3 lits par 1'000 habitants.

En terme d'emploi au 31.12.2020, 226'036 personnes (41% = Hôpitaux, 37% = EMS, 22% = OSAD) pour 153'811.7 EPT (45% = Hôpitaux, 41% = EMS, 14% = OSAD) travaillent dans les soins.

Le nombre d'hospitalisation s'est élevé à 1'468'242 cas. Le taux d'hospitalisation par 100'000 habitants varie considérablement entre les cantons du plus élevé Bâle-Ville (42'453) au plus faible Appenzell intérieur (9'000).

Taux d'hospitalisation par canton, en 2020

Nombre de cas pour 100 000 habitantes et habitants



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2021

Figure 18 - Taux d'hospitalisation par canton

La durée moyenne de séjour en soins aigus (CH) a passé de 7,4 en 2002 à 5,3 en 2020. Les patients de psychiatrie ont séjourné en moyenne de 45,4 (2202) à 34,7 jours (2020) et ceux en réadaptation/gériatrie de 27,0 (2002) à 23,7 jours (2020).

Dans le domaine ambulatoire, la Suisse compte 7'959 médecins généralistes et 10'525 médecins spécialistes ce qui représente 0,94 médecins par 1'000 habitants. Les spécialistes sont 1,24 par 1'000 habitants. (2017)

70,7% de la population a au moins consulté un généraliste en 2017 avec une moyenne de 2,27 consultations/personne

Coûts du système de santé

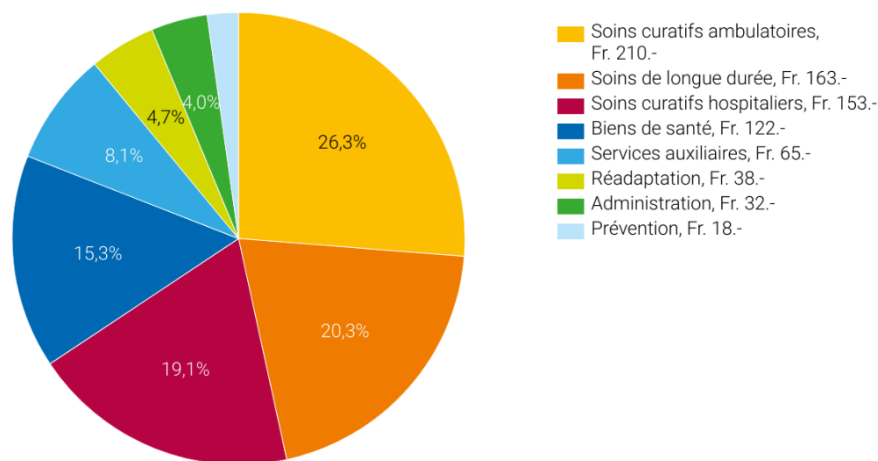
Comme mentionné en préambule, les coûts de la santé se sont montés à 82.5 milliards de francs en 2019 et représentent 11.3% du PIB.

En moyenne depuis 1995, on observe une augmentation annuelle de 3,8%.

Ce montant représente une moyenne de 801.-Frs par mois.

Dépenses de santé par habitant, en 2019

Total: Fr. 801.-



Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2021

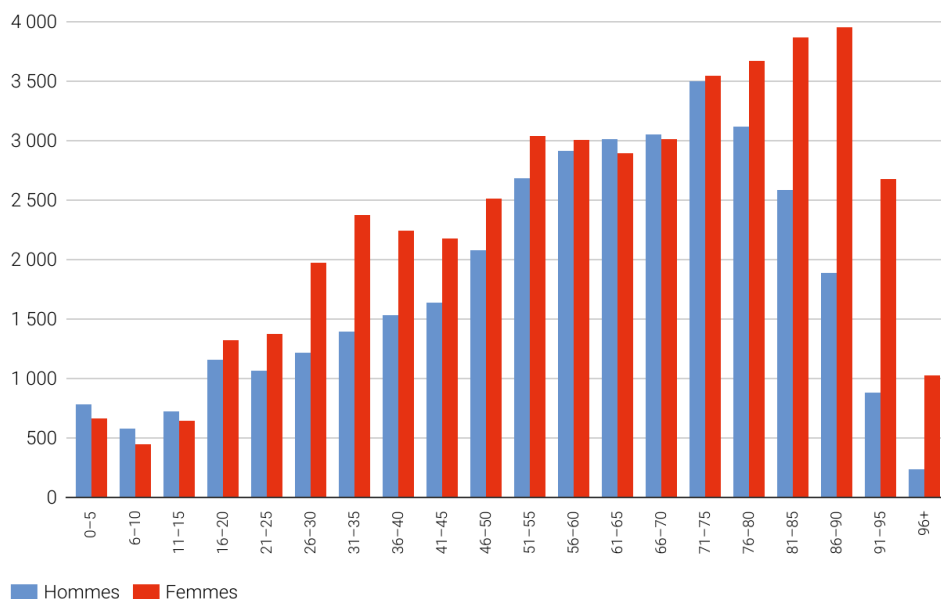
Figure 19 - Dépenses de santé par type de prestataires

Dépenses selon l'âge et le sexe

Les personnes de plus de 76 ans représentant 7.8% de la population ont occasionnés 28.2% des dépenses. La majeure partie des dépenses sont réalisées dans les 6 derniers mois de vie. Si ce sont les jeunes garçons qui consomment plus de dépenses en santé, à l'âge avancé se sont les dames qui prennent le dessus, notamment par leur dominance numérique.

Dépenses de santé selon la classe d'âge et le sexe, en 2019

Millions de francs



Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

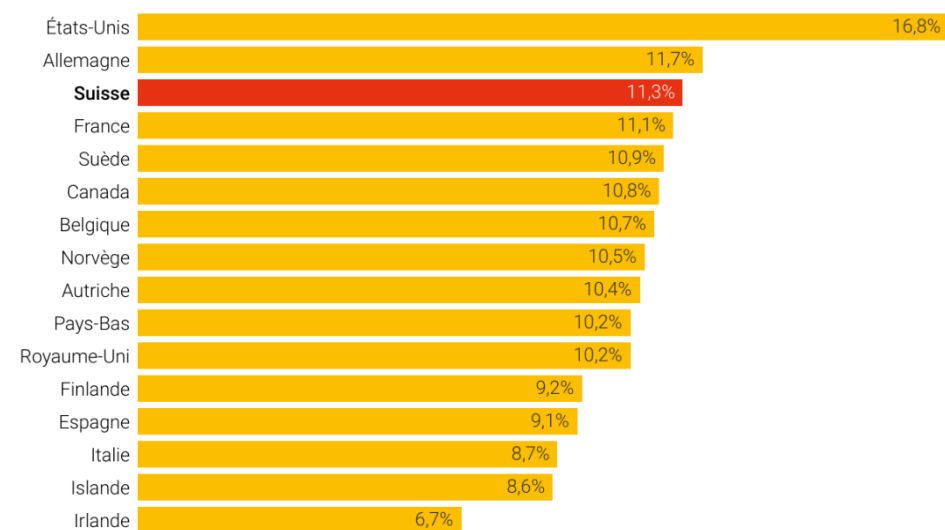
© OFS 2021

Figure 20 - Dépenses de santé selon l'âge et le sexe

Avec 11.3%, la Suisse occupe la 3^{ème} place parmi les pays de l'OCDE dans la part du PIB destinée au frais de santé. Elle se trouve derrière les États-Unis (16.8%)

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, en 2019

en rapport au produit intérieur brut



Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU); OCDE, Statistiques sur la santé 2021

© OFS 2021

Figure 21 - Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

Financement du système de santé

Le financement du système de santé suisse ne présente pas de déficit. Les mécanismes sont complexes mais en fin de compte, le payeur n'est autre que le citoyen. Que ce soit par les primes d'assurance, les impôts, la participation aux coûts par la franchise et la quote-part, il reste le seul à déboursier l'argent visant à financer le système.

Coût et financement du système de santé

</>

Données définitives, en 2019, en millions de francs

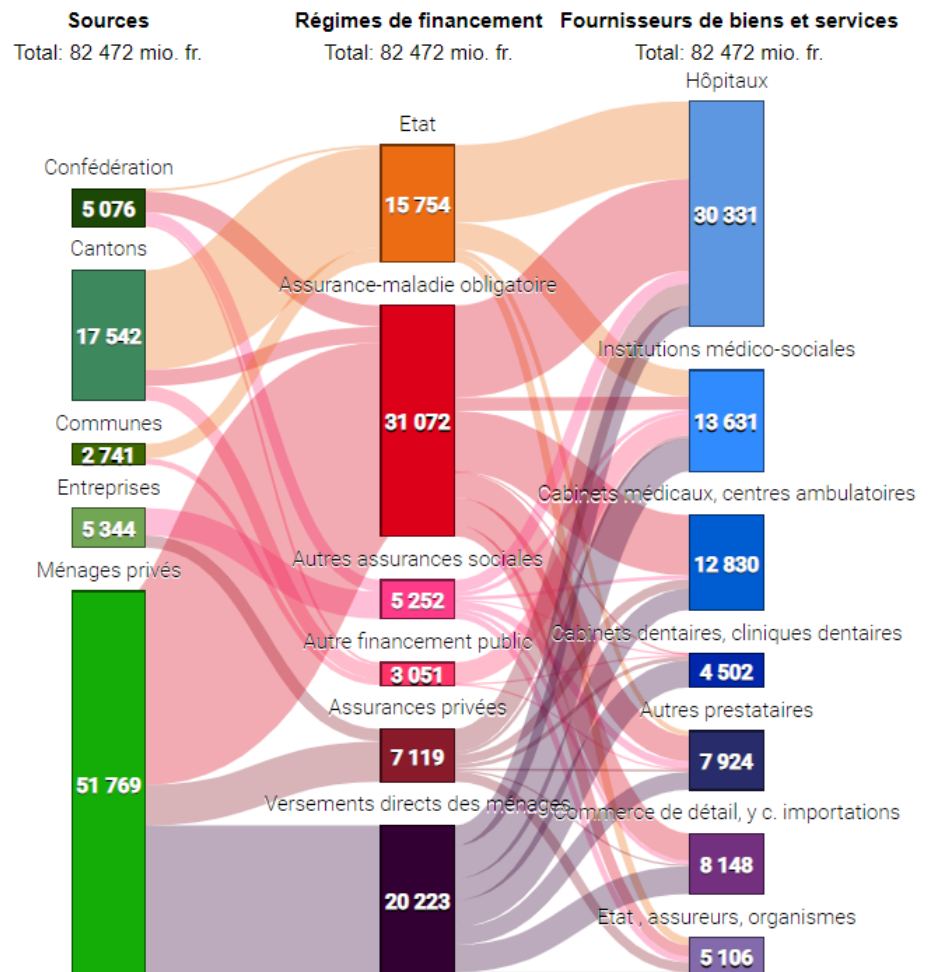


Figure 22 - financement selon la source et le régime

Dans le détail, les assureurs sociaux (tous régimes confondus) ont participé à hauteur de 41,9% dont 35,8% par la LAMal. Les ménages ont contribué de manière directe à hauteur de 28,6% et l'Etat à 18,1%.

Presque 2/3 des dépenses de santé ont été financées par les ménages, le 1/3 restant par les pouvoirs publics.

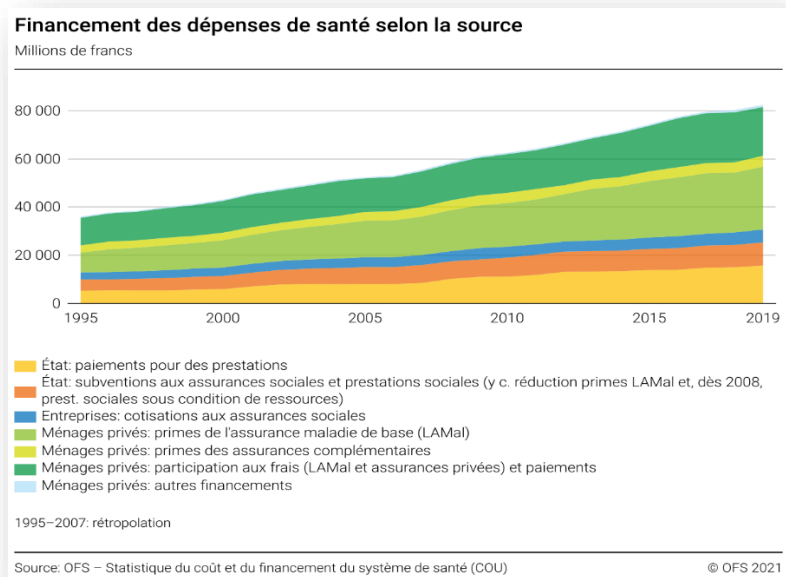


Figure 23 - financement selon la source

Par type de prestations, les hôpitaux viennent en tête, suivi des soins en cabinets médicaux, des soins en EMS puis des frais de pharmacie.

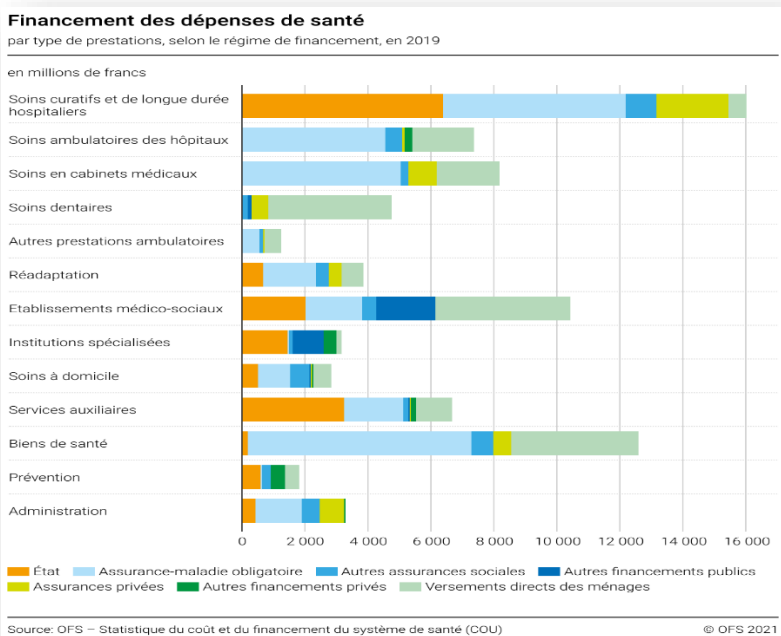


Figure 24 - Financement par type de prestataires et le financeur

Conclusion

Si on a observé au cours des 20 dernières années une forte diminution de la durée de séjour à l'hôpital, le développement de soins ambulatoires, le vieillissement de la population pourrait inverser la tendance au cours des prochaines décennies. Toutefois le développement de la médecine prédictive et des nouvelles technologies dans le domaine diagnostique et thérapeutique pourront nous surprendre. Il est donc particulièrement difficile d'élaborer des stratégies à très long terme.

Les coûts de la santé ne vont probablement pas baisser. Ils augmenteront nécessairement par les facteurs liés à l'âge, aux progrès médicaux, aux exigences toujours plus élevées des patients, toutefois, il est possible d'amortir la courbe exponentielle par l'amélioration de l'efficacité des processus de soins. Mais ceci fait l'objet d'un autre séminaire....

Bibliographie

- Annuaire des assurances sociales 2022 – Editions : hrm4you.ch
- Boutat A, Capraro JM (2008), Comptabilité analytique de gestion, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2e édition, Lausanne.
- Office fédéral de la statistique - Coût et financement du système de santé en 2019
- Observatoire suisse de la santé – Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier - 2019
- Office fédéral de la statistique – panorama 2017
- OCDE - Examens de l'OCDE des systèmes de santé 2011 : Suisse
- Office fédéral de la statistique - Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse - Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030
- Office fédéral de la statistique – Statistiques de la santé

Site internet :

- http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/examens-de-l-ocde-des-systemes-de-sante-suisse-2011_9789264120938-fr
- OBSAN : [Home | OBSAN \(admin.ch\)](#)
- SwissDRG : <http://www.swissdrg.org/fr/>
- LPGA : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/510/fr>
- LAMal : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- OAMal : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/fr
- OCP : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/418/fr>
- OPAS : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr