



Genève, le 17 octobre 2018

**Le Conseil d'Etat**

4776-2018

Département fédéral de l'intérieur  
Monsieur Alain BERSET  
Président de la Confédération  
Inselgasse 1  
3003 Berne

**Concerne : modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluation des soins requis) – prise de position du canton de Genève**

Monsieur le Président,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt du projet de modification de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins, du 29 septembre 1995 (OPAS) (RS 832.112.31) que vous lui avez soumis pour consultation le 4 juillet 2018.

Ce projet aborde deux sujets : la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins et l'évaluation des soins requis.

Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants.

De plus, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels. A notre sens, les adaptations des montants proposées ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie, de la complexification des prises en charge et du vieillissement de la population. Ceci est d'autant plus vrai et préoccupant s'agissant de la diminution des montants pour les infirmiers et infirmières ainsi que pour les organisations d'aide et de soin à domicile.

Que l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs fait l'objet d'un large consensus et ressort notamment des discussions animées par votre département. La diminution des tarifs citée ci-dessus nous semble aller à l'encontre de cet objectif en affaiblissant le soutien des prestations de soins à domicile par le système d'assurance sociale.

Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins LiMA n'a fait qu'ajouter à une problématique déjà aiguë. Or votre projet est muet sur ce thème. Il s'attache à régler une situation non problématique pour la majorité des acteurs et renonce à agir sur ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale.

Au vu de ce qui précède, nous considérons que les propositions de modifications de l'OPAS relatives à la neutralité des coûts ne sont pas acceptables en l'état.

En ce qui concerne les modifications relatives à l'évaluation des soins requis, nous estimons que sur le principe, les modifications relatives à la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins sont indispensables pour faire évoluer l'efficacité de nos systèmes de santé. La proposition faite est cependant insuffisamment aboutie.

Des explications détaillées de notre position, ainsi que d'autres commentaires et propositions, figurent dans le formulaire joint au présent courrier.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos commentaires, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

Le président :



Antonio Hodgers

Annexe mentionnée

Copie à : (via mail) [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch) et [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

## Prise de position de

Nom / entreprise / organisation / canton : Etat de Genève / Département de l'emploi et de la santé / Direction générale de la santé (DGS)

Abréviation de l'entr. / org. : GE

Adresse : DGS, rue Adrien-Lachenal 8 – 1207 Genève

Personne de référence : Nicolas Müller, service de la planification et du réseau de soins

Téléphone : 022 546 18 71

Courriel : [adrien.bron@etat.ge.ch](mailto:adrien.bron@etat.ge.ch)

Date : 17 octobre 2018

### **Informations importantes :**

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : [abteilung-leistung@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistung@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)**

**Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018**

<b>Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)</b>	
<b>Nom / entreprise</b> (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	<b>Remarques générales</b>
GE	<p>Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 13 juin 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a vérifié si le nouveau régime de financement des soins, entré pleinement en vigueur au 1er janvier 2014, avait été sans incidence sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et respectait donc le principe de neutralité des coûts pour les assureurs.</p> <p>Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants.</p> <p>De plus, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels. A notre sens, les adaptations des montants par minutes de soins définis à l'article 7a al. 3 OPAS ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie, de la complexification des prises en charge et du vieillissement de la population. Ceci est d'autant plus vrai et préoccupant pour la diminution des montants définis à l'article 7a al. 1 OPAS.</p> <p>Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins n'a fait qu'ajouter à une problématique d'ores et déjà aigue. Ces arrêts créent en outre une situation chaotique sur l'ensemble du pays avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passe précisément par une révision de l'OPAS. Or votre projet est muet sur ce thème. Il est dès lors difficile de comprendre pourquoi celui-ci s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renonce à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale.</p>
<b>Nom / entreprise</b>	<b>commentaires / remarques</b>
GE	<p><b>article</b> 7a al. 1</p> <p><b>modification proposée (texte proposé)</b> Pas de modification du texte, mais une hausse des montants qui prennent en compte les arguments du canton de Genève.</p>

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)**

**Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018**

		<p>de l'engagement du système d'assurance sociale des prestataires de soins à domicile. Cela nous semble un contre-sens.</p> <p>Cette baisse des montants à charge de l'assurance est proposée sur la base de calculs effectués par l'OFSP. Cependant, en plus de souffrir des mêmes défauts que dans le cas des EMS, à savoir une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et la non prise en compte des disparités cantonales et des évolutions salariales, les calculs de la neutralité des coûts se fondent sur des données qui sont, de l'aveu même de l'OFSP, incomplètes. Elles s'inscrivent de plus dans un domaine où les temps de déplacement ne sont pas financés à l'instar de nombreux autres domaines dans la santé.</p> <p>La baisse des montants prévue à l'art. 7a al. 1 OPAS provoquera une augmentation du financement résiduel et pénalisera injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active, ceci afin de répondre aux enjeux sociétaux (vivre le plus longtemps possible à domicile en bénéficiant de prestations de qualité), d'accompagner les stratégies d'ambulatorisation et de privilégier ainsi l'efficience du réseau de soins, notamment en abaissant le nombre de structures stationnaires nécessaires. Pour les raisons évoquées plus haut, la politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires passe par un meilleur financement des soins à domicile. Votre projet propose le contraire. Pour toutes ces raisons, nous nous opposons fermement à la baisse proposée dans le projet de modification et soutenons, comme pour le secteur des EMS, une révision plus régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins.</p>	
GE	7a al. 3	<p>La modification de l'article 7a al. 3 OPAS proposée est insuffisante. La revalorisation des tarifs des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (EMS) est à saluer mais nous contestons les bases de calcul présentées. Une telle modification devrait, à tout le moins, prendre en considération les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons via le financement résiduel, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs. A Genève, les revenus des EMS relatifs aux soins proviennent, pour 53%, du financement résiduel du canton, contre seulement 43% des assureurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des montants qui prennent en compte les arguments genevois ;</li> <li>- Ajout d'une 13<sup>e</sup> classe :</li> </ul> <p>[...] l. de 221 à 240 minutes de soins requis : XXX fr. ; m. plus de 240 minutes de soins requis : XXX fr.</p>

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)**

**Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018**

		<p>- pour les cantons, comme Genève, où le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre comme base de calculs les évolutions nationales, comme il est désavantageux d'appliquer des tarifs fédéraux uniformes ne tenant pas compte des spécificités cantonales. Les salaires genevois, en particulier, ont un niveau et une évolution fortement différents : pour le personnel de soins dans les EMS, on observe une hausse de leur rémunération de 3,6% entre 2010 et 2016 (contre - 2,4% pour la même période à l'échelon suisse, selon l'OFSP). Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte ces disparités, il est injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons, au prétexte du financement résiduel, toute évolution des coûts;</p>	
GE	8 al. 2	<p>L'augmentation proposée de la fréquence des évaluations des soins requis dans les EMS ne nous semble pas pertinente. Elle ajoute non seulement des lourdeurs administratives pour les assurances et pour les entités qui prennent en charge des résidents mais aussi demande des adaptations techniques coûteuses des outils d'évaluation, alors que ces outils offrent déjà, à satisfaction, la possibilité d'évaluer des résidents aussi souvent que le nécessite la péjoration de leur état de santé. A ce sujet, vous voudrez bien prendre en considération la prise de position qui vous sera adressée par la Commission technique Plaisir, également consultée.</p> <p>La modification proposée en matière de durée de la prescription médicale, pour les organisations de soins à domicile et les infirmières indépendantes, n'est pas pertinente. Cette proposition de simplification reste peu applicable. En effet tenant compte de l'augmentation de la complexité des patients et de l'actualisation nécessaire des soins, de tels délais seraient rarement utilisés.</p>	Garder les dispositions présentes dans la version actuelle de l'art. 8
GE	8a al. 1	<p>Nous nous opposons à la teneur de l'art. 8a al. 1 let. a et b OPAS, visant à faire correspondre les exigences du personnel infirmier chargé d'effectuer l'évaluation des besoins avec celles posées par l'art. 49 al. 1 OAMal. En effet, il nous semble inutilement restrictif d'exiger deux années d'activité (art. 49 al. 1 let. b OAMal) en plus du diplôme d'infirmier ou d'infirmière (art. 49 al. 1 let. a OAMal). Par conséquent, nous proposons de limiter la référence à l'art. 49 al. 1 OAMal en précisant que les deux années d'expérience ne sont pas</p>	<p>[...]</p> <p>a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c : par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal al. 1 let. a) en collaboration avec le patient ou ses proches ; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ;</p>

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)**

**Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018**

	exigées.	[...]
	<p>La compétence donnée au personnel infirmier pour l'évaluation des soins requis dans le cadre des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que pour les prestations de soins de base ne concerne que peu de clients dans les institutions de soins à domicile délivrant de plus en plus de soins techniques. Aussi, cette mesure de simplification n'en est pas une. Il nous semblerait plus pertinent d'inclure également les prestations d'exams et traitements dans cette proposition, le cas échéant d'en autoriser le principe, charge aux cantons d'en définir le cadre légal opérationnel.</p>	