

Argumentaire relatif aux revendications de la CI Financement des soins

26 avril 2018

Contenu

1	Situation générale des soins en Suisse.....	1
2	Financement résiduel.....	2
2.1	Situation des soins stationnaires.....	2
2.2	Situation des soins ambulatoires.....	3
2.3	Revendication.....	4
3	Adaptation de l'évolution des coûts	4
3.1	Situation des soins stationnaires.....	5
3.2	Situation des soins ambulatoires.....	6
3.3	Revendication.....	7
4	Soins aigus et de transition	7
4.1	Situation générale	7
4.2	Revendication.....	8

1 Situation générale des soins en Suisse

En Suisse, les acteurs du domaine de la santé sont confrontés à des défis importants : la demande en prestations de soins augmente régulièrement et continuera de croître à l'avenir, en particulier dans le domaine ambulatoire. Les hôpitaux subissent de telles pressions sur leurs coûts que les patientes et patients en sortent plus tôt pour être transférés vers le secteur des soins, qui se retrouve de ce fait confronté à des cas plus complexes. À cela s'ajoutent des exigences croissantes à l'égard des soins pédiatriques à domicile, des services médicaux d'urgence 24h/24, du domaine des soins des plaies ainsi que de celui des soins en psychiatrie.

Comme le Conseil fédéral en a fait état en 2016 dans un ample rapport, les changements démographiques impliquent des défis particulièrement importants en matière de soins de longue durée. Le nombre de personnes exigeant des soins va augmenter de façon significative au cours des prochaines décennies. Le secteur des soins est confronté à une multimorbidité et à une comorbidité croissantes. Les besoins en services spéciaux, et notamment en soins palliatifs, en soins et en accompagnement de personnes souffrant de problèmes gérontopsychiatriques – personnes souffrant de démence et personnes âgées handicapées en particulier – se renforcent eux aussi fortement.

Les personnes exigeant des soins souhaitent de plus en plus fréquemment vivre chez elles aussi longtemps que possible. Les prestataires de soins ambulatoires et stationnaires sont appelés à élaborer des offres flexibles et si possible intégrées, allant de la vie chez soi aux logements protégés, en passant par les structures de jour et de nuit, les soins de transition ainsi que les soins stationnaires spécialisés. Les mutations nécessaires sont compliquées par le fait que les structures de soins sont segmentées et que le système d'indemnisation crée souvent des incitations malvenues. Pour des raisons de coûts également, il convient de veiller à ce que les personnes âgées rejoignent un établissement médico-social (EMS) seulement lorsqu'elles nécessitent un certain niveau de soins. Il importe cependant de ne pas idéaliser la vie chez soi : un grand nombre de personnes exigeant des soins se trouvent isolées entre leurs quatre murs, et les cas d'abandon ou de violence à domicile sont nombreux. Or la survenance de telles situations doit absolument être empêchée.

Selon les prévisions actuelles, le manque de personnel soignant spécialisé va encore s'accroître, ce qui constituera un obstacle particulièrement difficile à surmonter. La branche est appelée à y réagir en

augmentant encore le nombre de places de formation, mais aussi en proposant des postes attrayants et conciliables avec la vie familiale.

Pour surmonter ces défis multiples, les prestataires sont tributaires d'un financement intégral des soins. De toute évidence, le nouveau financement des soins n'a pas encore atteint ses objectifs à cet égard. En effet, les assureurs-maladie et les patientes et patients ne prenant en charge qu'une partie fixe du coût des soins, la croissance que ceux-ci ont connus a été reportée unilatéralement sur les cantons ou les communes. Or, étant donné leurs impératifs financiers, cantons et communes n'ont pas partout trouvé une solution adéquate pour assurer le financement résiduel des soins. C'est pourquoi plus cette situation se prolonge, plus il est difficile pour les prestataires d'atteindre le niveau de qualité requis. Le problème doit être traité d'urgence.

Les revendications de la CI Financement des soins

La CI Financement des soins limite ici ses considérations aux résultats et observations tirés de l'évaluation actuelle du financement des soins. Ses revendications visent à mieux atteindre les objectifs du nouveau financement des soins et à permettre aux acteurs d'affronter à court et à moyen terme les défis décrits. Certains problèmes urgents peuvent être réglés par voie d'ordonnance et ne sont donc pas traités ici. C'est notamment le cas de l'indemnisation adéquate des prestations de soins aux personnes démentes ou de la clarification des questions liées aux arrêts les plus récents du Tribunal administratif fédéral concernant les coûts des moyens et les objets. Le document laisse aussi de côté la question des conditions-cadres devant être mises en place à long terme pour affronter le défi que la démographie représente en matière de soins de longue durée.

Les soins sont principalement nécessaires pendant la dernière phase de vie des patients. Corollaire : c'est à ce moment que les coûts afférents sont les plus élevés. Des soins de longue durée dispensés de manière judicieuse permettent de limiter les coûts en évitant, par exemple, que les patients soient transférés en milieu hospitalier, ou en refusant sciemment les interventions inutiles en fin de vie. Si les revendications présentées ici sont admises, il deviendra possible de répondre de manière adéquate aux exigences en matière de soins de longue durée. Pour leur part, les prestataires de soins s'engagent à remplir leurs tâches en veillant constamment à ne pas engendrer de coûts inutiles.

2 Financement résiduel

« Les cantons règlent le financement résiduel ». Cette formulation ouverte de l'article 25a alinéa 5 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est interprétée de façon très diverse et pose de nombreux problèmes d'application.

2.1 Situation des soins stationnaires

De nombreux cantons et communes ne remplissent pas suffisamment leur obligation juridique d'assurer le financement résiduel des coûts des soins (art. 25a al. 5 LAMal), et ce, même dans les domaines où le Tribunal fédéral s'est clairement prononcé (voir les arrêts ATF 138 V 377 et ATF 140 V 58). En effet, ils fixent notamment les montants qu'ils remboursent à un niveau tellement bas et irréaliste que cela ne permet pas de couvrir les coûts. Les décisions de financement résiduel tiennent compte d'impératifs financiers et politiques, mais ne permettent pas de couvrir les frais réels. De nombreux cantons renforcent leurs exigences à l'égard des EMS (en termes de prescriptions en matière de personnel, de taille des chambres, d'instructions afférentes aux infrastructures et d'obligation de formation notamment), alors que la prise en charge des coûts normatifs de soins n'est pas augmentée, voire est amoindrie. Selon la statistique SOMED, quelque 600 EMS dégagent un bénéfice de près de 220 millions de francs, tandis qu'environ 950 EMS subissent une perte globale de plus d'un demi-

milliard de francs. Au total, dans l'ensemble de la Suisse, les coûts non couverts des EMS atteignent entre 250 et 350 millions de francs par an. Ce défaut illégal de couverture contraint les établissements à passer outre la protection tarifaire et à répercuter les coûts sur les pensionnaires des EMS pour pallier une faillite potentielle. Les coûts des soins dont les EMS font état correspondent effectivement, grâce à des mesures précises (mise en place de chronométrages, nouveau type de calcul des coûts, amélioration des outils de mesure des soins), aux coûts réels ; ils doivent donc être intégralement financés. En outre, de récents arrêts du Tribunal administratif fédéral indiquent que les coûts liés aux moyens et aux objets doivent eux aussi être pris en charge par le biais des financements résiduels, ce que certains cantons refusent également de faire.

Conclusion : De nombreux établissements se retrouvent le couteau sous la gorge en raison des coûts non couverts. Ils font peser ces coûts sur leurs patientes et patients ou travaillent avec un volume de personnel insuffisant. Ils se voient forcés soit de porter atteinte à la protection tarifaire, soit de sacrifier la qualité des soins.

Exemples de financements résiduels de toute évidence fixés trop bas :

- Argovie : sur la base du 33^e percentile des frais retenus pour l'exercice trois ans auparavant.
- Soleure : sur la base de CHF 50.– à CHF 55.– par heure de soins.
- Bâle-Campagne: sur la base de CHF 68.25 par heure de soins, bien que le Surveillant des prix soit parvenu à un montant de CHF 82.33, Curaviva BL à celui de CHF 76.45 et la Direction cantonale elle-même à celui, vérifié, de CHF 72.60.

2.2 Situation des soins ambulatoires

L'introduction du nouveau financement des soins a limité la contribution de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les coûts résiduels des soins ambulatoires doivent être pris en charge par les cantons/communes et les assurés. La part de ces derniers est cependant limitée (max. 20 pour cent du montant maximal fixé par le Conseil fédéral dans l'OPAS).

L'art. 25 al. 5 de la LAMal ne définit pas plus précisément les modalités du financement résiduel des soins ambulatoires. C'est la raison pour laquelle, malgré les recommandations de la CDS, les cantons appliquent ce système de façon très variée, notamment en ce qui concerne :

- la compétence ;
- la répartition du financement résiduel entre les cantons et les communes ;
- la participation des patients et patientes ;
- le type de financement ;
- le mode de calcul du financement résiduel ;
- les prescriptions de police sanitaire ;
- le devoir contractuel de fournir des prestations et l'obligation de pourvoir aux soins ;
- les exigences de qualité ;
- les processus de contrôle ;
- les conditions socio-politiques ;
- etc.

Les mises en œuvre divergentes et parfois discriminatoires ainsi que la renonciation partielle d'introduire un financement résiduel en faveur de certains prestataires de soins ambulatoires conduisent à des distorsions du marché et à l'opacité. En outre, le règlement financier de l'obligation de fournir des soins et d'autres prestations (service des urgences, notamment) n'est pas non plus défini. De plus, une réglementation claire fait défaut qui permettrait de définir quelles prestations (temps de trajet, matériel de soins, etc.) sont couvertes par l'ensemble du financement des soins. Les particularités géographiques et l'organisation des soins ambulatoires varient selon les cantons et les communes (centres régionaux, sites décentralisés, service d'aide et soins à domicile en interne). Or cela doit être pris en compte lors de la fixation des contributions aux caisses maladie et du financement résiduel.

Conclusion : il faut retenir que, dans l'ensemble, cantons et communes bénéficient d'une trop grande marge de manœuvre, que la LAMal manque de lignes directrices et de définitions, et que les réflexions menées ainsi que les décisions prises en matière de soins ambulatoires sont bien plus marquées par des impératifs financiers et des soucis politiques que dictées par les besoins. Ici et là, cela a des répercussions sur la protection tarifaire et sur la sécurité de l'approvisionnement en soins.

Exemples :

1. Soleure : le canton a fait usage de sa liberté d'organisation en n'introduisant jusqu'à fin 2017 aucun financement résiduel en matière de soins ambulatoires. Dans son nouveau modèle de financement, dont l'introduction est prévue en 2018, le canton exige en outre que les clients et clientes s'acquittent, en plus des contributions de patient-e-s qu'ils ont déjà versées, de forfaits de trajet et des contributions de formation (ces dernières ont déjà été introduites dans le domaine des EMS), et ce, bien que les temps de trajet soient déjà compris dans le tarif ou dans la contribution et bien que cela porte clairement atteinte à la protection tarifaire.
2. Fribourg, Genève et Glaris : ces cantons traitent différemment les structures à but non lucratif et celles poursuivant un but économique ainsi que leurs clientes et clients, cela en fixant des contributions de patient-e-s plus élevées pour les clientes et clients des structures poursuivant un but économique.
3. Fribourg, Genève, Tessin, Glaris et Appenzell Rhodes-Intérieures : dans ces cantons, soit les règles de financement résiduel sont encore inexistantes, soit elles distordent le marché ou sont fondées sur un calcul erroné.

2.3 Revendication

Le Législateur doit préciser à l'article 25a alinéa 5 LAMal qu'il incombe aux cantons de prendre en charge l'intégralité des coûts résiduels avérés afférents aux prestations de soins délivrées sur leur territoire, cela par ex. comme suit :

Article 25a al. 5 2ème phrase LAMal (nouveau) :

« Les cantons garantissent le financement résiduel des prestations de soins avérées.

Le Conseil fédéral définit des critères uniformes applicables à la saisie, au calcul et à la fixation des coûts intégraux ainsi qu'au financement de l'approvisionnement en soins dans le domaine ambulatoire. »

La détermination du financement résiduel doit répondre aux critères suivants :

- a) Le financement résiduel comprend l'intégralité du coût des soins. La protection tarifaire (art. 44 LAMal) est à respecter, de même que celle des contributions.
- b) Le calcul des coûts intégraux se fait sur la base de la totalité des coûts liés à la prestation de soins considérée.
- c) L'égalité de traitement vaut pour l'ensemble des organisations (soins stationnaires et ambulatoires) au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exploitation.
- d) En cas d'obligation d'approvisionnement en soins, celle-ci ainsi que les frais liés à d'autres services publics (obligation de formation et autres missions des pouvoirs publics) doivent être indemnisés de manière transparente et suffisante.
- e) Les prestations sont fournies de façon efficiente.

3 Adaptation de l'évolution des coûts

Les statistiques de l'OFSP indiquent que c'est dans la catégorie des EMS que les coûts bruts par personne assurée ont le moins varié depuis 2004 (0,3 % en moyenne) et que, depuis 2011, le domaine stationnaire a cessé de contribuer à la hausse des coûts de l'AOS. L'augmentation du nombre des prestations fournies dans le domaine ambulatoire minimise globalement les coûts, parce que les prestations fournies aux niveaux inférieurs des soins coûtent moins cher que les soins stationnaires.

3.1 Situation des soins stationnaires

En matière de financement des soins, l'expérience montre que les contributions des assureurs-maladie, fixées lors de l'entrée en vigueur du nouveau système, en 2011, à CHF 9.– par tranche de 20 minutes de soins, sont trop basses. D'ailleurs, le montant de ces contributions n'a pas été revu depuis lors. Son adaptation est désormais urgente, d'autant plus que la structure de la clientèle des EMS a fortement évolué. Les soins sont devenus plus exigeants, du personnel plus qualifié a dû être recruté et les frais de personnel ont augmenté.

Les statistiques SOMED indiquent qu'en 2010, l'AOS versait encore une contribution de 52,99 pour cent des coûts avérés relatifs aux soins dispensés dans les EMS.

Au cours des six années suivantes, la contribution de l'AOS est tombée à 44,69 pour cent, de sorte que les assureurs-maladie ne prenaient plus en charge, en 2016, que CHF 55,63 par journée de résidence, contre CHF 58,78 en 2010.

Jahr	Anzahl Pfl egetage	Pflegekosten KVG	Anteil OKP (Sasis)	Anteil OKP in %	Pflegekosten Tag	Anteil OKP in CHF
2009	30'858'000	CHF 3'352'378'000.00	CHF 1'793'000'000.00	53.48%	CHF 108.64	CHF 58.10
2010	30'793'000	CHF 3'415'625'000.00	CHF 1'810'000'000.00	52.99%	CHF 110.92	CHF 58.78
2011	31'238'000	CHF 3'545'747'000.00	CHF 1'759'000'000.00	49.61%	CHF 113.51	CHF 56.31
2012	31'927'091	CHF 3'717'902'000.00	CHF 1'815'000'000.00	48.82%	CHF 116.45	CHF 56.85
2013	31'997'254	CHF 3'819'011'000.00	CHF 1'811'000'000.00	47.42%	CHF 119.35	CHF 56.60
2014	32'263'462	CHF 3'892'949'000.00	CHF 1'786'000'000.00	45.88%	CHF 120.66	CHF 55.36
2015	32'286'219	CHF 3'993'168'000.00	CHF 1'784'000'000.00	44.68%	CHF 123.68	CHF 55.26
2016	32'677'993	CHF 4'067'819'000.00	CHF 1'818'000'000.00	44.69%	CHF 124.48	CHF 55.63

Source : données OFS, SOMED et SASIS

Les cantons, en tant que financeurs résiduels, subissent de manière disproportionnée l'absence d'adaptation des contributions versées par les assureurs-maladie à l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Cette surcharge des cantons par rapport à ce qui serait le cas si les coûts en augmentation étaient supportés proportionnellement par tous les agents payeurs (l'AOS finançant 52,9 pour cent des coûts) a représenté au total plus de 1,4 milliard de francs sur les six premières années qui ont suivi l'introduction du nouveau financement des soins. C'est l'une des raisons pour lesquelles le financement résiduel est insuffisant.

En outre, justement dans les EMS, le nombre de cas pour lesquels les « coûts de soins AOS » sont particulièrement difficiles à justifier est en augmentation. Par exemple, les coûts liés aux maladies démentielles et aux soins de base prodigués aux patients en soins palliatifs ne peuvent être qu'insuffisamment justifiés en qualité de soins. Par rapport à ce qui est le cas pour d'autres maladies, le financement pour ces patientes et patients est insuffisant. Il en va de même pour les signes cliniques

complexes, pour lesquels le niveau de soins le plus élevé (220 minutes) reste inférieur aux besoins réels. De même, les situations exigeant des soins soutenus ne sont pas suffisamment prises en compte dans le système actuel, de sorte que le financement est là aussi insuffisant. Les patientes et patients atteints de démence soutenue, qui requièrent des soins palliatifs et dont les besoins en soins sont supérieurs à quatre heures par jour ont beaucoup de mal à obtenir une place en EMS. Les patientes et patients ne peuvent choisir librement un établissement et y obtenir des soins de qualité que s'ils sont disposés à prendre en charge eux-mêmes une partie supplémentaire des coûts liés aux soins ou si les pouvoirs publics consentent à le faire.

3.2 Situation des soins ambulatoires

Depuis l'introduction du nouveau financement des soins en 2011, les contributions de l'AOS sont gelées dans le domaine ambulatoire.

- Mesures de clarification, de conseil et de coordination : CHF 79.80.
- Visites médicales et traitements : CHF 65.40.
- Mesures de soins de base : CHF 54.60.

L'enquête du bureau d'experts INFRAS, établie sur la base de valeurs numériques datant de 2004 (INFRAS, Financement des soins : Détermination des coûts des soins, 16 mai 2007, Zurich) a servi de fondement pour déterminer les contributions alors neutres du point de vue des coûts.

Cette base de calcul vieille de près de 15 ans doit être révisée d'urgence, comme l'indiquent différents éléments :

- La base des données de 2004 ne tient pas suffisamment compte de différents facteurs, notamment du prix du matériel de soins et des temps de trajet.
- Depuis l'introduction du nouveau financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a crû fortement, cela en raison de la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire » adoptée par les cantons, mais aussi en raison de l'évolution de la société (augmentation du nombre de familles monoparentales, individualité, etc.).
- En parallèle, la demande en soins spécifiques a elle aussi continué à augmenter de façon marquée : aujourd'hui, l'aide et les soins à domicile comprennent aussi des soins de nature palliative, en matière de démence, de psychiatrie, d'oncologie ainsi que des soins pédiatriques à domicile (voir à cet égard les stratégies afférentes de la Confédération et des cantons). Il faut pour cela recourir à du personnel jouissant d'une formation complémentaire et à des outils d'aide spécifiques. Cette évolution entraîne d'ailleurs le transfert des coûts du stationnaire vers l'ambulatoire.
- Les besoins en services de soins 24 h/24 et d'urgence ont aussi fortement augmenté depuis 2011, parfois en même temps que les besoins spécifiques (soins palliatifs, soins pédiatriques à domicile). Mais c'est aussi parce que les situations d'encadrement changent que ces besoins gagnent en importance.
- Entre 2004 et 2016, le renchérissement a été de 3.4 % (et même de 6 % en 2011 par rapport à 2004).

Malgré ces éléments patents, ni l'AOS ni les offices compétents n'ont prévu, au cours des dernières années, d'adapter à la hausse les contributions. Les cantons, les communes et surtout les patientes et patients ont supporté les coûts supplémentaires générés par ces prestations et l'inflation, tandis que l'AOS a été déchargée dans le domaine ambulatoire, ce qui lui a même permis de dépasser l'objectif fixé consistant à éviter une surcharge supplémentaire.

Celle-ci a dû être supportée presque exclusivement par les cantons et les communes ou via des adaptations/augmentations des taux de cotisation des patients, à la charge des personnes concernées. Cependant, comme indiqué au chiffre 1.2, cantons et communes ont tenté d'éviter ces dépenses supplémentaires (notamment au travers de mesures d'économies), de les répercuter (en chargeant plus fortement les patientes et les patients) ou de les ajourner (notamment en différant de trois à quatre ans

l'actualisation des montants de financement résiduel).

Conclusion : au cours des dernières années, les prestations de soins (ambulatoires et stationnaires) sont devenues plus pointues et plus coûteuses, et les situations à traiter plus complexes. Le personnel engagé est de plus en plus spécialisé et a ainsi obtenu de nouvelles qualifications, plus poussées. Le manque de main d'œuvre qualifiée nourrit aussi la discussion sur les salaires. Dans le même temps, la participation de l'AOS aux coûts des soins a diminué, au détriment des cantons, des communes et des patientes et patients. Or cela ne peut plus continuer ainsi. Au contraire : les contributions doivent être régulièrement adaptées à l'évolution des coûts.

3.3 Revendication

Le principe de l'adaptation annuelle au développement des coûts dans le domaine de la santé devrait être inscrit comme il suit dans l'art. 25a al. 4 LAMal :

« Le Conseil fédéral fixe les contributions en francs en fonction du besoin en soins. Il les contrôle et les adapte annuellement de façon à ce que les parts respectives des agents payeurs au financement des frais de soins demeurent constantes. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités. »

Le présent ajout est conforme au postulat 16.3352 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, qui a été adopté le 19 septembre 2016 par le Conseil national, par 178 voix contre une, avec trois absentions.

4 Soins aigus et de transition

4.1 Situation générale

Les soins aigus et de transition (SAT) ont été redéfinis dès 2011 après l'introduction du nouveau financement hospitalier (facturation via des forfaits par cas) et la réorganisation du financement des soins. Les patientes et patients devraient, à la suite d'un séjour hospitalier, se voir offerte une transition qui réponde à leurs besoins physiques ou psychiatriques et à leur besoin en convalescence, afin qu'ils/elles retrouvent leur autonomie à leur domicile. Une entrée prématurée en EMS devrait être évitée tant dans l'intérêt des personnes concernées que d'un point de vue économique.

Or force est de constater que cet objectif n'est pas encore atteint. L'herbe est pour ainsi dire coupée sous les pieds des soins de transition, essentiellement en raison de deux lacunes législatives à l'article 25a alinéa 2 LAMal : leur durée est trop courte (14 jours) et les frais de séjour (hôtellerie) ne sont pas pris en charge. Cette limitation à deux semaines, qui est le fruit arbitraire d'un compromis de dernière minute, contredit toutes les expériences accumulées en matière médicale, de psychiatrie ou de soins. Dans de contexte de soins aigus et de transition stationnaires, le ou la patient-e doit, en vertu de la réglementation actuelle, assumer seul-e l'intégralité des frais d'hôtellerie, qui sont compris entre CHF 150.– et CHF 250.– par jour, et ce, en sus du loyer de son logement personnel. Dans le domaine ambulatoire, les structures d'aide et de soins à domicile ainsi que le personnel indépendant doivent surmonter des obstacles administratifs et d'admission injustifiés, posés par certains assureurs-maladie et par certains cantons.

C'est pourquoi il est rarement fait recours aux SAT. En Suisse, 0,3 pour cent des places en EMS sont conçues pour des SAT. Dans le domaine ambulatoire, environ 0,2 pour cent des heures de soins fournis y sont consacrées. Pourtant, s'ils sont financés sur une période suffisante, les SAT peuvent être très efficaces. Des exemples issus des cantons de Zurich, Lucerne et Argovie l'attestent (Il est à cet égard renvoyé ici à la prise

de position de la CI Financement des soins spécifique à ce sujet). À Zurich, 5,4 pour cent des places en EMS sont dédiées aux SAT et plus de deux tiers des patients pris en charge dans ce cadre peuvent rentrer chez eux après quatre semaines. Les soins transitionnels y permettent incontestablement une baisse des coûts socio-économiques.

Conclusion : les associations de prestataires de soins et les organisations de patient-e-s considèrent que les SAT revêtent une grande importance, mais que leur conception est jusqu'à présent demeurée entachée de défauts rédhibitoires.

4.2 Revendication

Les associations de prestataires de soins et les organisations de patient-e-s demandent que les SAT soient repensés. Leur durée légale doit être soit illimitée, soit significativement augmentée, cela à au moins quatre semaines si nécessaire, et cette durée doit être prolongeable à une reprise en cas de besoin et sur ordonnance médicale. En outre, l'AOS ainsi que les cantons doivent prendre en charge les frais de séjour, en particulier les frais d'hôtellerie et de prise en charge, comme cela a lieu en cas de séjour hospitalier. Dans le domaine ambulatoire, l'admission doit être soumise à des critères homogènes au niveau suisse. Ces améliorations permettront de remédier aux brèches de financement et aux inégalités de traitement, et les soins de transition pourront enfin remplir leur objectif salué par tous.

L'article 25a alinéa 2 LAMal doit être modifié comme il suit :

« Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant quatre semaines au plus, conformément à la réglementation du remboursement des traitements stationnaires, y compris celle relative au séjour et aux soins à l'hôpital (art. 49 al. 1) ainsi que selon celle du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les soins aigus et de transition peuvent, en fonction des besoins et sur ordonnance d'un médecin, être prolongés à une reprise pour quatre semaines au plus. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits. »

Pour plus d'explications, voir : *Soins aigus et soins de transition (SAT) : lacunes, nécessité d'agir et revendication d'une nouvelle réglementation. Prise de position de la CI Financement des soins* (http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Positionen/Aktuelle_H_Positionen/180215_AUeP_Positionspapier_fr.pdf).