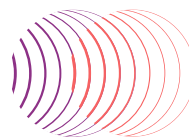




Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Soins coordonnés

Prévoir, partager, agir.
Avec le patient.

Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés

Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés »
de l'Office fédéral de la santé publique



Avant-propos de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

À l'avenir, la Suisse comptera un nombre plus élevé de personnes âgées ainsi que de patients atteints de maladies chroniques (multiples). Les possibilités de traitement continueront d'augmenter en raison des progrès médico-techniques, et les personnes gravement malades survivront plus longtemps. Les patients atteints de maladies chroniques et multiples exigent davantage de prestations du système de santé que la population moyenne : ils utilisent, par exemple, plus de médicaments, se rendent plus souvent chez le médecin, consultent différents spécialistes et sont plus souvent (ré)hospitalisés. Les lacunes dans la coordination des prestations se traduisent par une baisse de la qualité ainsi que par des traitements et des coûts inutiles.

Une amélioration à cet égard contribue à davantage orienter les soins sur la volonté des patients et à mieux utiliser les ressources.

Le Conseil fédéral estime qu'il est nécessaire d'agir dans ce domaine. Parmi les priorités en matière de politique sanitaire de « Santé 2020 », il s'est fixé pour objectif de promouvoir des offres de soins modernes. Les structures, procédures et offres du système de santé stationnaire et ambulatoire doivent être développées et modernisées de manière à répondre aux défis démographiques et épidémiologiques (notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques) ainsi qu'aux évolutions médico-techniques. Pour ce faire, il faut améliorer les soins coordonnés, de la détection précoce aux soins palliatifs, en vue d'accroître leur qualité et d'éviter des coûts superflus.

Pour y parvenir, l'OFSP a lancé, en 2015, le projet « Soins coordonnés », qui vise à perfectionner les soins coordonnés prodigués aux groupes de patients faisant appel à différentes prestations de santé coûteuses. Le premier groupe ciblé est celui des patients (très) âgés et polymorbides. En collaboration avec les acteurs principaux, on a identifié les champs d'action et les mesures à prendre. En outre, un mandat a été confié à l'externe pour vérifier les conditions-cadres en matière de rémunération dans les soins coordonnés. Les résultats de cette appréciation juridique du point de vue des auteurs sont exposés ci-après.

Stefan Spycher, vice-directeur
Responsable de l'unité de direction Politique de la santé

Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés

Rapport dans le cadre du projet
« Soins coordonnés » de l'Office
fédéral de la santé publique

Marc-André Giger, KPMG AG
Elvira Häusler (KPMG AG bis 28.02.2017)
Melanie Sander KPMG AG
Daniel Staffelbach, walderwyss Rechtsanwälte

Mars 2018

Index

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 — | Résumé | 6 |
| 2 — | Glossaire | 7 |
| 3 — | Situation de départ | 8 |
| 3.1 | Contexte et objectifs du manuel | 8 |
| 3.2 | Méthodologie | 9 |
| 4 — | Conditions-cadres | 10 |
| 4.1 | Groupe de patients : personnes (très) âgées et polymorbides | 10 |
| 4.2 | Bases légales | 11 |
| 4.3 | Responsabilités et financement | 12 |
| 4.4 | Tarifs | 13 |
| 4.5 | Financement des soins | 14 |
| 5 — | Cas de figure | 15 |
| 5.1. | Hôpital de soins aigus | 16 |
| 5.1.1 | <i>Cas de figure : consilium</i> | 16 |
| 5.1.2 | <i>Cas de figure : travail d'information et de coordination en hôpital de soins aigus</i> | 18 |
| 5.2. | Cabinet de médecin de famille | 20 |
| 5.2.1 | <i>Cas de figure : prestations fournies au moment du séjour stationnaire</i> | 20 |
| 5.3. | EMS | 22 |
| 5.3.1 | <i>Cas de figure : prestations préalables</i> | 22 |
| 5.4. | Aide et soins à domicile | 24 |
| 5.4.1 | <i>Cas de figure : évaluation des besoins</i> | 24 |
| 5.4.2 | <i>Cas de figure : prestations de type « évaluation, conseils et coordi-nation »</i> | 26 |
| 5.5. | Réadaptation | 28 |
| 5.5.1 | <i>Cas de figure : prestations préalables</i> | 28 |
| 5.5.2 | <i>Cas de figure : maladie durant la réadaptation</i> | 30 |
| 5.6. | Accompagnement interprofessionnel | 32 |
| 5.6.1 | <i>Cas de figure : tables rondes</i> | 32 |
| 5.6.2 | <i>Cas de figure : infirmier de pratique avancée (ipa)</i> | 34 |
| 6 — | Conclusion | 36 |
| 7 — | Littérature | 37 |

Le Conseil fédéral a formulé ses priorités en matière de politique sanitaire dans son agenda « Santé2020 ». L'un des objectifs consiste à soutenir la coordination des soins et l'intégration des prestations fournies dans tous les domaines. Pour y parvenir, l'OFSP a lancé le projet « Soins coordonnés », qui cible les groupes de patients présentant des besoins accrus à cet égard. Il s'agit là de personnes souffrant simultanément de plusieurs maladies (polymorbidité) et/ou dont le traitement implique divers professionnels. On constate souvent des transitions entre différents cadres (domaine ambulatoire, somatique aiguë, réadaptation, soins stationnaires de longue durée). Des mesures visant à améliorer les soins coordonnés à ces interfaces spécifiques sont mises en œuvre pour ces groupes de patients. Toutefois, le projet vise également à améliorer les conditions-cadres des soins coordonnés. C'est dans cet objectif qu'a été élaboré le présent manuel sur la rémunération des prestations dans les soins coordonnés.

Le manuel se focalise sur les interfaces entre les soins aigus stationnaires et les domaines en amont et en aval ainsi que sur les modalités d'indemnisation en vigueur. Dix cas de figure viennent illustrer des situations posant des défis en matière de rémunération aux interfaces. Chacun d'entre eux fait l'objet d'une appréciation juridique et comporte une synthèse sous forme de recommandation d'action à l'intention des fournisseurs de prestations et des payeurs.

Les cas présentés reposent tous sur des entrevues qualitatives et structurées avec des professionnels d'hôpitaux de soins aigus, de cabinets de médecine de famille, de cliniques de réadaptation, d'établissements médico-sociaux (EMS) ou de services d'aide et de soins à domicile. Pour ce faire, des personnes de différents groupes professionnels (médecine, soins, service social, fonctions de gestion et d'assistance) ont été interrogées dans toute la Suisse.

Dans la plupart des cas, les dispositions légales (à savoir la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal], l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS] et l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal]) suffisent pour trouver une solution aux défis survenant entre les partenaires tarifaires. Toutefois, l'intérêt pour de nouveaux modèles de collaboration, les innovations et la disposition à coopérer sont impératifs pour un développement continu et fructueux du système de santé.

2 — Glossaire

| Notion | Définition |
|--|---|
| Infirmier de pratique avancée (IPA) | Un infirmier de pratique avancée IPA est un infirmier qui a acquis un savoir d'expert ainsi que les aptitudes nécessaires pour prendre des décisions dans des situations complexes et qui possède des compétences cliniques indispensables à un exercice professionnel infirmier avancé. Les caractéristiques des compétences sont déterminées par le contexte et/ou les conditions du pays dans lequel l'infirmier est autorisé à exercer. Un IPA est obligatoirement titulaire d'un master en sciences infirmières (Master of Nursing Science) ¹ . |
| Évaluation des besoins | Lors de l'évaluation des besoins, un infirmier définit précisément les prestations de soins et/ou d'aide dont le patient a besoin ^{2,3} . |
| Situation complexe | Les critères suivants entrent en jeu pour l'appréciation d'une situation complexe : (1) Évolution instable (2) Changements imprévus, (3) Intervention infirmière exigeante, (4) Implication de nombreuses différentes personnes et nécessité de coordination . |
| Consilium | Conseil médical demandé par un spécialiste traitant à un autre spécialiste. Il peut concerner le diagnostic, des mesures diagnostiques, le traitement ou le pronostic d'un patient ⁶ . |
| Soins coordonnés | Les « soins coordonnés » sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours ⁷ . |
| Tables rondes | La table ronde permet à des personnes de différents groupes professionnels (médecine, soins, services sociaux ou thérapeutiques, etc.) de discuter du traitement ou de la sortie des patients de manière inter-institutionnelle, structurée et orientée sur les résultats. Les proches peuvent, eux aussi, participer à ces discussions ⁸ . |
| Services d'aide et de soins à domicile | Il s'agit là des organisations d'aide et de soins à domicile ⁹ . Dans le présent manuel, cette notion désigne tant l'organisme de droit public (Aide et soins à domicile à but non lucratif) que les organisations privées et le personnel soignant indépendant. |
| Position TARMED « Prestation médicale en l'absence du patient » | Cette position vaut pour les prestations médicales, servant au traitement du patient, effectuées en son absence (excepté la consultation téléphonique. Lorsqu'il a adapté le TARMED, le Conseil fédéral a introduit une liste exhaustive des prestations imputables (p. ex. examen du dossier, consultation de tiers) pour clarifier les activités menées ¹⁰ . |

- SwissANP (2012) : Réglementation de l'exercice de l'infirmier de pratique avancée IPA
- Article 7 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31)
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10)
- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (2012) : Cadre de compétences pour les collaborateurs et collaboratrices de l'aide et des soins à domicile
- Ibid.
- Cf. TARMED Browser
- Office fédéral de la santé publique (2015) : Soins coordonnés
- ETH (NA) : Effective Roundtable Facilitation Techniques
- Conseil fédéral (2017) : ordonnance sur l'assurance-maladie
- Cf. ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), annexes publiées sur: <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/versions-integrales.html>

3 — Situation de départ

3.1 Contexte et objectifs du manuel

Le Conseil fédéral a formulé ses priorités en matière de politique sanitaire dans son agenda « Santé2020 ». L'un des objectifs consiste à promouvoir la coordination des soins et l'intégration des prestations. Pour y parvenir, l'OFSP a lancé, sur mandat du Département fédéral de l'intérieur (DFI), le projet « Soins coordonnés »¹¹, qui cible les groupes de patients présentant des besoins accrus à cet égard. Il s'agit là de personnes souffrant simultanément de plusieurs maladies (polymorbidité) et/ou dont le traitement implique divers professionnels. On constate souvent des transitions entre différents cadres (domaine ambulatoire, somatique aiguë, réadaptation, soins stationnaires de longue durée). Le premier groupe sélectionné a été celui des patients (très) âgés et polymorbides. En outre, le projet vise à améliorer les conditions-cadres des soins coordonnés. C'est dans cet objectif qu'a été élaboré le présent manuel sur la rémunération des prestations dans les soins coordonnés.

Un encadrement complet des personnes (très) âgées et polymorbides en termes de soins coordonnés nécessite l'implication de différents professionnels, des proches et, en particulier, du patient lui-même. Pour être en mesure de faire leur travail de manière optimale, les fournisseurs de prestations doivent connaître les possibilités de rémunération dans les soins coordonnés.

L'objectif du présent manuel consiste à désigner les prestations typiques dans les soins coordonnés et à indiquer comment elles peuvent être rémunérées selon les bases légales en vigueur. Cette clarification concerne avant tout la transition entre le traitement aigu et les soins ambulatoires, la phase de réadaptation, le transfert vers des soins stationnaires de longue durée ou le retour à la maison.

Les interfaces concernées, décrites sous la forme de cas de figure, ont été déterminées lors d'entrevues avec des fournisseurs de prestations à tous les niveaux de soins. Les discussions menées visaient à rassembler des informations aussi pertinentes et proches de la pratique que possible, et ce dans tous les domaines des soins quotidiens des patients. Le financement des prestations figurant dans les cas de figure a été soumis à une appréciation juridique.

Le manuel comporte deux parties :

Première partie
Deuxième partie

Présentation des conditions-cadres existantes
Cas de figure dans tous les domaines des soins

Le manuel a pour groupe-cible les professionnels de la santé et les responsables de la facturation des prestations.

11. Lien vers le projet :
[www.bag.admin.ch/
koordinierte-versorgung](http://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung)

3.2 Méthodologie

Le procédé se déroule en deux phases :

Phase 1 **Entrevues structurées avec des experts des domaines concernés au sein des hôpitaux de soins aigus, des cabinets de médecine de famille, des EMS, des cliniques de réadaptation ou des services d'aide et de soins à domicile.**

Des professionnels aux fonctions les plus diverses et toutes les professions pertinentes ont été sélectionnés à l'échelle nationale pour la phase 1 :

| Domaine de la médecine | Domaine des soins | Domaines de la gestion et du support |
|---|---|---|
| Médecins spécialisés <ul style="list-style-type: none"> • Gériatrie • Médecine interne générale • Psychiatrie • Médecine de famille | Infirmiers dans les domaines ambulatoire et stationnaire : <ul style="list-style-type: none"> • Soins infirmiers • Direction du service des soins • Gestion d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> • Direction d'EMS • Conseil aux résidents • Service de coordination pour les entrées et les sorties • Service social |

Les professionnels ont été choisis sur la base des recommandations des différentes associations impliquées des fournisseurs de prestations et interrogés lors d'entrevues qualitatives et structurées entre novembre 2016 et janvier 2017.

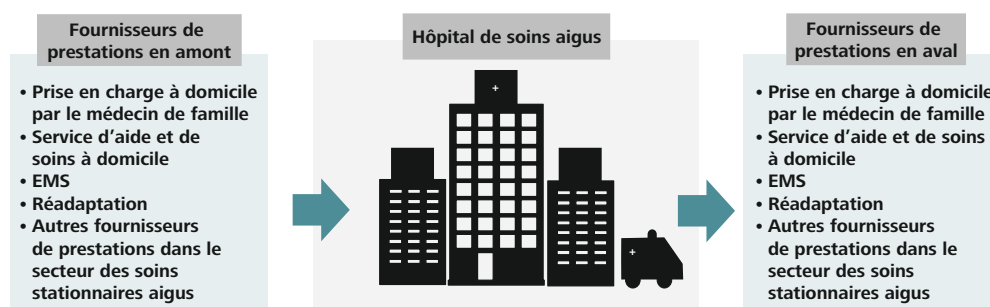
Comme le montre le graphique ci-après, les entrevues se sont focalisées sur les interfaces entre les soins aigus stationnaires, et les établissements en amont ou en aval ainsi que sur les modalités d'indemnisation en vigueur à ce moment-là. Au total, 28 entrevues structurées se sont déroulées avec des professionnels en Suisse romande, en Suisse alémanique et au Tessin. Pour ce faire, tant les fournisseurs de prestation des centres urbains que ceux des régions rurales ont été pris en compte.

Phase 2 **Élaboration de cas de figure avec appréciation juridique**

Au cours de la phase 2, les informations obtenues sur les interfaces et les questions de financement ont été répertoriées en fonction des domaines des soins. Sur la base de cette analyse, les problématiques identifiées ont ensuite été pondérées en fonction de la fréquence à laquelle la situation en question a été citée et de l'existence ou non d'un lien direct entre la situation et la rémunération (pertinence).

Ensuite, les problèmes remplissant ces deux critères ont été saisis sous la forme de dix cas de figure. Chaque exemple est attribué au domaine de soins dans lequel est survenue la question de la rémunération.

Une appréciation juridique accompagne chacun des cas de figure, dans le but d'aborder la question de la rémunération, en particulier. La synthèse résume les informations principales et décrit les solutions possibles. La complexité et la diversité des réglementations dans les 26 cantons a été prise en compte dans la mesure du possible.



12. Curaviva, Haus- und Kinderärzte Schweiz, H+, Spitex Verband, SWISS REHA

4 — Conditions-cadres

4.1 Groupe de patients: personnes (très) âgées et polymorbides

On parle de personne (très) âgée et polymorbide lorsque celle-ci souffre de deux maladies chroniques ou plus ou d'une fragilité extrême (frailty) et a, en règle générale, 80 ans ou plus. En raison de leur condition physique, ces patients ont recours à des prestations à différents niveaux du système de santé, et ce, à des moments différents. Dans ce contexte, il y a souvent alternance entre les domaines de soins aigus stationnaires et ambulatoires, ce qui rend la coordination et l'efficacité des soins impératives. Faute de quoi, une discontinuité des informations, des traitements inutiles et des séjours hospitaliers plus fréquents pourraient s'ensuivre^{16, 17}.

Traitement et suivi dans le cabinet

Au vu du nombre croissant de personnes (très) âgées et polymorbides, les cabinets de médecins de famille assistent, chez leurs patients, à une modification des besoins de soins¹⁸. Ils constatent aussi un nombre plus élevé de maladies chroniques et polymorbides ainsi qu'une nécessité grandissante de nouvelles formes de soins, par exemple, dans les soins palliatifs¹⁹.

Les soins ambulatoires dans le contexte des services d'aide et soins à domicile sont également en pleine mutation. L'une des tendances est au passage des soins stationnaires de longue durée vers d'autres formes de prise en charge (services d'aide et de soins à domicile, structures intermédiaires)²⁰. Cette situation renforcera la demande en prestations ambulatoires²¹. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS) prouvent que plus de la moitié des heures de travail dans le cadre des services d'aide et de soins à domicile ont profité à des personnes de plus de 80 ans. Ces dernières ont recours, en moyenne, à 60 heures par année²². Les durées d'hospitalisation plus courtes, le souhait de rester aussi longtemps que possible chez soi et, par conséquent, l'entrée plus tardive en EMS influent aussi sur la situation²³.

La planification minutieuse de la sortie d'hôpitaux de soins aigus peut être entravée en raison des durées de séjour toujours plus courtes²⁴. Au moment de quitter l'établissement, ce groupe de patients a souvent un besoin élevé de soins post-aigus et de prise en charge sociale²⁵. Par conséquent, la planification de la sortie est souvent très compliquée (situation domestique ou familiale, p. ex.), et beaucoup de personnes sont impliquées (corps médical, services de soins, service social, proches, etc.)²⁶.

Dans le domaine des cliniques de réadaptation, on constate une augmentation de la proportion des personnes (très) âgées et polymorbides. Le secteur stationnaire affiche, quant à lui, des chevauchements entre la réadaptation spécifique à un organe et la réadaptation gériatrique, en particulier dans le secteur de la neurologie²⁷.

Il n'existe pas de définition reconnue à l'échelle suisse pour les soins gériatriques aigus et la réadaptation gériatrique. Par conséquent, des questions en matière de rémunération peuvent survenir, en particulier pour des raisons de responsabilités définies peu clairement, par exemple lorsqu'un traitement complexe de réadaptation précoce gériatrique a déjà eu lieu à l'hôpital de soins aigus, mais qu'une réadaptation gériatrique stationnaire en clinique doit encore suivre.

Les soins aigus et de transition ont été introduits en 2011 avec le nouveau régime de financement des soins. Ceux-ci entrent en jeu au terme d'un séjour

13. État de santé instable / fragilité
14. Office fédéral de la santé publique (2015): Soins coordonnés – analyse de la situation
15. Brügger B. et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten
16. Observatoire suisse de la santé (2015): La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015
17. Brügger B. et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten
18. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique (2012). «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours»
19. Conseil fédéral (2016): Changement démographique en Suisse: champs d'action au niveau fédéral. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat Schneider-Schneiter 13.3697 (point 4.9 Santé) du 9 décembre 2016
20. Conseil fédéral (2016): État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée
21. Ibid.
22. Office fédéral de la statistique (2015): Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014. Zahlen und Trends
23. Observatoire suisse de la santé (2015): La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015
24. Office fédéral de la santé publique (2016): Planifier et coordonner la sortie d'hôpital
25. Ibid.
26. Office fédéral de la santé publique (2015): Soins coordonnés – analyse de la situation
27. Société professionnelle suisse de gériatrie (2012): Profil d'exigences de la réadaptation gériatrique stationnaire.

hospitalier et se distinguent des prestations dans un EMS par leur financement. La durée des soins aigus et de transition est limitée à 14 jours²⁸.

Dans le domaine des soins stationnaires, on constate que l'entrée en EMS intervient toujours plus tard et que, par conséquent, le besoin de soins et d'encadrement augmente²⁹. Il en résulte une nécessité croissante de personnel soignant bien formé, au bénéfice de connaissances techniques différenciées³⁰. En outre, de plus en plus, l'entrée en EMS intervient à court terme, ce qui complique la planification de l'accueil et des capacités de l'EMS en question.

En résumé, on constate que les facteurs cités dans le présent chapitre mènent à un besoin accru en prestations de coordination et d'information entre les différents fournisseurs de services. Préciser la rémunération des prestations aux interfaces permet de prodiguer des soins plus efficaces et mieux orientés sur les patients. Certaines régions ou certains cantons ont déjà introduit des modèles pour des soins harmonisés à titre de test^{31,32}. Un aperçu de ces exemples de bonnes pratiques (good practice) a été élaboré lors du projet « Soins coordonnés »³³.

28. Art. 25a, al. 2, LAMal
29. Conseil fédéral (2016): État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée
30. Observatoire suisse de la santé (2015): La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015
31. Réseau de Santé: dans le canton de Vaud, le service social a été remplacé par les infirmiers de liaison. Ceux-ci sont mis à disposition des hôpitaux de soins aigus par le réseau de santé. En effet, un infirmier de réseau basé dans l'hôpital en question a repris les tâches de coordination du service social de ce dernier. L'une de ses fonctions principales consiste à rassembler toutes les informations pertinentes (socio-médicales) sur les patients et à organiser leur sortie. Les infirmiers de liaison sont sous la responsabilité du réseau de santé et donc « indépendants » de l'hôpital. Ces postes de travail sont financés par le réseau de santé. (Cf. à cet égard: atelier de l'OFSP sur la sortie d'hôpital, le 8 décembre 2016.)
32. Associazione locarnese e valmaggese di assistenza e cura a domicilio (ALVAD): L'ALVAD vise à ce que toute personne nécessitant des soins et de l'aide en raison d'une maladie, d'un accident, d'un handicap, d'une grossesse, d'un âge avancé ou de difficultés socio-familiales puisse continuer de vivre chez elle. Pour ce faire, toutes les communes, les institutions et les associations des districts de Locarno et de Vallemaggia travaillent ensemble sur une base interprofessionnelle et à but non lucratif. (Cf. à cet égard: atelier de l'OFSP sur la sortie d'hôpital, le 8 décembre 2016.)
33. Sottas formative works (2016): Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung
34. Art. 117 de la Constitution fédérale (Cst.)
35. Art. 35, al. 2, LAMal

4.2 Bases légales

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents³⁴. Au niveau fédéral, la LAMal et les ordonnances correspondantes, telles que l'OPAS et l'OAMal, sont cruciales. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) revêt également une importance considérable. Elle définit les principes, les notions et les institutions du droit des assurances sociales, fixe les normes de procédure et règle l'organisation judiciaire ainsi que la coordination des prestations. Les dispositions de la LPGA s'appliquent, pour autant que la LAMal n'y déroge pas expressément.

En adoptant la loi fédérale sur l'assurance-maladie, le législateur poursuivait trois objectifs:

1. Objectif de soins: garantir l'accès à des soins de santé de qualité pour toute la population grâce à une assurance obligatoire des soins, combler les lacunes du catalogue de prestations.
2. Objectif de solidarité: décharger financièrement les payeurs de primes aux revenus modestes, prime unique.
3. Objectif visant la maîtrise des coûts: contenir les coûts de la santé et de l'assurance-maladie.

Les coûts des prestations médicales et des soins sont remboursés aux assurés par l'assurance obligatoire des soins (principe de remboursement par l'assurance-maladie). En vertu de la répartition des compétences prévue par la Confédération, les cantons (et non les assureurs) ont la responsabilité de garantir les soins médicaux à leur population. Les assurés se procurent eux-mêmes les prestations médicales nécessaires. Pour ce faire, les prestations sont fixées par la loi, tout comme les personnes et les institutions habilitées à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (« fournisseurs de prestations »).

Le législateur applique le principe de la liste pour désigner les fournisseurs de prestations autorisés³⁵. Les fournisseurs de prestations figurant sur la liste peuvent facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Parmi eux figurent, entre autres, les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les

hôpitaux et les EMS ou les spécialistes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin (infirmiers, professions thérapeutiques, p. ex.). Les exigences techniques détaillées posées aux fournisseurs de prestations sont réglementées tant par la LAMal et les ordonnances correspondantes que par les lois cantonales sur la santé. Pour pouvoir fournir leurs prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, il leur faut généralement une autorisation, délivrée par les autorités sanitaires cantonales lorsque les conditions techniques sont remplies.

À l'art. 32, LAMal, figure une clause générale fixant les critères devant être satisfaits pour qu'une prestation soit remboursée par l'assurance obligatoire des soins: celle-ci doit être efficace, appropriée et économique (critères EAE). Les prestations médicales pour le traitement des maladies sont répertoriées dans une liste non exhaustive et restreinte appelée « catalogue négatif ou conditionnel ». Cependant, des listes exhaustives (appelées listes positives, art. 33, al. 2, LAMal) sont tenues pour les médicaments, les analyses, les moyens auxiliaires et les appareils, les prestations de médecine préventive et de maternité ainsi que pour les services fournis par des prestataires non médicaux. Par conséquent, si rien d'autre n'a été convenu, toutes les prestations médicales sont rémunérées (principe de la confiance). Les traitements nouveaux ou contestés peuvent être exclus de la rémunération jusqu'à ce qu'ils aient passé avec succès une vérification méthodique des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) (art. 33, al. 3, LAMal)³⁶. Le DFI désigne les prestations remplissant ces critères EAE. En outre, le fournisseur de prestations doit toujours s'assurer du respect de ces derniers dans les cas concrets. Par conséquent, cet article contient une règle générale qu'il convient d'observer en tout temps.

4.3 Responsabilités et financement

En vertu de la LAMal, l'assurance obligatoire des soins dispose de différentes sources de financement. Les primes et la participation aux frais des assurés jouent un rôle central à cet égard. En principe, il s'agit de primes uniques. En d'autres termes, l'assureur ne peut les adapter ni en fonction du risque individuel de la personne assurée, ni en fonction de l'âge ou du revenu de cette dernière. Toutefois, ce principe est relativisé à maints égards. Par exemple, il est possible d'échelonner les montants des primes en fonction du canton, de la région³⁷ ou encore du modèle d'assurance choisi³⁸.

Sur le plan du financement des prestations, il faut tout d'abord différencier les traitements stationnaires et ambulatoires. Pour les prestations stationnaires, le canton et l'assureur prennent en charge les coûts, selon leur part respective. Toutefois, la part cantonale se monte à 55 % au minimum pour les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière³⁹. Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital⁴⁰.

Concernant les soins ambulatoires ou ceux prodigués en EMS, les coûts non couverts par les contributions de l'assureur-maladie et de l'assuré doivent être assumés par les cantons et les communes (financement résiduel)⁴¹. En outre, il faut garder à l'esprit que tant les prestations d'aide au ménage (rangement, cuisine, nettoyage, etc.) que celles d'encadrement ne sont, en principe, pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Si les ressources financières de l'assuré ne suffisent pas à couvrir proportionnellement ses frais de maladie, il peut prétendre à des prestations complémen-

36. L'efficacité d'une prestation médicale est approuvée lorsque cette dernière est objectivement appropriée pour concourir à l'utilité médicale visée. L'adéquation doit essentiellement permettre de choisir entre différentes mesures médicales possibles (calcul de l'utilité médicale par rapport aux risques). L'économicité implique, lorsque plusieurs mesures dont l'utilité médicale est comparable se présentent, de choisir la mesure la meilleur marché. cf. ATF 130 V 532, consid. 2.2 p. 535 ss; ATF 127 V 43, consid. 2b p. 46 ss; ATF 124 V 196, consid. 3 p. 200 ss; ATF 121 V 216, consid. 2a/bb p. 220 f.

37. Art. 61, al. 2, LAMal

38. Dans les formes particulières d'assurance, les primes peuvent être réduites en vertu de l'art. 62, LAMal.

39. Art. 49a, al. 1 et 2, LAMal; « financement hospitalier dual fixe »

40. Art. 49a, al. 3, LAMal

41. Art. 25a LAMal

taires (PC) en plus de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI). Certains cantons et certaines communes prévoient des aides supplémentaires. L'aide sociale n'intervient qu'en dernier recours, lorsque les ressources financières propres et les autres ressources (AVS, AI, PC) ne suffisent pas.

4.4 Tarifs

En vertu de la LAMal, l'assuré a droit à une prise en charge des coûts pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Selon la protection tarifaire⁴², les fournisseurs de prestations⁴³ autorisés peuvent prétendre à une rémunération de leurs services uniquement sur la base des tarifs fixés ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée.

Les tarifs sont fixés selon le principe de la liberté contractuelle : ils sont avant tout établis dans des conventions tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Fondamentalement, si les parties jouissent d'une grande d'autonomie en matière de tarifs, les conventions doivent toutefois être approuvées par l'autorité compétente⁴⁴. Les principes de tarification⁴⁵ sont à observer en tout temps :

- Viser des soins appropriés et de qualité au prix le plus avantageux possible⁴⁶.
- Calculer les tarifs d'après les règles applicables en économie d'entreprise et les structurer de manière appropriée⁴⁷.
- Enfin, vérifier que les conventions tarifaires sont conformes à la loi et à l'équité et qu'elles satisfont au principe d'économie⁴⁸.

Il existe plusieurs types de tarifs. Ceux-ci sont énumérés à l'art. 43, al. 2, let. a à c, LAMal :

- tarif au temps consacré (let. a)
- tarif à la prestation (let. b)
- tarif forfaitaire (let. c)

Les combinaisons sont également possibles.

Ci-après, nous nous penchons sur deux types de tarifs particulièrement pertinents :

- Le *TARMED* est le tarif à la prestation applicable aux prestations médicales ambulatoires fournies dans toute la Suisse. Entré en vigueur dans l'AOS le 1er janvier 2004 et comprenant plus de 4500 positions, il attribue des points tarifaires aux différentes prestations. En règle générale, les conventions tarifaires cantonales fixent la valeur du point. Après déduction de la participation aux coûts, les prestations médicales ambulatoires sont intégralement prises en charge par l'assureur-maladie.
- La rémunération des traitements hospitaliers stationnaires est soumise à des forfaits. En règle générale, il s'agit de *forfaits par cas*⁴⁹. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse⁵⁰. Le tarif pour les forfaits par cas dans le domaine des hôpitaux de soins aigus est structuré en fonction des groupes de diagnostics ou *Diagnosis Related Groups* (DRG). Chaque traitement stationnaire est attribué à un groupe de cas et rémunéré sous forme de forfait sur la base de critères tels que le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les traitements et le degré de gravité.

42. Art. 44, al. 1, LAMal

43. Art. 43, al. 4, LAMal

44. Art. 46, al. 1, LAMal

45. Art. 59c OAMal

46. Art. 43, al. 6, LAMal

47. Art. 43, al. 4, LAMal

48. Art. 46, al. 4, LAMal

49. Art. 49, al. 1, LAMal

50. Art. 49, al. 1, LAMal

4.5 Financement des soins

La rétribution des soins revêt une importance particulière dans le contexte des personnes (très) âgées et polymorbides⁵¹: le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur en même temps que les ordonnances d'exécution de la Confédération, le 1er janvier 2011. Il concerne l'assurance obligatoire des soins, l'assurance-vieillesse et survivants ainsi que les prestations complémentaires. On distingue les prestations suivantes :

1. L'AOS verse une contribution pour les prestations de soins⁵². Ici, il n'existe pas de convention tarifaire. Pour les EMS, le DFI définit dans l'OPAS les différentes contributions en francs, selon les besoins en soins. Dans le domaine des soins ambulatoires, la rémunération dépendant du temps de travail, elle est calculée sur la base d'un tarif horaire. Le besoin de soin est déterminant pour le coût des prestations, qui doivent être fournies dans la qualité requise, de manière efficace et avantageuse. Concernant les coûts de soins non couverts par les assurances sociales, la limite de pourcentage imputable aux assurés est de 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.
2. Exception : 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. 25a, al. 2, LAMal). Les assureurs et les cantons assument leur part des forfaits convenus en conséquence.

Les soins sont fournis par des infirmiers, des organisations d'aide et de soins à domicile et par des EMS.

Le financement résiduel des soins étant réglementé différemment dans chacun des 26 cantons⁵³, il ne sera pas exposé dans les détails ici. Le nouveau régime de financement des soins est en cours d'évaluation⁵⁴. Les résultats sont attendus pour 2018.

51. Art. 25a LAMal

52. Art. 7 et 7a OPAS

53. Conseil fédéral (2016) : État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée

54. Voir également Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique (2016) : Cahier des charges : Évaluation externe du nouveau régime de financement des soins

5 — Cas de figure

Ce chapitre contient dix cas de figure au total, dont huit concernent les interfaces des domaines suivants :

- **Hôpitaux de soins aigus**
- **Cabinets de médecins de famille**
- **Établissements médico-sociaux**
- **Cliniques de réadaptation**
- **Service d'aide et de soins à domicile**

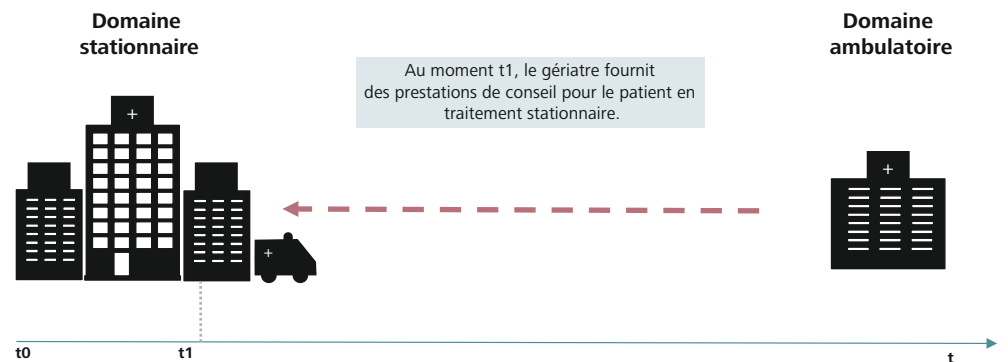
Deux cas du domaine de l'accompagnement interprofessionnel y figurent aussi :

- **Tables rondes**
- **Infirmier de pratique avancée (IPA)**

5.1 Hôpital de soins aigus

5.1.1 Cas de figure : consilium

| | |
|-----------------------------|--|
| Interface | Hôpital de soins aigus – médecins spécialistes en gériatrie |
| Prestations typiques | Conseil fourni par un gériatre externe dans un hôpital de soins aigus sans mandat de prestations en gériatrie aiguë. |



Cas de figure Suite à une chute dans son logement, Madame S. est opérée d'urgence. L'opération se déroule sans complications. Madame S. est médicalement stable, et la planification de la sortie est entamée. Pendant ce temps, le chirurgien constate que Madame S. souffre de delirium, ce qui nécessite une intervention immédiate. L'hôpital de soins aigus, où Madame S. a été opérée, ne dispose *pas* de mandat de prestations en *gériatrie aiguë*. Pour discuter des possibilités de traitement, *une gériatre externe à l'hôpital* est impliquée afin de *prodiguer des conseils*.

- Variantes**
- Les hôpitaux de soins aigus proposent *régulièrement des conseils* et donnent des mandats à cet égard, car ils sont d'avis que ceci peut déployer un effet positif à long terme sur l'état de santé des patients.
 - Tous les hôpitaux ne disposent pas d'un *mandat de prestations en gériatrie aiguë*, et tous les cantons ne délivrent pas de tels mandats. Les hôpitaux s'organisent en conséquence dans le traitement des patients.

Question de la rémunération

Comment et par qui les conseils gériatriques dispensés dans les hôpitaux de soins aigus ne disposant pas de mandat de prestations en gériatrie aiguë peuvent-ils être rémunérés?

Évaluation juridique

Les traitements aigus stationnaires doivent être rémunérés sur la base de forfaits⁵⁵. Si l'hôpital ne dispose pas de médecin spécialiste dans un segment particulier, au besoin, il impliquera, au cas par cas, des spécialistes établis pour le conseil. Les coûts à cet égard doivent être pris en charge par l'hôpital et acquittés via les forfaits. Pour Madame S., il n'y aura pas de coûts supplémentaires, peu importe si l'hôpital dispose ou non d'un mandat de prestations en gériatrie.

Le canton attribue un mandat de prestations à chaque établissement figurant sur sa liste hospitalière⁵⁶. Un tel mandat désigne les prestations à fournir⁵⁷. Un fournisseur ne peut facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que les prestations pour lesquelles il dispose d'un mandat⁵⁸. En l'absence de mandat de prestations pour un traitement particulier, il convient de transférer la personne concernée dans un hôpital disposant d'un tel mandat.

Un hôpital qui fournit au patient des traitements en dehors de son mandat de prestations n'a pas droit à une rémunération sur la base de la LAMal⁵⁹. Ni l'assureur-maladie, ni le canton ne sont tenus de payer. Toutefois, il est également interdit de facturer les coûts à la personne assurée.

Si Madame S. nécessite un traitement gériatrique aigu après son opération, l'hôpital sans mandat de prestations en la matière doit la transférer vers un hôpital disposant d'un tel mandat. En règle générale, dans un canton ne délivrant aucun mandat de prestations en gériatrie aiguë aux hôpitaux figurant sur sa liste, l'établissement traitera Madame S. dans sa division médicale, le cas échéant en impliquant le spécialiste en gériatrie à titre de conseil.

Conclusion

- Les coûts pour l'implication de gériatres à titre de conseillers sont compris dans les forfaits par cas de l'hôpital et ne peuvent pas être répercutés sur le patient.
- On ne peut prétendre à ce que l'assurance obligatoire des soins prenne en charge les coûts des prestations pour lesquelles l'hôpital ne dispose pas de mandat. Partant, la personne concernée devrait être transférée vers un hôpital doté d'un mandat de prestations à cet égard.

55. Art. 49, al. 1, 1re phrase, LAMal

56. Art. 58e, al. 3, OAMal

57. Art. 39 al. 1 let. e, LAMal, et art. 58b, al. 3, ou art. 58e OAMal

58. TAF C-7498-2008, consid.5.4.

59. ATF 125 V 448, consid.3b.

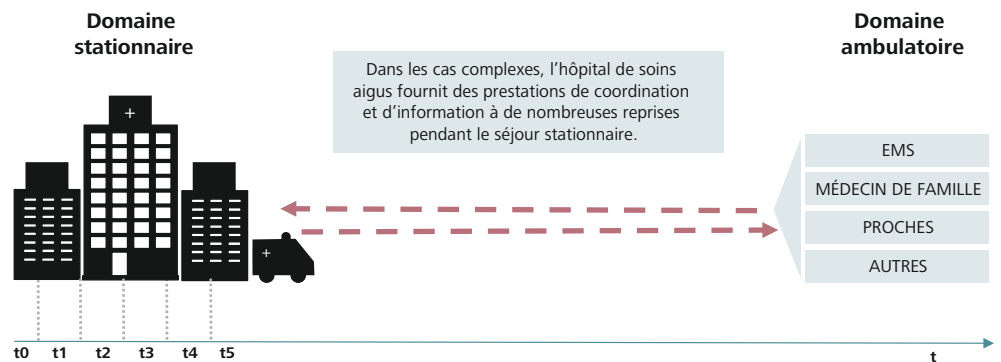
5.1.2 Cas de figure : travail d'information et de coordination en hôpital de soins aigus

Interface

Interfaces à l'intérieur d'un hôpital – Fournisseurs de prestations en aval

Prestations typiques

Prestations en matière de soins, de coordination et d'information fournies par tous les professionnels impliqués dans le domaine stationnaire.



Cas de figure Après avoir subi une intervention chirurgicale suite à une fracture du col du fémur, Monsieur B. est transféré vers la division de gériatrie aiguë pour cause de delirium. Le médecin traitant diagnostique un stade avancé de *démence*. Monsieur B a besoin de soins infirmiers complets durant toute la durée de son séjour stationnaire. Il ne pourra très vraisemblablement plus retourner chez lui, et il faut donc trouver une solution d'encadrement future. Ses proches sont dépassés par cette nouvelle situation et demandent des *entretiens de conseil* ainsi que des *informations* quant aux possibilités de suivi. Le *service social* de l'hôpital de soins aigus planifie un passage en EMS pour Monsieur B.

Variantes

- Le temps nécessaire pour planifier la sortie du patient est fortement allongé pour toute l'équipe de l'hôpital de soins aigus en raison des nombreuses et longues discussions menées avec les proches (celles-ci concernant, outre la démence, les soins palliatifs et la gérontopsychiatrie) et des évaluations avec les prestataires en aval.
- Il faut plusieurs jours au service social pour organiser la sortie car, en l'absence de proches, d'autres institutions doivent être impliquées.

Question de la rémunération

Le travail fourni pour assurer les prestations de coordination et d'information ainsi que les soins pour les personnes (très) âgées et polymorbides (en particulier démence, soins palliatifs, gérontopsychiatrie) est-il inclus dans le système des forfaits par cas?

Évaluation juridique

Les traitements aigus stationnaires doivent être rémunérés sur la base de forfaits : cette règle vaut également pour les domaines coûteux⁶⁰, comme la gérontopsychiatrie ou les soins palliatifs. En règle générale, les prestations du service social et ses coûts sont compris dans les forfaits par cas de l'hôpital.

Les parties peuvent convenir d'exceptions aux rémunérations par forfait pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales et facturer ces dernières séparément⁶¹. Ici, le législateur a surtout pensé aux prestations rares et particulièrement coûteuses, comme les mesures extraordinairement compliquées ou l'utilisation d'une technologie de pointe très onéreuse. Des rémunérations supplémentaires sont prévues pour certaines prestations dans les structures tarifaires du domaine stationnaire. En sa qualité d'autorité compétente, le Conseil fédéral a vérifié si cette pratique est conforme à la loi et à l'équité et qu'elles satisfont au principe d'économie .

Conclusion

- Dans ce cas de figure, les coûts du service social interne à l'hôpital passent dans le calcul des forfaits DRG.
- En gériatrie, les domaines coûteux (gérontopsychiatrie ou soins palliatifs, p. ex.) sont également compris dans les forfaits DRG.
- Pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, les hôpitaux et les assureurs peuvent convenir, à l'échelle suisse, d'une rémunération indépendante des forfaits.

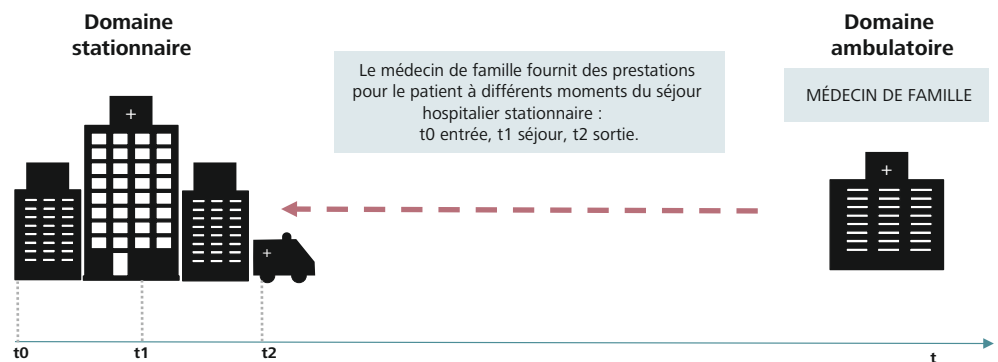
60. Art. 49, al. 1, 1e phrase, LAMal

61. Art. 49, al. 1, 4e phrase, LAMal

5.2 Cabinet de médecin de famille

5.2.1 Cas de figure : prestations fournies au moment du séjour stationnaire

| | |
|-----------------------------|--|
| Interface | Hôpital de soins aigus – cabinet de médecin de famille |
| Prestations typiques | Prestations d'information et de coordination fournies par le médecin de famille durant le séjour stationnaire en hôpital de soins aigus. |



Cas de figure Monsieur U. est en séjour stationnaire, son état médical est stable, et il est prévu qu'il rentre chez lui. Durant la planification de sa sortie, la situation exige l'implication de son *médecin de famille*. Le médecin traitant de l'hôpital souhaite discuter de la suite du *traitement* dans le cadre de la planification de la sortie. Ainsi, le médecin de famille fournit une prestation durant le *séjour stationnaire*.

- Variantes**
- Pendant toute la durée du séjour stationnaire, le médecin de famille fournit des *prestations d'information et de coordination* dans le cadre *ambulatoire et stationnaire*: clarifier des questions avec l'hôpital de soins aigus, adapter le plan de soins et la liste des médicaments avec le service d'aide et de soins à domicile ainsi que discuter avec les proches, p. ex.
 - Les médecins de famille sont impliqués dans la planification de la sortie uniquement lorsque le *cas est complexe*⁶².
 - Il y a un *échange (informel) régulier* entre l'hôpital de soins aigus et les médecins de famille, p. ex. à l'occasion de formations spécialisées. Dans ce contexte, des cas sont parfois abordés en vue d'échanger sur les « bonnes pratiques ».
 - Les médecins de famille se renseignent *de leur propre initiative* sur l'état de santé de leurs patients et les procédures prévues.

62. Vgl. Glossar, Seite 4

Question de la rémunération

Où et comment les médecins de famille peuvent-ils facturer les prestations fournies durant le séjour stationnaire du patient?

Évaluation juridique

Lorsqu'un médecin exerçant sa profession à titre indépendant répond par téléphone à des questions du personnel hospitalier concernant l'état de santé d'un patient, il s'agit d'une prestation stationnaire⁶³. Partant, les assureurs-maladie remboursent à l'hôpital les prestations du médecin de famille via les forfaits par cas de l'hôpital et non sous forme de prestation ambulatoire.

Pour déterminer si une prestation du médecin de famille est à attribuer à un traitement stationnaire ou ambulatoire, il convient de clarifier

- si le médecin de famille a été impliqué pour fournir des informations essentielles dans le cadre du séjour hospitalier du patient,
- si les prestations du médecin de famille sont nécessaires tant pour le séjour hospitalier que pour la planification du traitement médical qui s'ensuit,
- si le médecin de famille a été impliqué uniquement pour planifier le traitement médical suite à la sortie de l'hôpital.

Dans le premier cas de figure, les prestations du médecin de famille font partie du traitement hospitalier et sont à facturer en tant que prestations stationnaires. Par exemple, le fait que l'hôpital ait connaissance des médicaments prescrits au patient ainsi que de ses antécédents est décisif pour le succès du traitement hospitalier. Comme le médecin de famille facture de telles prestations d'information dans le cadre du traitement hospitalier, qui lui sont donc remboursées sous forme de prestations stationnaires au sens de l'art. 49a LAMal, il ne peut pas, en plus, les facturer séparément. Si la rémunération d'une telle prestation est effectuée séparément, il revient à l'hôpital et au médecin de famille d'en convenir l'étendue et le montant. La position TARMED «Prestation médicale en l'absence du patient» constitue une référence judicieuse à cet égard.

Dans la deuxième situation, où le médecin de famille et l'hôpital discutent aussi bien de l'actuelle situation médicale de départ durant le séjour hospitalier que de l'environnement médical du patient après sa sortie, les prestations du médecin de famille sont également à attribuer à un traitement stationnaire, et il est impossible de les facturer séparément via le TARMED⁶⁴. Par conséquent, l'hôpital et le médecin de famille doivent, dans ce cas aussi, s'accorder concernant l'étendue et la hauteur du remboursement de l'hôpital.

Pour l'heure, la jurisprudence ne détermine pas encore si les prestations doivent également être facturées dans le cadre du traitement stationnaire lorsque le médecin de famille est impliqué pour gérer la situation du patient après sa sortie de l'hôpital. Il convient ici de déterminer si ces entretiens font partie ou non du traitement hospitalier. Une fois ce dernier terminé, le médecin de famille peut facturer ses prestations selon les positions TARMED, p. ex. «Prestation médicale en l'absence du patient», dans une mesure limitée.

Conclusion

- Quant à savoir si une prestation doit être qualifiée de stationnaire ou d'ambulatoire, il faut déterminer si l'activité du médecin de famille est à facturer dans le cadre du traitement hospitalier ou non.
- Si les informations concernant le patient (médicaments ou antécédents, p. ex.) revêtent une importance pour le séjour hospitalier, le médecin de famille ne peut pas facturer son travail au patient ou à l'assureur-maladie. En effet, ces prestations étant intégralement rémunérées dans le cadre des forfaits

63. BGE 137 V 36

64. cf. également ATF 137 V 36 concernant le tout

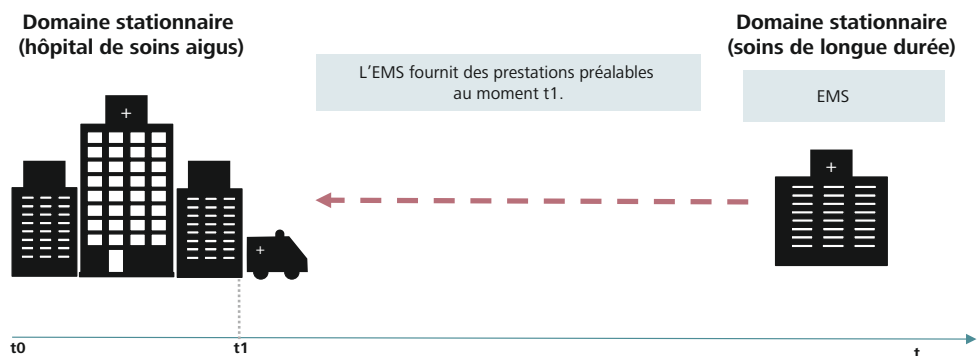
hospitaliers, toute facturation séparée, p. ex. via le TARMED, est impossible. Néanmoins, si l'hôpital a un intérêt dans la collaboration avec le médecin de famille, il peut rémunérer ce dernier directement.

- Il en va de même des prestations du médecin de famille pertinentes tant lors du séjour stationnaire que durant la période suivant la sortie de l'hôpital.
- Tout travail fourni par le médecin de famille durant le séjour hospitalier et revêtant une importance pour la planification adéquate du traitement après la sortie de l'hôpital peut être facturé via la position TARMED «Prestation médicale en l'absence du patient».

5.3 EMS

5.3.1 Cas de figure : prestations préalables

| | |
|-----------------------------|---|
| Interface | Soins aigus stationnaires – EMS |
| Prestations typiques | Prestations de coordination et d'information fournies par l'EMS avant l'entrée du résident. |



Cas de figure Lors de la planification de sortie de l'hôpital de soins aigus, il est décidé que Madame N. ne pourra plus rentrer chez elle, mais devra intégrer un EMS. Le service social interne à l'hôpital se renseigne par téléphone sur une place libre auprès de divers EMS. S'il en trouve une pour la date de sortie, il procède à l'inscription, réalisée sous la forme d'un formulaire signé par Madame N. (ou les proches / le curateur). L'EMS ouvre un dossier et entame ce que l'on appelle des *prestations préalables*. Parmi elles figurent, entre autres, les concertations avec les services de soins ou le service médical internes à l'EMS, l'entretien de conseil avec les proches et la réservation de la chambre. Peu avant l'entrée effective en EMS, il y a annulation.

- Variantes** L'annulation de l'entrée en EMS peut s'expliquer de différentes manières :
- (1) Garantie de prise en charge des coûts pour un traitement de réadaptation, (2) décès, (3) décision en faveur d'un autre EMS, (4) retour à la maison avec soins ambulatoires, (5) aggravation de l'état de santé.
 - En combinaison avec l'absence de formulaire d'inscription signé par l'EMS.

Question de la rémunération **Qui payera les prestations préalables fournies par l'EMS en cas d'annulation du futur résident et comment? Fait-on une différence en fonction du motif d'annulation?**

Évaluation juridique Le contrat qui régleme le séjour en EMS est conclu entre le patient et cet établissement, le cas échéant, en impliquant un représentant légal. Si le statut juridique de l'EMS est de nature publique, le contrat relève du droit public. Dans le cas contraire, le Code des obligations s'applique. Dans les deux cas, le contrat entre en vigueur lorsqu'il y a accord des deux parties. L'hôpital peut donc agir sur ordre du patient et, par conséquent, en tant que mandant face à l'EMS. Pour ce faire, il doit toutefois d'abord y avoir eu un engagement contractuel entre le patient et l'hôpital; dans le cas contraire, l'hôpital agit en tant que directeur sans mandat, à ses propres risques.

On distingue les scénarios suivants pour évaluer la situation :

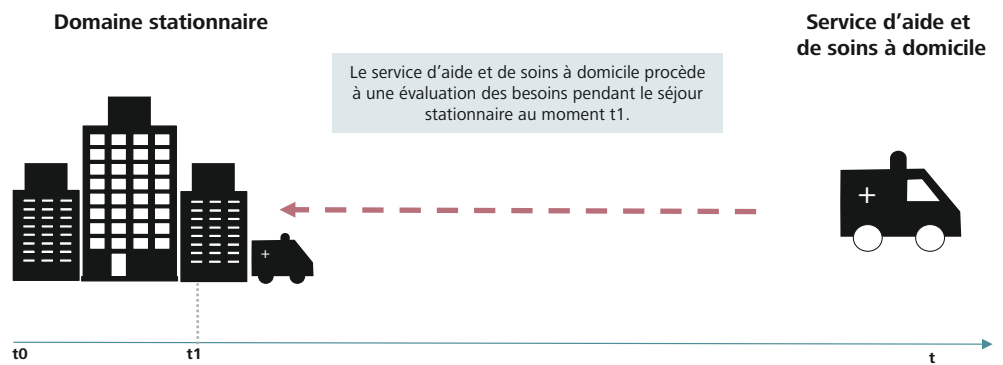
- Le patient a approuvé son entrée en EMS et mandaté l'hôpital pour qu'il l'inscrive :
- le patient endosse les coûts d'EMS ainsi engendrés en fonction des dispositions contractuelles.
- L'hôpital a annoncé le patient auprès de l'EMS sans procuration, à savoir de son propre chef :
- l'hôpital est responsable à l'égard de l'EMS. Si l'hôpital a agi dans le seul intérêt du patient, ce dernier doit libérer l'hôpital des engagements pris au moment de la gestion du dossier.
- L'inscription ne comporte pas de signature légale, ni de la part de l'hôpital, ni de la part du patient :
- l'EMS doit endosser les coûts, car il aurait été de sa responsabilité de demander une inscription juridiquement contraignante.

- Conclusion**
- Si l'EMS a fourni des prestations préalables sur la base d'une inscription juridiquement contraignante du patient, ce dernier est tenu d'assumer les coûts ainsi engendrés selon les dispositions contractuelles.
 - En l'absence d'accord juridiquement contraignant, l'EMS doit endosser les coûts.

5.4 Aide et soins à domicile

5.4.1 Cas de figure : évaluation des besoins

| | |
|-----------------------------|---|
| Interface | Hôpital de soins aigus – service d’aide et de soins à domicile |
| Prestations typiques | Évaluation des besoins du patient effectuée aussi rapidement que possible |



Cas de figure Lors de la planification de sortie de l’hôpital de soins aigus, il est décidé que Monsieur T. peut rentrer chez lui et qu’il fera appel à un service d’aide et de soins à domicile. Durant le séjour stationnaire, ce service procède alors à une *évaluation des besoins*. Les soins futurs fournis en ambulatoire conformément à la prescription médicale reposent sur cette évaluation des besoins, qui intervient dans les jours qui précèdent ou qui suivent la sortie. Durant la phase du transfert, il y a étroite collaboration avec l’infirmier en charge travaillant dans l’hôpital de soins aigus.

Il en résulte divers préparatifs pour que le passage au service d’aide et de soins à domicile se fasse sans encombre, par exemple : clarification de la mise à disposition des médicaments avec Monsieur T., ses proches ou son curateur, organisation du matériel nécessaire (lit de soins, déambulateur, etc.) ou autres évaluations (entretien de conseil pour le financement des prestations fournies, médiation en cas de situation familiale difficile, etc.).

Question de la rémunération

Comment et par qui les coûts de l'évaluation des besoins par le service d'aide et de soins à domicile durant le séjour en hôpital de soins aigus peuvent-ils être rémunérés ?

Évaluation juridique

En principe, les traitements stationnaires doivent être rémunérés sur la base de forfaits⁶⁵. En guise d'exception, les parties pourraient convenir que les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales soient facturées séparément⁶⁶. Ici, le législateur vise surtout les prestations rares et particulièrement coûteuses, comme les mesures extraordinairement compliquées ou l'utilisation d'une technologie de pointe très onéreuse, et non le service d'aide et de soins à domicile ou les prestations qu'il propose.

L'hôpital ne peut facturer que les prestations stationnaires couvertes par son mandat. Par conséquent, il n'est pas habilité à conclure des conventions tarifaires pour les prestations ne tombant pas sous le coup de son mandat.

En cas de traitement supplémentaire d'une affection n'étant pas en lien direct avec le séjour hospitalier, les prestations ne sont ni comprises dans le forfait ni considérées comme prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales au sens de l'art. 49, al. 1, 4e phrase, LAMal. Par conséquent, elles n'entrent pas non plus dans le cadre de la convention tarifaire de l'hôpital concerné. Si, par exemple, un patient nécessite, durant son séjour, un traitement extra-hospitalier concernant une autre affection pour laquelle l'hôpital ne dispose pas de mandat de prestations (dialyse durant un séjour de réadaptation, p. ex.), le traitement en question n'est pas compris dans les forfaits et peut être facturé, en supplément, par le médecin externe à la caisse maladie.

Lorsque les traitements extra-hospitaliers n'entrent pas dans le cadre du mandat de prestations attribué à l'hôpital, ce dernier ne peut pas facturer les prestations selon l'art. 49, al. 1, LAMal. L'hôpital ne disposant pas de mandat de prestations dans le service d'aide et de soins à domicile, il dépend de compétences techniques externes. En effet, les infirmiers de l'hôpital n'ont pas la même expertise pratique que le personnel soignant du service d'aide et de soins à domicile. Souvent, les infirmiers de l'hôpital ne connaissent pas suffisamment les outils disponibles pour les soins à domicile. Dans des situations complexes, il est donc impératif qu'un professionnel du domaine des soins ambulatoires procède déjà à une évaluation des besoins durant le séjour hospitalier. Par conséquent, l'évaluation médicalement prescrite des besoins en soins, effectuée par le personnel du service d'aide et de soins à domicile durant le séjour stationnaire, est à facturer à l'assurance-maladie. cf. également cas de figure 5.2.1. et 5.4.2.

Conclusion

Cas complexes⁶⁷ avec des patients polymorbides: des infirmiers et des organisations d'aide et de soins à domicile se chargent de l'évaluation des besoins. L'AOS verse une contribution même lorsque cette évaluation est réalisée durant le séjour hospitalier⁶⁸.

65. Art. 49, al. 1, 1re phrase, LAMal

66. Art. 49, al. 1, 4e phrase, LAMal

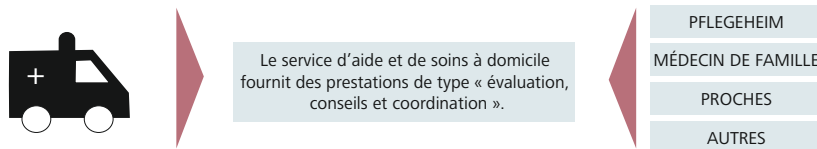
67. cf. définition d'un cas complexe dans le glossaire, page 4

68. Selon les réglementations en vigueur avec les payeurs (art. 7 et 7a OPAS, art. 25a LAMal, art. 33 OAMal)

5.4.2 Cas de figure : prestations de type «évaluation, conseils et coordination»

| | |
|-----------------------------|--|
| Interface | Service d'aide et de soins à domicile – médecin de famille – proches/patients |
| Prestations typiques | Prestations de coordination et d'information fournies à toutes les interfaces, telles que cabinets de médecin de famille, proches, autres établissements, etc. |

Service d'aide et de soins à domicile



t

Cas de figure Madame S. se trouve en procédure de sortie de l'hôpital de soins aigus pour passer à un service d'aide et de soins à domicile. L'évaluation des besoins est terminée, et d'autres préparatifs pour les soins sont organisés (matériel ou médicaments, p. ex.). Au début de l'encadrement par le service *d'aide et de soins à domicile*, on constate que le *volume de soins prévu* pour Madame S. ne suffit pas et, par conséquent, qu'il faut revoir la planification. Dans ce genre de cas, toutes les personnes concernées doivent être informées ou impliquées activement. Le médecin de famille doit signer l'adaptation de la planification des soins et contrôler la liste des médicaments. Au moins un entretien avec les proches ou le curateur a lieu pour discuter de la nouvelle situation. Il se peut que d'autres organisations impliquées doivent également être informées (assureur-maladie, etc.). La part de *prestations de type* « évaluation, conseils et coordination » est ainsi accrue.

Question de la rémunération

Comment le nombre croissant de prestations susmentionnées en faveur de personnes (très) âgées et polymorbides peut-il être rémunéré? Existe-t-il des limitations?

Évaluation juridique

Sont réputés prestations les examens, les traitements et les soins⁶⁹ qui interviennent dans le cadre d'une prescription médicale ou d'un mandat médical sur la base d'une évaluation des besoins⁷⁰. Les mesures d'évaluation, de conseils et de coordination suivantes en font partie :

- Évaluer les besoins en soins et l'environnement du patient, planifier les mesures nécessaires en collaboration avec le médecin ou le patient.
- Conseiller les patients et, le cas échéant, les intervenants non professionnels impliqués dans les soins médicaux et effectuer les contrôles nécessaires.
- Faire coordonner par des infirmiers spécialisés les mesures et les précautions concernant d'éventuelles complications dans des situations complexes et instables.

La loi ne prévoit pas explicitement de limite temporelle pour les différentes mesures. Toutefois, on estime qu'il ne faut pas plus de 60 heures de soins par trimestre (y compris la totalité des mesures, soit également l'examen, le traitement et les soins de base). Dans le cas contraire, le médecin de confiance peut vérifier la prescription médicale^{71,72}.

Fournisseur de prestations et assureur conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation pour les soins ambulatoires.⁷³ À défaut de convention, le gouvernement cantonal définit la procédure après avoir entendu les parties impliquées. Les assureurs-maladie ne peuvent donc pas initialiser de procédure de contrôle unilatérale, mais doivent s'en tenir aux conventions contractuelles ou aux prescriptions du gouvernement cantonal.

Conclusion

- Les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination doivent être assurées par des infirmiers spécialisés (et non par le personnel médical).
- La loi ne prévoit pas de limite temporelle explicite pour ce genre de mesures.⁷⁴
- Le service d'aide et de soins à domicile et l'assureur conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation. À cette occasion, la prise en charge des coûts est également réglementée.
- En l'absence de convention, le gouvernement cantonal détermine la procédure.

69. Art. 33, let. b, OAMal

70. Art. 25, al. 2, let. a, LAMal et art. 8 OPAS

71. Art. 57 LAMal

72. Art. 8a, al. 3, OPAS

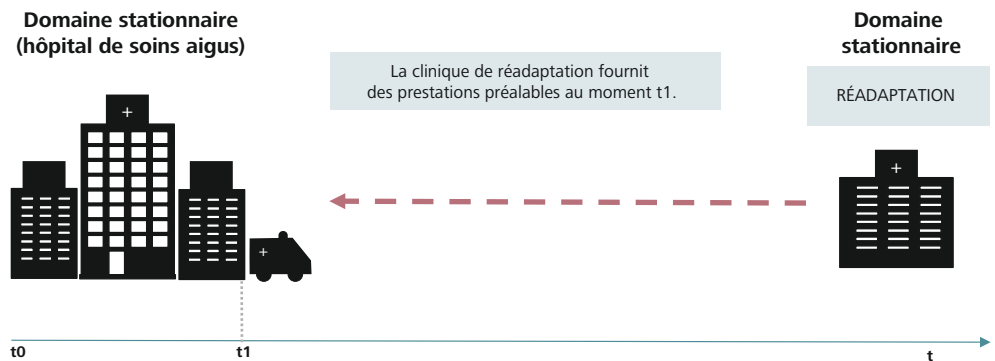
73. Art. 8a, al. 1, let. a et b, OPAS

74. Art. 8a, al. 3, OPAS

5.5 Réadaptation

5.5.1 Cas de figure : prestations préalables

| | |
|-----------------------------|--|
| Interface | Hôpital de soins aigus – clinique de réadaptation |
| Prestations typiques | Prestations de coordination et d'information fournies avant que le patient n'entre en réadaptation (prestations préalables). |



Cas de figure Madame L. est opérée suite à une fracture du col du fémur et se trouve en hôpital de soins aigus. Le médecin traitant prescrit ensuite une *réadaptation*. Elle inscrit Madame L. dans une clinique ad hoc et demande une garantie de prise en charge des coûts à la caisse-maladie. L'hôpital de soins aigus envoie le formulaire d'inscription dûment rempli à la clinique de réadaptation avec d'autres documents nécessaires, tels que la liste des médicaments. Cette étape compte parmi les prestations préalables à l'entrée de Madame L. Celles-ci englobent également différentes concertations avec le médecin traitant, les soins stationnaires, le service social et les proches / le curateur. En outre, quelques *prestations préalables de type administratif* sont fournies : réservation de la chambre, ouverture du dossier, etc. Peu avant l'entrée en clinique de réadaptation, la demande de garantie de prise en charge des coûts est encore ouverte, car le médecin traitant doit régler certains points. Le lit reste réservé pendant ce temps.

- Variantes**
- La demande de prise en charge des coûts est refusée. Le médecin responsable du cas poursuit les entretiens avec l'assurance-maladie jusqu'à ce qu'elle accorde une garantie de prise en charge des coûts.
 - La garantie est refusée, et Madame S. n'entre pas en réadaptation.

Question de la rémunération **Comment et par qui sont réglées les prestations préalables fournies si la patiente n'intègre pas la clinique de réadaptation ou qu'elle y entre plus tard que prévu ?**

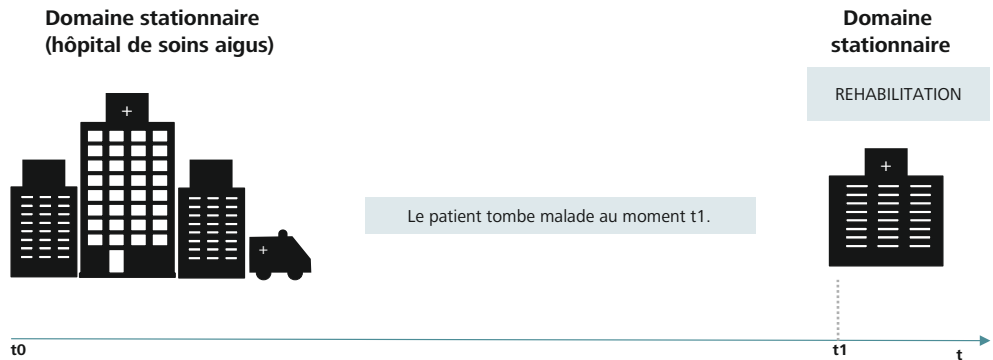
Évaluation juridique La clinique de réadaptation fournit ces prestations préalables en faveur de l'hôpital de soins aigus et de la patiente en vue de permettre à cette dernière une entrée rapide et sans encombre. Toutefois, si ni l'hôpital de soins aigus ni la patiente n'ont demandé ces prestations préalables, la clinique de réadaptation les fournit de son plein gré. Les coûts qui en résultent sont alors compris dans les forfaits par cas et réglés de cette manière. Il est de l'intérêt de la clinique de réadaptation de maintenir ces coûts aussi bas que possible, car les tarifs des différents établissements sont soumis à la concurrence⁷⁵. Il est hors de question de répercuter les coûts sur l'hôpital de soins aigus en amont ou sur l'assurance-maladie, à moins que les parties n'aient conclu un accord à cet égard. Sous ces conditions, le fait que l'assureur-maladie octroie ou non une garantie pour le séjour en clinique ne joue aucun rôle en matière de prise en charge. Il en irait autrement si l'hôpital de soins aigus ou le patient avaient demandé en toute connaissance de cause, ou du moins généré activement, le travail de la clinique de réadaptation.

Conclusion Si les prestations préalables n'ont pas été explicitement demandées par l'hôpital de soins aigus ou le patient, la clinique de réadaptation les fournit à ses propres risques.

75. Référenciation

5.5.2 Cas de figure : maladie durant la réadaptation

| | |
|-----------------------------|---|
| Interface | Hôpital de soins aigus – clinique de réadaptation |
| Prestations typiques | Évaluation visant à définir si l'état de santé du patient autorise une réadaptation |



Cas de figure Après un séjour à l'hôpital de soins aigus, Monsieur D. entre dans la clinique de réadaptation pour trois semaines, muni d'une garantie de prise en charge des coûts. Le premier jour, l'équipe de la clinique constate qu'il est atteint d'une (*grave*) grippe nécessitant un traitement et ne permettant pas d'entamer la réadaptation. Il est à prévoir que cette situation durera plusieurs jours. Durant cette période, Monsieur D. reçoit des soins médicaux et ne participe à aucune thérapie. Le cas de Monsieur D. engendre des visites médicales plus fréquentes ainsi que des mesures d'hygiène et d'isolation. Les objectifs de traitement de la réadaptation s'étendent sur une période de trois semaines. Au terme de celles-ci, le *début* du traitement ayant été *retardé*, les objectifs ne sont pas encore atteints. La garantie de prise en charge arrive à terme.

Question de la rémunération

Qui endosse les coûts (supplémentaires), tels que visites médicales plus fréquentes ou mesures d'hygiène et d'isolation? Dans quelles circonstances une garantie de prise en charge des coûts est-elle prolongée?

Évaluation juridique

Au sens de la loi, le traitement d'une infection grippale ne nécessite pas de prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales. Les coûts pour de telles maladies sont donc couverts par les forfaits conclus entre la clinique et l'assurance.

La prise en charge des coûts de la réadaptation n'intervient qu'après garantie préalable spéciale de l'assureur et moyennant l'autorisation expresse du médecin-conseil⁷⁶. Ce dernier vérifie avant la garantie de prise en charge si le patient nécessite une hospitalisation. Si tel n'est pas le cas, l'indication pour une réadaptation stationnaire n'a pas lieu d'être. Si la réadaptation n'a pas eu les effets escomptés au terme de la durée de garantie de prise en charge octroyée, le patient peut faire valoir son droit à une prolongation de séjour jusqu'à ce que les objectifs de la réadaptation soient atteints. La clinique est tenue de fournir des justifications, au cas par cas, au médecin-conseil. Le patient a droit à une prolongation lorsqu'il y a une forte probabilité que son état s'améliore. Toutefois, si d'après l'évaluation, on ne peut s'attendre à une amélioration du résultat grâce à un traitement ultérieur, le droit à une prolongation du séjour s'éteint. Il faut alors entamer la planification de la sortie.

Conclusion

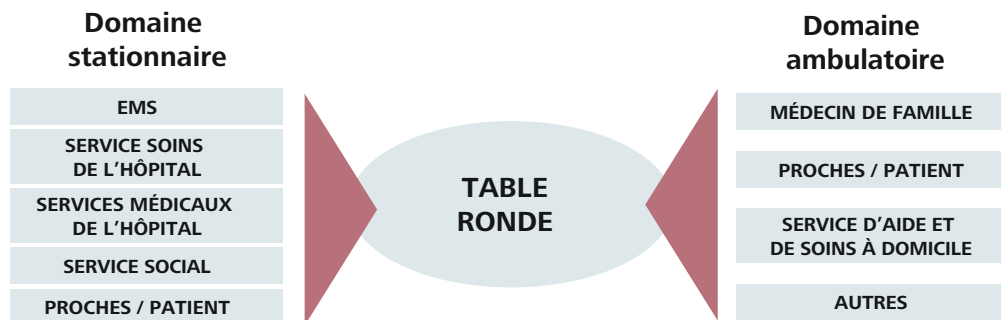
- Pour les cliniques de réadaptation, les coûts supplémentaires découlant d'un état grippal chez le patient sont inclus dans les forfaits pour le traitement stationnaire.
- Si l'on peut s'attendre, selon toute vraisemblance, à ce que l'état de santé continue de s'améliorer considérablement, l'assuré a droit à une prolongation de la garantie de prise en charge de son assureur. La clinique est tenue de fournir des justifications en conséquence au médecin-conseil.

76. OPAS, chapitre 11 Réadaptation

5.6 Accompagnement interprofessionnel

5.6.1 Cas de figure : tables rondes

| | |
|-----------------------------|---|
| Interface | Hôpital de soins aigus – fournisseurs de prestations en aval |
| Prestations typiques | Prestations fournies lors de la suite de la planification des soins à l'intention du patient sous forme d'entretien d'équipes interprofessionnelles |



Cas de figure Monsieur M. a 85 ans, et son état est incurable. Après son séjour en hôpital de soins aigus, il lui faudra des soins palliatifs à domicile. Dans la planification de sa sortie figure une table ronde composée d'une *équipe interprofessionnelle* : services médicaux, soins, service social, proches / tuteur et Monsieur M. Son médecin de famille, le service d'aide et de soins à domicile, son physiothérapeute, son ergothérapeute et sa nutritionniste y participent également. Cette équipe interprofessionnelle se concerte et décide de la planification du traitement et de l'encadrement de Monsieur M. La réunion dure une heure.

- Variantes**
- La table ronde se déroule après la sortie de Monsieur M.
 - Une table ronde se tient également pour les patients hors domaine palliatif.

Question de la rémunération **Comment et où les participants à la table ronde peuvent-ils facturer ce temps de travail?**

Évaluation juridique

L'évaluation juridique en termes de couverture des coûts varie en fonction du mandat de prestations de l'hôpital ainsi que des professionnels impliqués.

Les médecins qui participent à ces tables rondes peuvent facturer leurs prestations au moyen de la position TARMED « Prestation médicale en l'absence du patient », à condition qu'elles concernent la période après la sortie de l'hôpital. Toutefois, les prestations du médecin de famille pertinentes pour le traitement hospitalier (informations concernant les antécédents médicaux du patient, p. ex.) sont réglées via les prestations stationnaires⁷⁷ et ne peuvent pas être, en plus, facturées séparément⁷⁸. (cf. cas de figure 5.2.1.)

Il en va de même des prestations du service d'aide et de soins à domicile : ce type de prestations fournies dans le cadre d'une table ronde,⁷⁹ sur prescription ou mandat médical, sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins, en plus des forfaits par cas de l'hôpital, pour autant qu'elles concernent uniquement la période suivant la sortie de l'hôpital. (cf. cas de figure 5.4.1.)

Conclusion

- Si un médecin de famille prend part à une table ronde, avec ou sans le patient, ses prestations ne sont que partiellement couvertes par l'assurance obligatoire des soins au moyen du TARMED, c'est-à-dire à condition qu'il s'agisse de prestations non liées au séjour hospitalier même, mais concernant la période après la sortie de l'hôpital (cf. cas de figure 5.2.1).
- Lorsqu'un service d'aide et de soins à domicile participe à de telles tables rondes, les coûts qui le concernent sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, à condition que les prestations dont il est question portent sur la période après la sortie de l'hôpital.

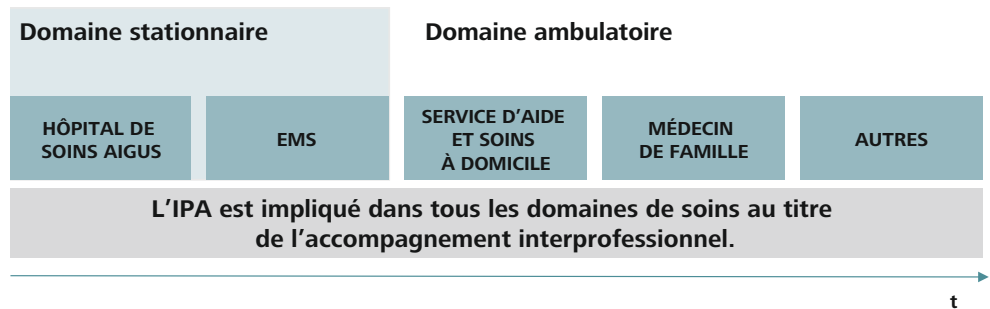
77. Au sens de l'art. 49 LAMal

78. cf. à cet égard ATF 137 V 36 et les explications dans le cas de figure 5.2.2

79. Au sens de l'art. 33, let. b, OAMal et de l'art. 8 OPAS

5.6.2 Cas de figure : infirmier de pratique avancée (IPA)

| | |
|-----------------------------|--|
| Interface | Fournisseur de prestations en amont - hôpital de soins aigus – fournisseurs de prestations en aval |
| Prestations typiques | Prestations de coordination et d'information fournies aux interfaces |



Cas de figure Monsieur W. est atteint de diabète et se rend régulièrement dans le cabinet de son médecin de famille pour des contrôles de routine. Outre son médecin de famille, un infirmier de pratique avancée (IPA) engagé par le cabinet s'occupe aussi de l'examen et du conseil.

- Variantes**
- Implication de l'IPA en ambulatoire : l'IPA travaille auprès du service d'aide et de soins à domicile.
 - Implication de l'IPA dans les soins aigus : il est fait appel à l'IPA en guise de complément au service social, p. ex., pour mettre en réseau tous les professionnels impliqués dans l'encadrement (tâches de coordination).
 - Implication de l'IPA dans les soins stationnaires de longue durée, p. ex., pour les prestations de coordination en cas de patients polymorbides, pour le développement des normes de qualité.

Question de la rémunération **Comment et par qui les prestations fournies par l'IPA peuvent-elles être rémunérées?**

Évaluation juridique

L'infirmier de pratique avancée IPA n'est mentionné spécifiquement ni dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), ni dans les ordonnances correspondantes⁸⁰. Par conséquent, ses prestations sont à facturer selon les dispositions en vigueur pour les soins généraux.

Si l'IPA exerce dans le secteur ambulatoire, les domaines de prestations, tels que décrits à l'art. 7 OPAS, s'appliquent. Il peut donc, sur prescription ou mandat d'un médecin, procéder à des mesures d'évaluation, de conseil, de coordination⁸¹, d'examen, de traitement⁸² et de soins de base⁸³ à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Toutefois, les prestations ne pourront être prises en charge par l'assureur-maladie⁸⁴ que si elles sont fournies par des infirmiers⁸⁵ ou des organisations d'aide et de soins à domicile⁸⁶.

Conclusion

- La législation actuelle ne fait pas de différence entre les IPA et les autres infirmiers.
- L'art. 7 OPAS décrit les prestations que l'IPA peut fournir à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Citons ici, en particulier, l'évaluation des besoins.
- Les prestations fournies par l'IPA dans le domaine hospitalier stationnaire sont déjà prises en charge par l'assurance obligatoire des soins via les forfaits.

80. OAMal, OPAS

81. Art. 7, al. 2, let. a, OPAS

82. Art. 7, al. 2, let. b, OPAS

83. Art. 7, al. 2, let. c, OPAS

84. cf. à cet égard les explications du cas de figure 5.4.1

85. Art. 49 OAMal

86. Art. 51 OAMal

6 — Conclusion

Au vu de l'évolution démographique, le nombre de personnes (très) âgées et polymorbides augmente. Les besoins de ce groupe de patients et les défis qu'ils posent sont particuliers en raison de la complexité liée aux soins dont ils ont besoin et à leur encadrement. Les soins coordonnés revêtent une importance cruciale pour garantir une qualité et une efficacité aussi élevées que possible.

Tandis que les différents fournisseurs de prestations assurent une coordination toujours meilleure à leurs interfaces en vue du traitement idéal de ce groupe de patients, les systèmes de rémunération dans l'assurance obligatoire des soins doivent encore être définis en fonction de la complexité accrue du traitement. Force est de constater que nombre de nouveaux défis peuvent déjà être pris en compte par les réglementations en vigueur. Il revient aux partenaires tarifaires de régler les questions ouvertes.

7 — Littérature

- Sources** Brüngger B., Fischer B., Früh M., Rapold R., Reich O., Telser H., Trottmann M. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Polynomics. Helsana.
http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Helsana_Schlussbericht_Koordinationsbedarf_20141219.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext Spital». Situationsanalyse und Handlungsanalyse.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesamt für Statistik (2015): Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends.
- Bundesamt für Gesundheit (2016): Spitalaustritt – planen und koordinieren.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>
(Zugriff: Mai 2017)
- Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014.
- Bundesamt für Statistik (2013): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz.
- Bundesrat (2016): Demografischer Wandel in der Schweiz. Handlungsfelder auf Bundesebene. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.3697 Schneider-Scheiter. 4.9 Gesundheit. Stand 9. Dezember 2016.
<https://www.bk.admin.ch/themen/planung/04632/index.html?lang=de>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesrat (2017): Verordnung über die Krankenversicherung.
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html#a33>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Gesundheit (2016): Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html>
(Zugriff: Februar 2017)
- ETH (NA): Effective Roundtable Facilitation Techniques
<https://www.systems.ethz.ch/sites/default/files/RoundtableFacilitatingTechniques.pdf>
(Zugriff: Januar 2017)
- FMH (2015): Berufstätige Ärzte FMH-Schwerpunkte und Ausweise
<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>
(Zugriff: Januar 2017)
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2014): Patienten bleiben heute weniger lang im Spital. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer.
http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/gesamtbranche/leistungen/aufenthaltsdauer/
(Zugriff: Februar 2017)
- Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2012): Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation.
www.sfgg.ch/pages/de/publikationen.php
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2016): Definition der Geriatrie.
<http://www.sfgg.ch/pages/de/definition-der-geriatrie.php>
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012).
«Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe
«Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische
Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2006): Profil der Geriatrie in der Schweiz.
http://www.sfgg.ch/media/aktuell/Profil_Geriatrie_Schweiz_Internet.pdf
(Zugriff: Januar 2017)

Spitex Verband Schweiz (2012): Kompetenzrahmen für die Mitarbeitenden in der Hilfe und
Pflege zu Hause.
http://www.kinder-spitex.ch/media/Aktuelles/Mindestanforderungen_SVS_dt.pdf
(Zugriff: Mai 2017)

Sottas formative works (2016): Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten,
geriatrischen Versorgung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>
(Zugriff: Mai 2017)

SwissAPN Interessengruppe SBK für Advanced Nursing Practice (2012):
Reglementierung der Pflegeexpertin APN.
<http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle.html>
(Zugriff: Januar 2017)

Bases légales Arrêt du Tribunal fédéral 9C_110/2010 du 23 février 2011

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), (état le 1er janvier 2017) (RS 832.10)

Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des
soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), (état le
10 janvier 2017) (RS 832.112.31)

Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse, (état le 1er janvier 2016) (RS 101)

Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA),
(état le 1er janvier 2012) (RS 830.1)

Projet « Soins coordonnés » L'objectif du projet « Soins coordonnés » de la Confédération consiste à améliorer les soins coordonnés pour les groupes de patients sollicitant de nombreuses prestations de santé différentes et coûteuses, à savoir les 10 % qui requièrent 70 à 80 % des soins fournis. Plusieurs études ont révélé que les personnes très âgées et polymorbides, les malades chroniques, les personnes souffrant de maladies psychiques ou encore les bénéficiaires de l'aide sociale, par exemple, font partie de cette catégorie. Le projet a également pour objectif de vérifier et, le cas échéant, d'améliorer les conditions cadres prévues pour les soins coordonnés, notamment dans les domaines du financement, de la formation et du dossier électronique du patient. Le présent rapport a été élaboré dans ce contexte.

Informations supplémentaires sur www.ofsp.admin.ch/soins-coordonnés

Les contenus et les recommandations figurant ici ne reflètent pas nécessairement la position de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Co-Auteurs Marc-André Giger, KPMG AG
Elvira Häusler (KPMG AG bis 28.02.2017)
Melanie Sander KPMG AG
Daniel Staffelbach, walderwys Rechtsanwälte

Mise en page skop, Gestaltung und Konzept GmbH
www.skop.design

Renseignements Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne
Tél. 058 463 06 01
gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Droits d'auteur Office fédéral de la santé publique, CH-3003 Berne

Impression partielle autorisée (sauf pour usage commercial) en indiquant la source et en remettant un exemplaire justificatif à l'OFSP.

Diffusion Cette publication peut être commandée gratuitement.
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
vente.civil@bbl.admin.ch
Numéro d'article OFSP:
316.757.f

