

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Association Fribourgeoise Aide et soins à domicile

Abréviation de l'entr. / org. : AFAS

Adresse : Rte St-Nicolas-de-Flüe 2, 1700 Fribourg

Personne de référence : Thierry Müller, secrétaire général

Téléphone : 026 321 56 83

Courriel : thierry.mueller@aide-soins-fribourg.ch

Date : 23.10.2018

Informations importantes :

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

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise <small>(prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)</small>	Remarques générales
AFAS	<p>Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée.</p> <p>L'AFAS refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. <p>De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. L'AFAS demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2).</p> <p>L'AFAS salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. L'AFAS propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.</p>

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour l'AFAS, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

L'AFAS considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare (**surlignage par l'AFAS**) : « **Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.** » L'AFAS rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57 (**surlignage par l'AFAS**) : « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

L'AFAS ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. L'AFAS considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

L'AFAS demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à cause des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquent dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestation expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est faut prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisis dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour l'AFAS, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

L'AFAS considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Dans la perspective de l'AFAS, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.
- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).
- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.
- Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins.

Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant un charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel).

Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé“.

Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts.

Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis»

Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3).

Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.

Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
AFAS	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération).	L'AFAS exige une augmentation substantielle des contributions.

		Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	
AFAS	Art. 8 al. 1	<p>Dans la perspective de l'AFAS, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme.</p> <p>Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée.</p> <p>Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume.</p> <p>L'AFAS considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie).</p> <p>Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins.</p>	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		L'AFAS soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
AFAS	Art. 8, al. 2, litt. a + b	<p>L'AFAS soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical.</p> <p>Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile.</p> <p>Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse.</p> <p>Pour des raisons d'assurance de la qualité, l'AFAS propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.</p>	<p>2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:</p> <p>a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer</p>
AFAS	Art. 8, al. 2, litt. c	<p>Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal.</p> <p>L'AFAS souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.</p>	
AFAS	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. L'AFAS soutient cette égalité de traitement des différents domaines de	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit:

		<p>soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). L'AFAS rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant.</p> <p>En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.</p>	<p>a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ;</p> <p>b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.</p>
AFAS	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	
AFAS	Art. 8a°, al. 3	<p>Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé.</p> <p>L'AFAS considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI).</p> <p>L'AFAS soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).</p>	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
AFAS			

	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
AFAS	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1 ^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.