

**Etude « Prix coûtant des organisations d'aide et de soins à domiciles (ASD),
organisations de droit public et à but non lucratif »**

Résumé du rapport final

Pour le compte de
L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD)

Dr. Matthias Wächter¹, Kilian Künzi², Margot Hausammann³, Dr. Aurélien Abrassart²

¹Haute école de Lucerne – Economie, Institut pour l'économie d'entreprise et régionale, Zentralstrasse 9, 6002 Lucerne

²Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA, Konsumstrasse 20, 3007 Berne

³Thema Finanzen – Margot Hausammann Stalder & Cie., Bühlwiesenstrasse 17, 8052 Zurich

Berne / Lucerne, le 29 août 2017

Sommaire

Résumé analytique	1
1 Situation de départ et objectif de l'étude	2
2 Démarche méthodologique	3
3 Structure et création d'une comptabilité analytique harmonisée	4
4 Comparaison des structures de coûts entre les organisations participant à l'étude à l'aide de centres de coûts choisis	6
5 Conclusion et recommandations	8
6 Documents et littérature cités	12

Résumé

Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur en 2011. Cette loi limite la participation des assurances maladie aux coûts des soins à une contribution forfaitaire valable pour toute la Suisse, différenciée selon les besoins individuels en matière de soins / niveau des soins (dans le secteur stationnaire) ou en fonction du type de soins (dans le secteur ambulatoire). Ainsi et dans la majorité des cas, les coûts ne sont pas entièrement couverts, même si l'on inclut les versements effectués par les patients (participation des patients). Le financement résiduel revient aux cantons. Par la suite, une large variation de méthodes a été développée pour définir et calculer le prix coûtant (coûts normatifs). Dans ce contexte, déterminer un prix coûtant comparable, servant surtout de base lors des négociations tarifaires, est un défi considérable.

Dans le cadre de la présente étude et sur la base de données brutes provenant de 25 organisations d'ASD de différentes régions de Suisse, un système de comptabilité harmonisé a été conçu en partant de zéro avec des recommandations en vue d'un développement continu. Il s'agissait de concevoir une démarche et un système de classification uniques, basés sur le manuel financier de l'ASSASD, les comptabilités financières et les systèmes informatiques des organisations pour le relevé du temps de travail et le classement des prestations pour permettre une comparaison transparente, fiable et extrêmement précise des coûts. Ce faisant, des différences relativement importantes dans le prix coûtant et les composantes spécifiques des coûts ont été constatées. Le prix coûtant par heure des « soins de traitement » varie par exemple entre CHF 106 et 167. Les raisons de ces différences de coûts doivent faire l'objet d'études plus détaillées. La plateforme développée constitue la base pour cela. Les recommandations formulées par l'étude s'appliquent à cinq niveaux : (1) mise en place d'une comptabilité analytique harmonisée et extrêmement précise, (2) développement d'une base de données nationale partagée pour compléter HomeCareData, (3) clarification du terme « obligation de prise en charge » en incluant les assurances, (4) développement des structures tarifaires et (5) développement continu de l'analyse de la structure des coûts.

1 Situation de départ et objectif de l'étude

Avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, les organisations d'aide et de soins à domicile, le personnel infirmier indépendant et les établissements médico-sociaux ont été autorisés à facturer leurs prestations aux assurances maladie. Initialement, il avait été prévu que l'assurance maladie prenne entièrement en charge les coûts des soins en tenant compte de la rentabilité des prestations et d'une base transparente de calcul des coûts reconnue par les partenaires tarifaires. Avec la réforme de la péréquation financière et la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en 2008, ainsi que lors du nouveau financement des soins introduit en 2011, une partie de la responsabilité du financement des soins est revenue aux cantons et aux communes. Dans le secteur des soins ambulatoires, la participation financière des assurances maladie a été limitée à une contribution forfaitaire unique pour toute la Suisse, fixée par le Conseil fédéral par heure de prestation (échelonnée selon type de service). Ainsi, le processus des négociations tarifaires s'est déplacé davantage vers les prestataires de services, les cantons et les communes.¹ Il en résulte au niveau des négociations et de la tarification une différence importante avec le financement des hôpitaux, l'indemnisation des prestations médicales ambulatoires et également des soins aigus et de transition.

Les négociations et définitions des structures et niveaux tarifaires de l'aide et des soins à domicile se basent principalement sur des données fournies par les comptabilités d'exploitation individuelles. La majorité des organisations d'ASD avec mandat de prestations et obligation de prise en charge saisissent leurs données conformément au Manuel Finances de l'ASSASD, les règles comptables et celles pour le calcul des coûts fixes, soit par des ordonnances cantonales, soit par les mandats de prestations.

Quelques cantons disposent de plateformes avec des données clés détaillées et standardisées concernant les structures des coûts de l'aide et des soins à domicile. Grâce à l'initiative de quelques organisations d'ASD, on trouve parfois des données comparatives collectées à l'aide d'un repère commun « privé ». Il y manque jusqu'à présent une validation systématique et interentreprises des données brutes et leur traitement continu selon le Manuel Finances, sous réserve qu'une évaluation systématique du manuel datant de 2011 satisfasse aux exigences du calcul des coûts et de la saisie des prestations différenciées et solides.²

Les sources d'information publiques sur le prix coûtant des prestataires de services de soins ambulatoires montrent des différences de coûts relativement importantes, aussi bien au sein de groupes spécifiques de prestataires de services qu'entre les différentes catégories de prestataires (organisations avec ou sans obligation de prise en charge, personnel infirmier indépendant).³ A présent, il existe deux études (Ecoplan 2014 et Polynomics 2013) qui ont examiné les causes de ces différences de coûts. Mais l'échantillonnage a été limité. Les données disponibles ne permettent que l'étude de quelques secteurs. Faute de données expliquant les raisons des différences de coûts entre les prestataires de soins, la gestion de l'offre dans le secteur des soins ambulatoires extrahospitaliers reste problématique. Outre la conclusion de contrats de prestations et les exigences posées

¹ Dans le secteur des soins de longue durée (ambulatoires ou en EMS), le montant des tarifs de soins, ainsi que le financement des coûts résiduel (pour prestations selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS, art. 7) sont négociés (ou fixés) entre les prestataires et les pouvoirs publics. L'OPAS ne définit les structures tarifaires que rudimentairement. Elle sépare les types de prestation selon les mesures à prendre : A) évaluation, conseil, coordination, B) examen et traitement, et C) soins de base et décompte du temps imparti. La fixation des éléments de coûts reconnus qui sont couverts par le financement résiduel, l'octroi de compléments pour prestations spécialisées et les interventions de nuit, ou le type d'indemnité pour prestations d'intérêt général, fait partie des compétences des pouvoirs publics.

² Voir les exigences de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP). Le Manuel Finances s'y réfère, mais elles ne sont pas contraignantes de la même manière pour les prestataires de soins ambulatoires.

³ Bases de données : quelques associations cantonales (par ex. Lucerne) publient leur méthode de calcul des coûts globaux ; les données sont parfois partiellement intégrées dans les contrats de prestations accessibles au public. Pour le canton de Zurich, voir l'étude Ecoplan (2014).

lors de l'évaluation et la planification du niveau de soins, la structure et le montant des tarifs des soins font partie intégrante de la gestion de l'offre.

C'est dans ce contexte que la présente étude vise deux **objectifs** principaux :

■ tout d'abord il s'agit d'établir une transparence des coûts sur la base d'une analyse conceptionnelle et des premiers résultats empiriques fiables qui exposent les facteurs influents et les causes des différences de coûts entre les organisations d'ASD avec mandat public de prestations (sans services spécialisés comme les soins palliatifs mobiles ou les soins psychiatriques ambulatoires).

■ ensuite, les résultats obtenus doivent servir de base pour d'autres travaux de l'ASSASD :

- Révision du manuel financier de l'ASSASD,
- création d'une banque de données pilote pour une évaluation empirique de la solidité et de la précision de la prochaine version du Manuel Finances,
- négociations et fixation tarifaires en cours (jusqu'à la disponibilité d'une base de données complète de comptabilité analytique harmonisée sur la base du Manuel Finances révisé).

2 Démarche méthodologique

Une majorité des organisations d'ASD établit une comptabilité analytique en tenant compte du Manuel Finances de l'ASSASD (version 2011). Malgré cette base commune, certaines comptabilités varient largement quand il s'agit de saisir et de répartir les différents types de coûts et de choisir les clefs de répartition. En même temps, les comptabilités analytiques des organisations rassemblent les différents facteurs de coûts - qui sont des indicateurs clefs pour une analyse différenciée - dans des centres de coûts de niveau supérieur. Ils sont ensuite répartis sur le prix coûtant grâce à des clefs de répartition diverses. Pour l'étude sur la base de **données brutes** extrêmement précises de quelques organisations d'ASD, il a fallu créer une comptabilité analytique uniforme et affinée pour ensuite pouvoir utiliser les nouvelles données et indicateurs principaux dans une comparaison interentreprises. Le traitement des données brutes s'est basé sur le Manuel Finances actuel dont les spécifications ont été affinées et développées afin d'obtenir des indicateurs clefs plus différenciés et uniformes pour comparer les différences de coûts.

L'étude se base sur les **données de 25 organisations** ASD de onze cantons de trois régions linguistiques (VD, TI, BS, BE, LU, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH). Les organisations se différencient largement les unes des autres en ce qui concerne leur taille et structure. Six des plus grandes villes de Suisse font partie de l'échantillonnage.

Les **sources d'information** et étapes méthodologiques suivantes ont été utilisées et poursuivies :

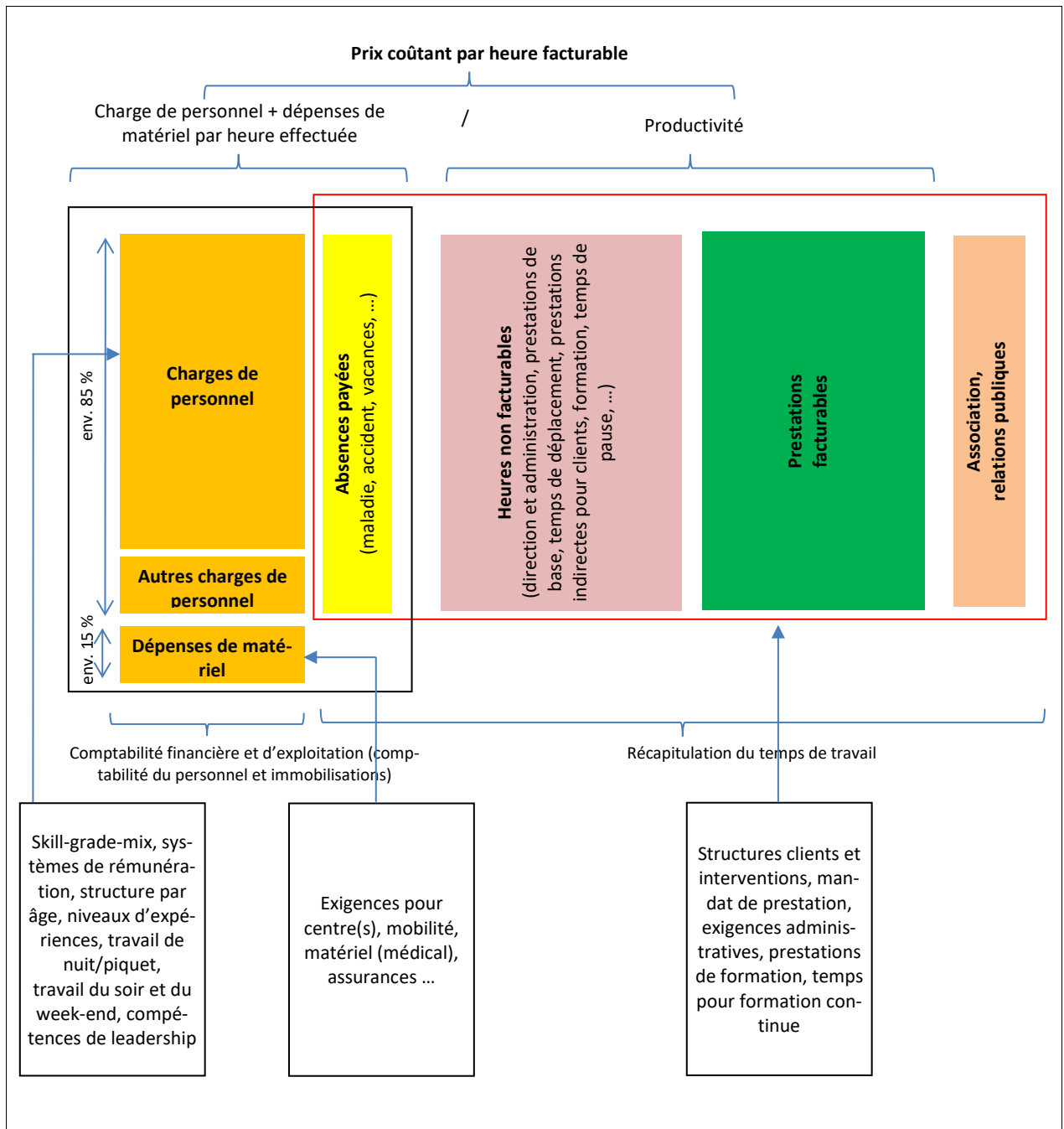
- analyses de documents (bases juridiques, directives pour le calcul des coûts, rapports annuels, statistiques d'organisations d'ASD, etc.
- entretiens/interviews avec les 25 organisations participantes (notamment avec les responsables des finances), recherche de données primaires ou brutes, analyses SQL des bases de données⁴ des organisations participantes
- conception, plus particulièrement création d'une comptabilité analytique affinée et harmonisée, ajout de données des organisations d'ASD sur une plateforme de données détaillée particulière, transfert de données par le biais de tables auxiliaires pour obtenir une structure comparable
- évaluation et interprétation des données ainsi recueillies ; analyse d'indicateurs essentiels pour des facteurs qui définissent la structure des coûts d'une organisation et permettent une comparaison interentreprises.

⁴ Les systèmes informatiques des fournisseurs Distler, root (Perigon), Syseca (Asebis) Swing et le système du canton de Vaud sont représentés dans l'étude.

3 Structure et création d'une comptabilité analytique harmonisée

Il a fallu, dans le cadre de cette étude, créer d'abord une structure homogène de comptabilité analytique pour obtenir une comparaison valable. Ce calcul harmonisé des coûts a été conçu de manière à ce que le prix coûtant par heure effectuée ou facturée soit présenté – selon le type de service et le centre d'imputation ou de coûts⁵ - après répartition des prestations qui ne sont pas facturables – sous la forme du total de tous les éléments de coûts en détaillant les types de coûts et les codes de travail ou de temps des charges de personnel (voir schéma **Figure 1**).

Tableau 1: Base schématique d'un calcul de coûts affiné et harmonisé



Source : Tableau élaboré par les auteurs

⁵ Mesures de l'évaluation, du conseil et de la coordination, mesures des examens et du traitement, mesures des soins de base, économie domestique, services externes, prestations de formation, prestations d'intérêt général, autres prestations.

Finalement, la structure de saisie des données de base indique le degré de détail des éléments de coûts qui ressortent de la comptabilité analytique.

Idéalement, on obtient une analyse détaillée par éléments de coûts grâce à une **arborescence** de codes harmonisés et interentreprises avec un positionnement clair des types de coûts et des prestations individuels, qui peut ensuite être regroupé dans des codes au niveau supérieur. Dans les calculs des coûts actuellement en cours, cette condition est généralement remplie quand il s'agit des types de coûts pour charges de personnel annexes, pour dépenses de matériel et de revenus (à l'exception d'une classification parfois peu claire d'une réduction des dépenses et de rendement). Mais cela n'est pas le cas concernant la part des charges de personnel bien plus importante (environ 85 % en moyenne du prix coûtant).

Pour les besoins de l'étude, tous les codes de temps et de travail des organisations participantes ont été intégrés dans un schéma commun. En raison des définitions se chevauchant lors de la saisie des données primaires et du degré de détail souvent variable, cette méthode ne remplit pas encore les exigences d'une arborescence complètement et hiérarchiquement structurée. Cette incompatibilité des données reste un obstacle majeur lors de l'analyse des structures et des différences de coûts actuelles, un obstacle qui ne peut être surmonté qu'en s'attaquant à la racine, c'est-à-dire lors de la saisie primaire des données.

L'analyse différenciée des éléments du prix coûtant d'un centre de coûts selon les types de coûts et de prestations et le lien vers les centres de coûts initiaux avant répartition donne un ensemble différencié d'**indicateurs de premier ordre**, directement lisible dans la comptabilité analytique. L'étude énumère des chiffres clefs importants de premier ordre pour l'analyse des structures de différences de coûts. Ce sont: (a) les charges directes de personnel selon le «skill and grade mix» pour une heure effectuée et facturable⁶, (b) indemnités pour les inconvénients subis (travail de nuit, de dimanche et indemnité de piquet), (c) part de temps de déplacement et d'autres dépenses pour la mobilité, (d) dépenses pour la formation continue, (e) prestations du centre y compris frais liés aux locaux, (f) prestations indirectes pour les clients, (g) prestations de second plan et (h) direction et administration. Toutes ces données peuvent, lors de la saisie par les organisations d'ASD, être analysées sans effort supplémentaire sous la forme d'indicateurs plus précis, par exemple les charges de personnel lors de clarifications avec les assurances sociales, la planification des équipes, l'assurance qualité, les prestations de coordination non facturables, la planification et la documentation de soins ou les frais de personnel annexes pour la restauration, les vêtements professionnels, la formation continue.

L'étude distingue clairement entre le terme **obligation de prise en charge** (l'obligation d'accepter tous les clients nonobstant la complexité, la gravité des cas, la condition sociale ou même la rentabilité économique des interventions) et d'autres prestations d'intérêt général. Les dépenses pour prestations de formation et d'autres prestations d'intérêt général ont été illustrées d'une manière transparente avec des centres de coûts spécifiques, d'autant que ces dépenses étaient identifiables par des types de prestations et de coûts propres.

Les **clefs de répartition** ont, outre la saisie et la délimitation harmonisées des types de prestations, un rôle central dans les comparaisons des structures de coûts. L'analyse du prix coûtant des années précédentes montre que les organisations d'ASD appliquent en partie des clefs de répartition fort diverses. Lors de la répartition de prestations non facturables pour la direction et l'administration ou les prestations directes chez les clients, entre soins et économie domestique par exemple, on a appliqué des clefs de répartition qui grèvent tous les centres de coûts à parts égales, et d'autres clefs qui diminuent le montant par heure effectuée dans l'économie domestique d'un facteur 2,5. L'étude a donc appliqué des clefs de répartition homogènes et harmonisées auxquelles elle a dérogé dans des cas exceptionnels dûment justifiés. Un prochain pas nécessaire serait la validation et le perfectionnement empirique des clefs harmonisées.

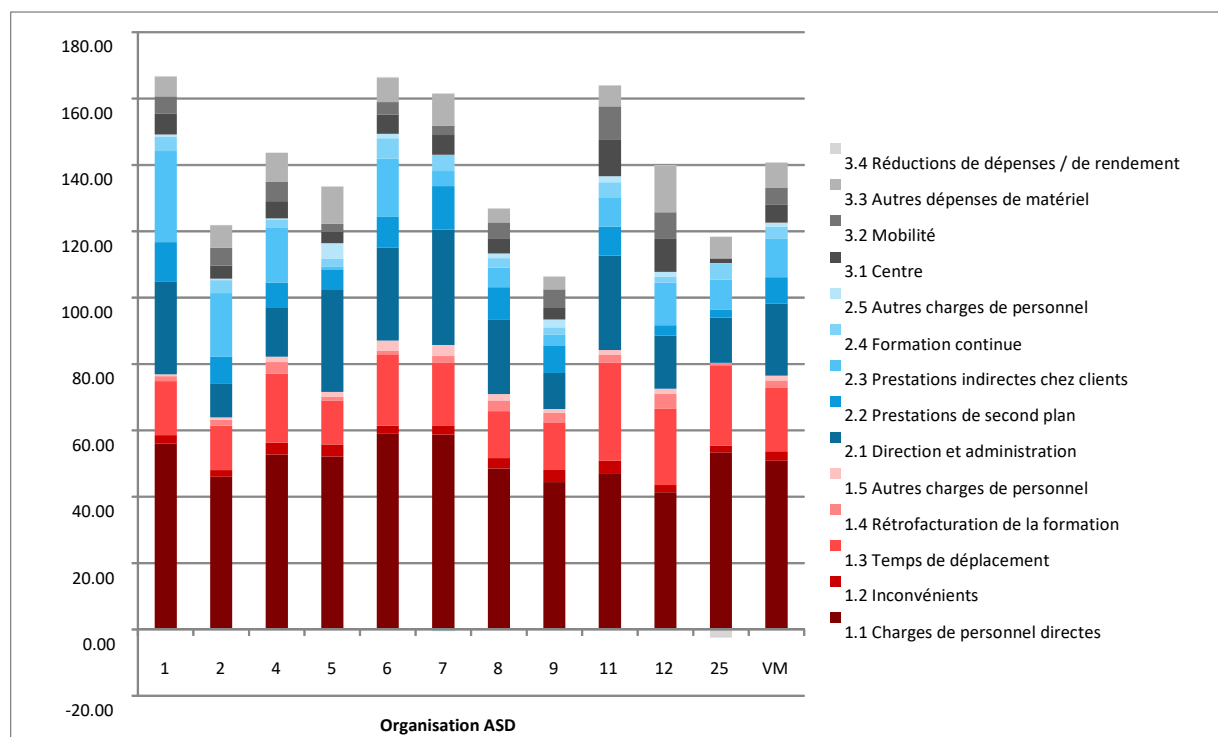
⁶ La part des charges de personnel dans le prix coûtant selon le type de service est déterminée par trois facteurs : (a) le niveau salarial et les conditions de travail d'une organisation, (b) le « skill-grade-mix » des collaborateurs et (c) la productivité (part des heures facturables et non facturables par centre de coûts).

Les écarts entre les indicateurs d'ordre primaire de la comptabilité analytique peuvent ensuite être analysés et justifiés avec des indicateurs au second niveau à l'aide de la structure harmonisée générée. Les **indicateurs de second ordre** sont entre autres le temps moyen de déplacement par intervention, la taille de l'organisation, la part d'interventions mixtes, l'étendue de la région en relation avec le nombre et la répartition des centres, l'adoption d'une obligation de prise en charge ou d'un mandat de prestations par rapport aux cliniques ambulatoires ou aux logements avec encadrement.

4 Comparaison des structures de coûts entre les organisations participant à l'étude à l'aide de centres de coûts choisis

La comparaison du prix coûtant par centre d'imputation entre les organisations d'ASD participant à l'étude a montré une grande variation à la fois dans les charges globales et dans les éléments de coûts particuliers. Les différences sont clairement indiquées dans **Figure 2** à l'exemple du centre des coûts « **soins de traitement** » de 11 organisations.

Tableau 2: Les coûts globaux comparés par heure effectuée pour « soins de traitement » (2015)



Légende : VM: valeur moyenne

Source: Calculs des coûts harmonisés sur la base de données primaires des organisations participantes, HELU

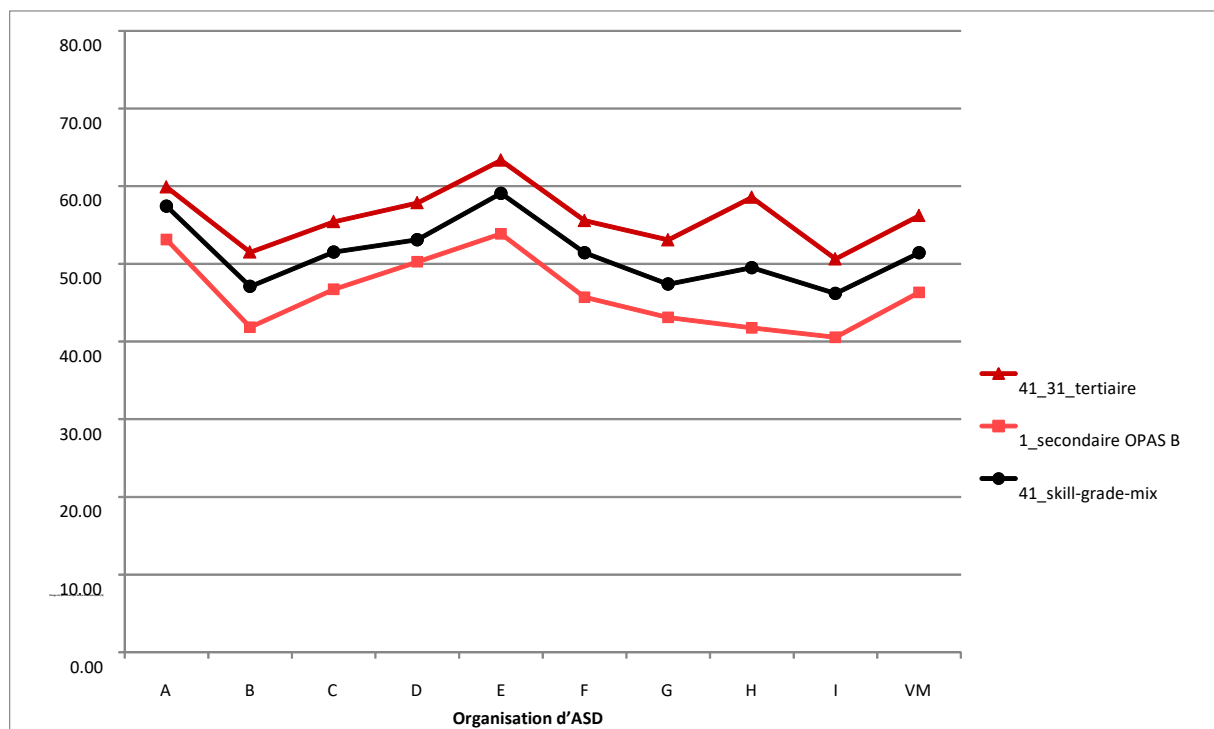
Le prix coûtant par heure effectuée « soins de traitement » varie entre CHF 106 (OASD 9) et CHF 167 (OASD 1), valeur moyenne (VM) CHF 141. Des différences majeures apparaissent à la fois dans les charges de personnel par heure effectuée « soins de traitement » - minimum CHF 41.40 (OASD 12) et maximum CHF 59.00 (OASD 6) - et dans les temps de déplacement (sans les frais de véhicule et de transport dans dépenses de matériel) avec des quotes-parts de coûts entre CHF 13.30 (OASD 5) et CHF 29.50 (OASD 11). Il en va de même pour les frais généraux non facturables dans les trois secteurs « direction et administration », « prestations de second plan » et « prestations indirectes pour clients ». Le total de ces trois secteurs montre des dépenses entre CHF 22.30 (OASD 9) et CHF 67.30 (OASD 1) par heure effectuée « soins de traitement ».

Les travaux menés pour cette étude ont montré qu'actuellement, la saisie des codes de travail et de temps dans les prestations imputées aux frais généraux est à tel point hétérogène qu'un étalonnage entre des codes de travail ou de temps – par exemple dans « planification des missions » ou « planification/documentation de prise en charge » - s'avère quasiment impossible. Le rapport aborde d'une manière détaillée des solutions et recommandations éventuelles pour une révision du Manuel Finances. Des indicateurs basés sur une application cohérente des codes de travail et de temps ainsi que des types de coûts dans « dépenses de matériel » pourraient être utilisés pour des analyses plus approfondies.

Une analyse plus poussée des coûts directs de personnel par heure effectuée facturable dans « soins de traitement » montre le rôle central du **niveau des salaires** sur ce chiffre clef (voir **Figure 3**)

L'impact du niveau des salaires dans ce type de prestations est plus important que celui du skill-grade-mix, en relation avec les parts de prestations en CHF des différents groupes de fonction et de qualification.

Tableau 3: Différence dans « charges directes de personnel » selon niveau de fonction ou de qualification (OPAS B, tertiaire et secondaire)



Légende: 1_31_x = centre de coûts « soins de traitement » 41; collaborateurs d'une équipe des services principaux 31, x correspond à la qualification: Tr Tertiaire, secondaire OPAS B

Source: Calculs des coûts harmonisés sur la base de données primaires des organisations participantes, HELU

Ces données montrent que les organisations d'ASD avec obligation de prise en charge ont, dans le secteur « soins de traitement », une forte proportion de collaborateurs avec une formation tertiaire, en moyenne plus de 50%. Les différences importantes dans les charges directes de personnel s'expliquent moins par le skill-grade-mix que par les différences au niveau salarial des organisations d'ASD. L'écart entre les fourchettes salariales des collaborateurs avec une formation tertiaire et ceux avec une formation secondaire chez toutes les organisations se situe autour de CHF 10. La moyenne des charges de personnel dans le skill-grade-mix se situe approximativement au milieu des deux fourchettes salariales. Un modèle similaire existe également pour les centres de coûts « évaluation, conseils et coordination » et « soins de base ».

Les charges de personnel pour les « **temps de déplacement** » et « dépenses de matériel mobile » sont d'autres facteurs importants qui expliquent le montant du prix coûtant par centre d'imputation d'une organisation et les différences de coûts. Pour une comparaison entre les organisations d'ASD, une approche harmonisée est

essentielle. On trouve, chez les organisations étudiées, non seulement des différences notables dans la partie « temps de déplacement » par heure effectuée (entre 23 et 63 % dans « soins de traitement » et entre 13 et 37 % dans « soins de base »), mais également dans « temps de déplacement » par intervention. Ces différences varient entre 4,4 et 12,8 minutes par intervention dans « soins de traitement » et entre 4,5 et 13,4 minutes dans « soins de base ». On note également des écarts considérables quand on considère la durée des interventions. Les différences importantes dans la structure des interventions et du temps de déplacement des organisations compliquent le recours à une indemnisation standardisée par temps de déplacement dans le cadre des coûts normatifs par heure effectuée et également par intervention. Y sont également liées les différences constatées dans la part des interventions rentables quand on calcule selon les coûts normatifs par heure.

Dans le cadre d'une statistique descriptive, l'étude a également traité et analysé d'autres indicateurs de coûts pour **frais généraux** dans les prestations du centre et de second plan ou prestations indirectes pour les clients. Le caractère hétérogène de la saisie actuelle des données primaires rend quasiment impossible une analyse précise pour expliquer les facteurs déterminants comme les dépenses pour la gestion des cas, la planification des interventions, la direction du centre, etc. Il faudrait, comme déjà mentionné, surmonter les différences dans la saisie des données primaires et recourir à une application uniforme des codes présentée dans une arborescence hiérarchique.

5 Conclusion et recommandations

Sur la base des résultats de cette étude, on peut conclure et recommander ce qui suit :

■ Mise en place d'une comptabilité analytique harmonisée extrêmement précise

L'obstacle principal pour une comparaison pertinente entre les organisations d'ASD *n'est pas* à chercher dans les capacités techniques des diverses applications informatiques, *mais* dans la classification et la saisie actuellement variables du temps consacré aux prestations, de la structure organisationnelle, de la fonction et de la qualification des collaborateurs ainsi que de la définition et l'application hétérogènes des clefs de répartition. Une autre difficulté est le manque de délimitation des prestations « d'intérêt général » non soumis à l'OPAS, quand celles-ci sont définies dans un contrat de prestations, mais sans que l'indemnisation soit réglée séparément.

La première étape vers une comptabilité analytique différenciée, solide, harmonisée, extrêmement précise et servant de référence consiste à s'entendre sur l'utilisation des codes de travail et de temps. Ces codes auront une position prépondérante dans une arborescence interentreprises (analyse précise à définir dans le Manuel Finances). Cette arborescence peut être complétée par des codes d'exploitations propres et continuellement différenciés si cela n'empêche pas de servir de point de repère sur un niveau supérieur. Il faudrait créer un manuel détaillé pour l'utilisation des codes. Tout item nouvellement introduit dans l'arborescence (pour les codes travail et temps ou types de coûts des dépenses de matériel) devrait être lié avec des indicateurs et clefs de répartition solides pour former une unité analytique indissociable. Avant de réviser le Manuel Finances, il faudrait également examiner minutieusement les clefs de répartition utilisées. Dans le cadre de l'étude, des recommandations détaillées ont été formulées pour une révision du Manuel Finances. La deuxième étape importante concerne une réglementation pour une application contraignante et vérifiable du Manuel Finances différencié.

■ Création d'une base de données nationale commune en complément de HomeCareData

La pertinence d'indicateurs extrêmement précis dans la comptabilité analytique résulte du traitement homogène des données primaires des organisations. Dans le cadre de l'étude, un prototype d'une telle plateforme a été créé sous forme de modèle Excel pour assurer un calcul homogène des coûts. Les données ont ensuite été traitées avec un logiciel statistique (Stata). Il s'est avéré que les données brutes requises sont disponibles chez les organisations, indépendamment de leur taille ou de l'organisation de leur structure informatique. Elles sont

accessibles par des analyses standardisées. Des interfaces pour se connecter aux divers logiciels et systèmes comptables des ASD ont été créées pour ce projet.

Pour l'amélioration des structures tarifaires, la création d'une base de données nationale pour saisir les coûts et les prestations, en complément de la plateforme HomeCareData déjà existante, semble absolument nécessaire. Dans d'autres secteurs de prestations de santé publique, les intervenants gèrent le développement des structures tarifaires en commun et coordonnent les procédés et instruments tarifaires sous forme de systèmes qui évoluent au rythme de l'apprentissage des acteurs. Il serait souhaitable qu'un tel système soit introduit pour les soins ambulatoires.

L'étude se concentre sur la création d'une plateforme de données qui reflète les structures de coûts et les prestations fournies par les organisations, sans les relier avec les données traitées et anonymisées de l'évaluation et de la planification des soins qui servent de classification des structures définissant la clientèle. Le concept de comptabilité analytique et sa mise en place technique rendraient toutefois possible l'interface avec ces classifications. Cette interface serait indispensable pour analyser l'impact des différences dans les structures définissant la clientèle par rapport aux prestations fournies et aux coûts engendrés.

■ Clarification du terme « de prise en charge » en commun avec les assurances

L'étude fait une séparation claire entre l'obligation de prise en charge et les prestations d'intérêt général. On a choisi une notion assez étroite pour l'obligation de prise en charge en respectant la perspective des pouvoirs publics et celle des assurances maladie, ou des assurances sociales. La définition n'inclut donc pas de prestations supplémentaires comme la prévention, la coordination ou le conseil, activités qui ne sont pas reconnues par les assurances obligatoires. La présentation des prestations d'intérêt général sur des centres de charges séparés devrait en fin de compte garantir une indemnisation transparente par les pouvoirs publics.

Dans le cadre du financement résiduel des soins par le biais du remboursement du prix coûtant, on rembourse actuellement partiellement les prestations d'intérêt général ou des prestations qui sont jugées nécessaires par les prestataires et les cantons et communes qui assurent le financement résiduel. Ce point de vue est souvent contesté par les assurances maladie et sociales. A l'inverse, les cantons et les communes paient (par exemple par le financement résiduel) l'élargissement des soins lors d'admissions rapides (7/7, 24/24) ou des services psychiatriques assurés par les ASD sans qu'il soit au préalable défini si cela fait plutôt partie des soins de base, et moins de l'obligation de prise en charge.

Dans le cadre de l'évaluation et de l'amélioration des codes de travail et de temps dans « dépenses de matériel », il faudrait, pour le secteur des prestations indirectes pour les clients et les prestations de second plan nécessaires aux soins, créer un nombre restreint de codes pertinents dont la définition et l'utilisation, la ventilation sur les centres des coûts des soins et les décomptes acceptés par tous les responsables concernés, c'est-à-dire les prestataires, les cantons et les communes, les assurances maladie et sociales, OFSP et OFAS. Un véritable benchmarking n'est possible que lorsque les éléments de coûts sont cohérents et transparents. Ainsi sera créée la base pour d'éventuelles adaptations des contributions des caisses maladie à la progression des coûts et des prestations fournies par les organisations d'ASD.

Il faut se demander lors de l'indemnisation pour des prestations faisant partie de l'obligation de prise en charge si la réponse à la question est un simple oui ou non, ou si les organisations d'ASD pratiquent l'obligation de prise en charge à des niveaux de soins variables. Ceci nécessiterait une classification supplémentaire. L'OFAS a proposé une telle classification pour les secteurs des hôpitaux (voir Haslebacher 2015), mais elle fait défaut dans le secteur des soins ambulatoires.

■ Evolution des structures tarifaires

Pour l'étude, une grande partie de la charge du travail fut la création d'interfaces pour l'import, la classification homogène et le traitement des données primaires des organisations d'ASD, et ceci indépendamment des structures informatiques respectives. Ceci a limité le nombre d'organisations dont les données pouvaient être intégrées dans la plateforme, et en même temps, les possibilités d'analyses statistiques. Dans un premier temps, nous n'avons pu faire que des analyses descriptives. Pour la suite, on pourrait créer un modèle pour analyser des facteurs simples comme la taille de l'organisation, le niveau des salaires régionaux, l'index salarial de la région, la référence aux règlements salariaux (ville, communes, canton, organisations d'ASD cantonales), la situation concurrentielle sur le marché du travail pour le personnel infirmier, la structure régionale, etc., et examiner leur impact sur le prix coûtant.

Les écarts considérables constatés dans le prix coûtant entre les organisations d'ASD analysées pourraient les inciter de tirer profit des expériences dans le sens des bonnes pratiques. Mais ces écarts signalent également la problématique d'un tarif par heure facturée, fixé uniformément au niveau national.

Ainsi on constate des différences importantes dans les coûts directs de personnel par heure de soins qui résultent principalement des différences de salaires au niveau régional et moins des différences dans le skill-grade-mix. Il faudrait ici analyser statistiquement les influences diverses sur un échantillon plus large. En outre, les charges de personnel montrent de grandes différences dans les temps de déplacement et les dépenses de matériel mobile. Les différences dans les temps de déplacement ne suivent d'ailleurs pas les facteurs de différenciation entre ville, agglomération et campagne et ne sont pas directement liées à la taille de la région. On constate parfois des temps de déplacement aussi considérables en ville qu'à la campagne. Mais les dépenses de matériel influent sur les coûts en fonction de la forme de mobilité choisie. Faut-il se déplacer en voiture ou peut-on utiliser les transports publics ou des bicyclettes ? Les temps de déplacement montrent, selon le type de prestation, une majoration jusqu'à 65 %. Ils forment donc un élément important du prix coûtant et font considérablement baisser la productivité. L'étude suggère d'exclure les temps de déplacement lors de l'évaluation de la productivité. Il faudrait chercher une indemnisation en dehors des coûts normatifs. Finalement, on pourrait également examiner si le temps de déplacement peut être reconnu comme temps productif facturable des soignants. Dans une comptabilité analytique différenciée, d'autres postes de coûts peuvent être rendus visibles et donc devenir comparables par une répartition différenciée des types de coût et de prestation. Ceci est par exemple valable pour les coûts occasionnés par la formation continue ou la prestation d'intérêt général de la formation.

Le traitement actuellement très hétérogène des codes de travail et de temps limite malheureusement une ventilation complémentaire dans les secteurs des frais généraux et des prestations indirectes pour les clients individuels. D'autres postes de coûts présentent des différences notables qui sont problématiques, ou difficiles à interpréter pour certaines organisations et leurs partenaires tarifaires, en vue d'un benchmarking et d'expériences de bonnes pratiques. Il faut une multitude de petits pas pour arriver à une comparabilité : des codes hiérarchisés, la comptabilisation des prestations indirectes individuelles sur les comptes des clients, la création d'une base de données interentreprises, une interface avec les structures « clients » (des données informant sur les besoins et mesures de soins, les admissions et sorties, etc.).

D'autres facteurs de coûts peuvent être rendus plus transparents par une externalisation vers un centre de coûts séparé de prestations spéciales comme le service de nuit, aide et soins à domicile pour enfants ou les équipes de soins palliatifs. Les prestations spéciales sont souvent liées à des temps de déplacement plus longs. Elles demandent des qualifications professionnelles plus élevées et ont un pourcentage plus élevé d'heures non facturables pour des membres de l'équipe et coûtent donc sensiblement plus chers que les prestations des soins de base. A cet égard, il faut se poser la question des tarifs et de l'indemnisation des prestations spéciales. Il faut également se demander dans quelle mesure une partie des prestations spécialisées fournies par certains membres d'une équipe normale dans le cadre des soins de base pourrait être prise en compte d'une manière

adéquate par le financement résiduel et indemnisé en toute transparence (par exemple par des suppléments pour prestations spécialisées dans le cadre des soins de base). Le prix coûtant de ces prestations spécialisées dans le cadre des soins de base est toutefois difficile à évaluer et à vérifier tant qu'il ne sera pas délimité dans des centres de charges séparés.

Il convient de noter que l'actuelle statistique de l'aide et des soins à domicile de l'Office fédéral de la statistique est fortement agrégée et n'est donc pas une base de données adéquate pour la gestion des prestations ou la mise à disposition de chiffres clefs de second ordre pour l'évaluation des structures de coûts. Le grand projet MARS (projet partiel 6 – données des patients ASD) devrait palier ces faiblesses (voir OFS 2015). Pour améliorer la comptabilité analytique des organisations d'ASD, il faudrait prévoir une coordination et une complémentarité.

■ Amélioration de l'analyse de la structure des coûts

Dans les secteurs des prestations de santé publique, on se demande de plus en plus comment développer les éléments du modèle suisse de la concurrence régulée pour que la compétitivité au niveau de la qualité puisse concourir d'égal à égal avec la compétitivité des prix (voir Willisegger/Blatter 2016). Ceci est aussi valable pour le secteur de l'ASD qui, suite à la réforme de la péréquation financière et à l'introduction du nouveau financement des soins, s'est ouvert aux différents prestataires de services. Une analyse de la structure des coûts doit impérativement être liée à la dimension médicale et soignante des prestations.

Les premiers travaux dans le cadre de la présente étude ont montré que les données disponibles des coûts ne suffisent pas pour pouvoir comparer valablement le prix coûtant des organisations d'ASD et que les rapports comparatifs existants doivent être interprétés avec beaucoup de prudence. Il fallait donc par la suite créer un tout nouveau système homogène de classification et de procédure, basé sur le Manuel Finances existant de l'ASSASD, les comptabilités financières et les systèmes informatiques des organisations. Cette étape a pris beaucoup de temps. Les données générées ont ainsi fait apparaître des différences relativement importantes dans le prix coûtant et des composantes spécifiques des coûts. Plusieurs de ces composantes ont été identifiées et décrites par l'étude. Les raisons de ces différences de coûts doivent faire l'objet d'autres études plus détaillées.

Le modèle de données développé pour la création de nouvelles comptabilités analytiques répond à l'exigence pour chaque organisation d'ASD - indépendamment de sa taille, son infrastructure informatique et son contrat de prestations (avec ou sans obligation de prise en charge) – d'être aujourd'hui en mesure de fournir, à l'aide d'efforts raisonnables, les données nécessaires sous forme d'analyses standardisées.

Simultanément, la comptabilité analytique est conçue pour pouvoir travailler avec des données primaires les plus affinées quand il s'agit des coûts et des prestations. Structurellement, elle peut être subdivisée en calcul de coûts sur la base de cas individuels ou de groupes de clients. Dans le cadre de cette étude et pour des raisons diverses, cette étape n'a pas pu être réalisée. D'une part, une classification des groupes de clients demande une interface entre les données des prestations, les RAI-HC et les dossiers des cas. La plateforme Home-CareData pour une gestion de qualité basée sur l'exploitation de données de l'ASSASD est une interface définie avec des données (anonymisées) de l'évaluation des besoins et de la planification des soins qui pourrait servir de base pour un développement futur. Cette interface et la plateforme se limitent actuellement à des dossiers clôturés. Il n'y a pas de dossiers en cours. En même temps, le passage vers une gestion électronique des cas et de la planification des soins est encore en cours chez de nombreuses organisations. Une autre raison importante est que la classification des groupes de clients par catégories n'est pas encore réalisée. Ces catégories ont une influence significative sur la structure des coûts.

Actuellement, la connexion entre les structures de coûts et les structures de clients n'est pas possible dans la comptabilité analytique. Elle ne peut être réalisée par la classification des soins ou les besoins en soins, mais

uniquement par le biais du suivi des prestations. Le « case-mix » ne se reflète qu'indirectement dans la composition des heures facturables selon le type de prestation, dans le nombre et la durée des missions et dans la part des interventions mixtes (avec plusieurs prestations). La plateforme développée pourrait donc encore être optimisée. Il faut faire un premier pas vers l'intégration de la dimension qualité.

6 Documents et littérature cités

OFS Office fédéral de la statistique (2015) : Services de santé - Modules ambulatoires des relevés sur la santé (MARS), version 6.1, Neuchâtel

Loi sur l'assurance maladie (LAMal du 18 mars 1994 (au 1er janvier 2015)

Ecoplan (2014) : Analyse des différences de coûts dans les soins ambulatoires du canton de Zurich; étude des différences entre organisations mandatées et non mandatées ou du personnel infirmier indépendant

Haslebacher Kris (2015) : classification des hôpitaux : nouvel algorithme pour la comparaison entre établissements Sécurité sociale CHSS, 2/2015, 107-110

Polynomics (2013) : Referenzmodell zur Ermittlung der Nettokosten der Spitex-Versorgungspflicht. (*Modèle de référence pour déterminer les coûts nets de l'obligation de soins des Spitex*) Résumé du rapport d'expertise, Olten

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile « Spitex » (2015) : Manuel Finances Le manuel de la comptabilité analytique, 3^e édition révisée, Berne

Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS (2017), Berne, le 3 août 2017

Willisegger Jonas et Hannes Blatter (2016) : Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen - Rahmenbedingungen und Anreize (*Concurrence au niveau des prix et de la qualité dans le secteur de la santé en Suisse – Conditions-cadre et incitations*) Lucerne: Fondation de la caisse maladie et accident Concordia