



Intervention parlementaire

Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention : 217-2020
Type d'intervention : Motion
Motion ayant valeur de directive :
N° d'affaire : 2020.RRGR.287

Déposée le : 31.08.2020

Motion de groupe : Non
Motion de commission : Non
Déposée par : Zybach (Spiez, PS) (porte-parole)
Kohler (Spiegel b. Bern, PLR)
Ruchti (Seewil, UDC)
Herren-Brauen (Rosshäusern, PBD)
de Meuron (Thun, Les Verts)
von Bergen (Uetendorf, PEV)
Baumgartner (Jegenstorf, PS)
Burkhard (Roggwil BE, PS)
Kocher Hirt (Worben, PS)
Kohli (Bern)
Zimmerli (Bern, PLR)

Cosignataires : 0

Urgence demandée : Oui
Urgence accordée : Oui 03.09.2020

N° d'ACE : 1260/2020 du 11 novembre 2020
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Classification : -
Proposition du Conseil-exécutif : **Vote point par point**
Point 1 : rejet
Point 2 : adoption sous forme de postulat
Point 3 : adoption sous forme de postulat

Garantir des prestations extrahospitalières de haute qualité dans tout le canton de Berne !

Le Conseil-exécutif est chargé des mandats suivants :

1. Les prestations spéciales (soins pédiatriques à domicile, soins oncologiques et palliatifs, soins des plaies et soins psychiatriques) que le canton de Berne exige et soutient depuis environ dix ans en complément aux prestations obligatoires OPAS doivent continuer d'être renforcées activement et développées de manière ciblée dans le cadre des soins extrahospitaliers.
2. Les temps de trajet et les frais de déplacement liés aux prestations extrahospitalières doivent être indemnisés équitablement sur la base des coûts réels, en tenant compte de l'hétérogénéité du canton de Berne, notamment sur les plans géographique, topographique et démographique.
3. Les contrats doivent être conclus sur une durée plus longue (sécurité en termes de planification).

Développement :

Le financement des soins ambulatoires repose sur trois piliers : le premier, le plus important, est l'indemnisation des assureurs-maladie, le second la participation des patients et le troisième le canton de Berne, qui est tenu de couvrir les coûts restants.

Les soins extrahospitaliers offrent la possibilité aux jeunes et aux personnes âgées atteints dans leur santé ou victimes d'un accident de recevoir le traitement nécessaire dans leur environnement familial. Chaque année, les prestataires effectuent quelque cinq millions d'interventions dans le domaine des soins.

Plusieurs changements importants affecteront le mandat des soins à domicile en 2021, dont la suppression totale de l'indemnité complémentaire pour les prestations spéciales et le plafonnement des temps de trajet et des frais de déplacement.

Prestations spéciales

Le canton a demandé il y a une dizaine d'années aux prestataires des soins extrahospitaliers de développer la qualité de leurs offres dans le domaine des soins des plaies, des soins pédiatriques à domicile, des soins palliatifs et des soins psychosociaux, afin de mieux satisfaire au principe de « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de pouvoir gérer aussi des situations hautement complexes en ambulatoire. Le développement de ces services impliquait que les collaborateurs et collaboratrices doivent suivre des formations complémentaires adaptées. Le canton y contribue par des financements supplémentaires ciblés pour les soins spécialisés. Or il prévoit de faire machine arrière alors que le personnel dispose désormais des qualifications et de l'expérience nécessaires, que les prestataires ont mis en œuvre les processus et modèles de soins spécifiques, qu'une patientèle importante fait usage de cette offre et que la collaboration interprofessionnelle est en place. Il exige l'engagement des mêmes ressources et les mêmes performances en matière de soins ambulatoires spécialisés mais supprime la totalité des indemnités complémentaires et des critères de qualification. Le financement des soins somatiques traditionnels est insuffisant pour indemniser les mêmes ressources en personnel soignant spécialisé, ce qui influencera la qualité des prestations en matière de soins ambulatoires. Outre l'effet direct sur les patient-e-s et leurs proches, cela signifie aussi que les médecins, cliniques et autres institutions de la santé ne pourront plus compter dans la même mesure sur les prestations des organisations extrahospitalières, comme c'était le cas ces dernières années. Il pourrait en résulter des coûts supplémentaires auprès d'autres prestataires. Il convient par ailleurs de tenir compte de la charge et du surmenage potentiel auxquels s'expose le personnel soignant lorsqu'il ne dispose pas de la formation adéquate pour fournir des prestations spécialisées, par exemple avec des patient-e-s exposé-e-s à un risque de suicide.

Aux fins d'un modèle de financement transparent, axé sur les résultats et contrôlable, de soins de qualité et de respect de l'ensemble de la chaîne de traitement, il est pertinent de maintenir le modèle actuel, qui répond aux exigences de formation des soignant-e-s par une indemnité complémentaire séparée. Il permet le développement innovant, qualitatif et contrôlable de ces disciplines de soins qui ne cessent de prendre de l'importance.

Indemnité de déplacement

Le fait que les prestataires extrahospitaliers soignent les patient-e-s à domicile implique d'une part des temps de trajet et d'autre part des frais de déplacement. Les futures valeurs maximales d'indemnisation prévues désavantageraient surtout les services d'aide et de soins à domicile dans les régions rurales et ne permettraient pas de couvrir leurs coûts effectifs. Le plafond envisagé à cinq kilomètres de trajet et à 15 minutes de déplacement par heure de prestation est certes une valeur acceptable par rapport à la moyenne cantonale, mais irréaliste en particulier pour les organisations en milieu rural engagées dans des régions à la topographie moins régulière. Ce plafond aurait pour conséquence de rendre les soins dans certaines régions, comme l'Oberland bernois, le Jura bernois ou l'Emmental, non viables du point de vue économique et donc impossibles à garantir à long terme. La proposition de la DSSI de s'organiser

autrement et de trouver des trajets plus efficaces pour accéder aux domiciles des patients n'est réalisable ni en montagne ni dans les régions vallonnées.

Adaptations des contrats

Depuis un certain temps, les contrats conclus avec des services d'aide et de soins à domicile à but non lucratif, des services d'aide et de soins à domicile privés, des soignant-e-s indépendant-e-s et des appartements avec services sont adaptés chaque année et soumettent sans cesse les organisations et les patient-e-s à de nouvelles conditions. En 2019, le montant disponible au financement des soins obligatoires a été réduit de six millions de francs et une nouvelle logique de calcul a été introduite. Annoncée et discutée depuis plusieurs années, la révision fondamentale de l'obligation en matière de soins entrave le développement des organisations. En 2020, certains éléments de l'indemnité ont été rendus forfaitaires ou intégrés dans d'autres compensations, et de premières limites ont été instaurées. En 2021, d'autres composants seront soit supprimés, soit indemnisés de manière forfaitaire. Par ailleurs, durant les négociations du contrat de prestations 2021, d'autres adaptations ont été annoncées pour 2022, aux fins de transformer le modèle de financement différencié et axé sur les prestations en modèle de coûts normatifs. Afin que les organisations puissent se préparer au mieux, fournir des soins de qualité et être innovantes, elles ont besoin de contrats de durée prolongée garantissant la fiabilité de la planification.

Motivation de l'urgence : Les adaptations de contrat doivent entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Réponse du Conseil-exécutif

La présente motion relève de la compétence exclusive du Conseil-exécutif (motion ayant valeur de directive). Le Conseil-exécutif dispose ainsi d'une latitude relativement grande en ce qui concerne le degré de réalisation des objectifs fixés, les moyens à mettre en œuvre et les modalités pratiques. Il lui appartient de décider en dernier ressort.

Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, les coûts des soins en cas de maladie sont répartis entre l'assurance obligatoire des soins (AOS), les personnes assurées et les cantons ou les communes (financement résiduel), conformément à l'article 25a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹. L'article 7, alinéa 2 de l'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)² définit les catégories de prestations pouvant être facturées à la charge de la LAMal. Il s'agit de prestations portant sur l'évaluation, les conseils et la coordination (lit. a), sur les examens et les traitements (lit. b) ainsi que sur les soins de base (lit. c). Ces soins sont dispensés sur prescription médicale ou sur mandat médical. L'article 7a OPAS fixe en outre les montants pris en charge par l'AOS pour les prestations des différentes catégories. Dans le domaine ambulatoire (aide et soins à domicile), il s'agit d'un montant fixe par catégorie de prestations et par heure : celui-ci s'élève à 76,90 francs pour les prestations définies à la lettre a, à 63,00 francs pour les prestations définies à la lettre b et à 52,60 francs pour les prestations définies à la lettre c. La part de la personne assurée est fixée à 20 % au plus du montant maximal pris en charge par l'AOS pour les coûts des soins. En 2020, la participation des bénéficiaires aux soins s'élève ainsi au maximum à 15,35 francs par jour pour le domaine ambulatoire³.

Il appartient au canton d'assurer le financement résiduel après déduction des prestations de l'AOS et d'une éventuelle franchise. Le canton de Berne assume cette responsabilité. La notion de financement résiduel n'implique toutefois pas que tous les montants facturés par les prestataires doivent être pris en charge sans distinction. Le canton doit en premier lieu veiller à ce que les prestations soient décomptées

¹ RS 832.10

² RS 832.112.31

³ Dans le canton de Berne, les patientes et patients participent aux frais des soins à partir de 65 ans révolus (participation des patientes et patients). Les services d'aide et de soins à domicile facturent à la patientèle le montant de cette participation, qui entre ensuite en ligne de compte dans le calcul du financement résiduel des prestations de soins. Le canton ne peut donc se voir facturer que les frais de soins qui vont au-delà de la participation des patientes et patients et ne sont pas couverts par l'assurance-accidents ou l'assurance-maladie.

correctement, autrement dit vérifier qu'elles aient été prescrites par le médecin et correspondent aux soins requis. Conformément à l'article 13 de la loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales (LCSu)⁴, seuls les coûts supportés par l'entreprise pour la fourniture économe et efficace de prestations de bonne qualité sont indemnisés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, le canton de Berne a élaboré un modèle de rétribution complexe pour le financement résiduel des soins, dans le but d'améliorer la transparence en matière de prestations fournies.

Le tableau suivant fournit une vue d'ensemble de tous les types de rétribution que le canton de Berne a accordées en 2020 et accordera en 2021. Les différentes catégories de prestataires (services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique avec obligation de prise en charge (A), services privés (B), infirmières et infirmiers indépendants (C) et appartements protégés (D)) sont présentées de manière séparée.

Tableau 1 : types de rétribution pour le financement résiduel des soins ambulatoires dans le canton de Berne

Type de rétribution selon l'OASoc ⁵	Unité de prestation	Subvention cantonale 2020	Subvention cantonale 2021
Prestation de soins en fonction de la catégorie de prestation selon l'art. 7, al. 2, lit. a OPAS	Heure OPAS	CHF 18,95 CHF 76,90 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 95,85	CHF 18,95 CHF 76,90 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 95,85
Prestation de soins en fonction de la catégorie de prestation selon l'art. 7, al. 2, lit. b OPAS	Heure OPAS	CHF 18,95 CHF 63,00 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 81,95	CHF 18,95 CHF 63,00 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 81,95
Prestation de soins en fonction de la catégorie de prestation selon l'art. 7, al. 2, lit. c OPAS	Heure OPAS	CHF 18,95 CHF 52,60 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 71,55	CHF 18,95 CHF 52,60 (contribution AOS) + CHF 18,95 (subvention cantonale brute) = CHF 71,55

Rétributions supplémentaires selon les dispositions générales des contrats de prestations 2020 et 2021 portant sur les soins à domicile				
Type de rétribution	Contrat de prestations 2020		Contrat de prestations 2021	
	Unité de prestation	Subvention cantonale	Unité de prestation	Subvention cantonale
Rétribution par intervention (A, B, D)	Intervention	CHF 5,80	Heure OPAS	CHF 10,55
Rétribution par nouveau client (mutation)	Mutation	CHF 31,95	Heure OPAS	CHF 0,23
Rétribution par intervention pour le déplacement (A, B, C) (2020)	Intervention	CHF 7,00	Indemnité de déplacement désormais répartie entre frais matériels effectifs et frais effectifs de personnel	
Indemnité de déplacement pour les frais matériels effectifs (A, B, C) (2021)	---	---	Kilomètres par heure OPAS (max. 5 km)	CHF 0,70

⁴ RSB 641.1

⁵ Ordonnance du 24 octobre 2001 sur l'aide sociale (OASoc) ; RSB 860.111

Indemnité de déplacement pour les frais effectifs de personnel (A, B) (2021)	---	---	Minutes par heure OPAS (max. 15 min.)	CHF 0,73
Travail de fin de semaine et lors des jours fériés	Heure OPAS	CHF 10,30	Heure OPAS	CHF 10,30
Travail de nuit	Heure OPAS	CHF 15,40	Heure OPAS	CHF 15,40
Supplément pour prestations spécifiques	Heure OPAS	CHF 24,55	N'est plus indemnisé, les ressources restent dans le système	
Indemnisation pour le matériel de soins LIMA ⁶ (utilisation par le personnel soignant)	Utilisation	Frais effectifs	Utilisation	Frais effectifs
Obligation de prise en charge dans le bassin de population considéré (forfait par habitant-e) (A)	Nombre d'habitant-e-s	CHF 6,00	Nombre d'habitant-e-s	CHF 6,00
Obligation de prise en charge dans le bassin de population considéré (selon les heures de soins fournis) (A)	Heure OPAS	Selon réglementation tarifaire 2020 concernant l'obligation de prise en charge des services d'aide et de soins à domicile	Heure OPAS	Selon réglementation tarifaire 2021 concernant l'obligation de prise en charge des services d'aide et de soins à domicile

Au vu des négociations du contrat de prestations dont il est question dans la motion, le Conseil-exécutif tient à rappeler que le Grand Conseil, en sa qualité d'organe législatif, n'a pas la compétence de formuler des exigences par rapport au contenu précis des contrats de prestations conclus pour 2021 entre le canton et les fournisseurs de prestations (ni d'ailleurs le Conseil-exécutif, à qui revient la tâche d'édicter les ordonnances). C'est l'Office des personnes âgées et des personnes handicapées (OPAH) de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) qui est responsable des négociations contractuelles et de la conclusion des contrats de prestations avec les fournisseurs, conformément à l'article 11, alinéa 2, lettre e de l'ordonnance du 29 novembre 2020 sur l'organisation et les tâches de la DSSI (ordonnance d'organisation DSSI, OO DSSI)⁷. Il octroie également les autorisations de dépenses correspondantes en vertu de l'article 10, alinéa 3 de l'ordonnance de Direction du 17 janvier 2001 sur la délégation de compétences de la DSSI (ODél DSSI)⁸. Par conséquent, c'est l'OPAH qui a négocié les rétributions pour 2021 avec les fournisseurs et fixé les montants.

La DSSI a procédé au printemps 2020 à un relevé complet auprès des services d'aide et de soins à domicile et analysé en outre des données de la Confédération afin de constituer une base pour les négociations du contrat de prestations 2021. Cette démarche s'est révélée nécessaire étant donné que les frais effectifs ne sont pas transparents, que le financement actuel présente certaines incitations négatives, que le canton manque considérablement de possibilités de pilotage efficaces et que plusieurs services d'aide et de soins à domicile font état d'importants bénéfices dans leurs comptes annuels (des bénéfices à hauteur de quelque 10,2 millions de francs ont été totalisés rien qu'en 2019⁹). Les travaux d'audit se sont achevés sur un bilan décevant.

L'analyse des données recueillies montre que le nombre important d'indemnités supplémentaires induit des subventionnements croisés et des incitations négatives. La transparence souhaitée n'étant pas atteinte, il devient plus difficile d'exercer un contrôle. Force est de constater que trop peu d'attention est

⁶ Liste des moyens et appareils

⁷ RSB 152.221.121

⁸ RSB 152.221.121.2

⁹ Services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique, services privés et appartements protégés

accordée aux prestations à la patientèle. Les rétributions supplémentaires allant au-delà de ce que prévoit la LAMal rendent impossible toute comparaison avec les autres cantons, qui procèdent pour la plupart à un simple financement complémentaire des catégories de prestations définies à l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c OPAS.

Le monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE) effectué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fournit à chaque trimestre un résumé des prestations brutes de l'AOS, autrement dit du total des factures remises pour les prestations dans le cadre de l'AOS avant déduction des franchises. En 2019, les coûts des soins ambulatoires enregistrés par personne assurée dans le canton de Berne étaient supérieurs de 29 % à la moyenne suisse. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les coûts des soins résidentiels enregistrés pour le canton de Berne dépassent eux aussi sensiblement la moyenne suisse (+25 %).

D'après le monitoring MOKKE, le nombre de prestataires dans le canton de Berne est lui aussi en forte hausse : entre 2011 et 2018, le nombre de soignantes et soignants indépendants a augmenté de 74 %, tandis que les services privés ont connu une progression de 61 %. Les services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique enregistrent quant à eux une croissance de 6 %. Dans le même temps, le nombre de patientes et patients par prestataire a diminué, ce qui signifie que l'augmentation des fournisseurs n'est pas liée à une recrudescence des besoins. Ce facteur et bien d'autres laissent plutôt penser que le marché des soins ambulatoires est dans une certaine mesure conditionné par l'offre et que le financement résiduel mis en place par le canton de Berne ne se limite pas à couvrir les frais effectifs mais génère également des bénéfices. Or, cette situation est en contradiction avec la LCSu. Compte tenu des enjeux posés par l'évolution démographique et de la hausse attendue des besoins en soins ambulatoires au cours des années à venir, la DSSI estime qu'il est urgent d'agir pour garantir un financement adapté et durable des soins ambulatoires.

En adaptant le contrat de prestations 2021, la DSSI entend éliminer une partie des incitations négatives dans le système de financement des soins ambulatoires et ne vise pas à réaliser des économies.

Dans une prochaine étape, le canton de Berne a pour objectif de corriger les incitations négatives restantes à partir de 2022 pour mettre en place un modèle de financement simple, correct et durable qui permette de supporter les coûts liés à la fourniture économe et efficace de prestations de bonne qualité, comme le prévoit la LCSu. En raison notamment des coûts comparativement trop élevés encourus dans le canton de Berne, le Conseil-exécutif va vérifier et redéfinir globalement le système de rétribution dans le cadre de l'ordonnance d'exécution de la loi sur les programmes d'action sociale (LPASoc).

Une procédure par étapes s'impose pour laisser aux prestataires de soins ambulatoires la possibilité de réagir aux adaptations par des mesures de gestion appropriées. Il s'agit de prévenir ainsi les cas de rigueur.

Le Conseil-exécutif se prononce sur les trois demandes de la motion comme suit :

Point 1

Outre les indemnités dans les trois catégories de prestations définies à l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c, l'OPAS prévoit également les qualifications nécessaires à la fourniture des prestations de soins ambulatoires. Dans la catégorie définie à la lettre a, qui comporte le plus d'exigences, les soins doivent être prodigués par des infirmières et infirmiers titulaires d'un diplôme d'une école de soins infirmiers et justifiant d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux. A l'exception du canton de Berne, tous les cantons suisses observent cette exigence de la Confédération.

Lors de l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, Berne a été le seul canton à décider d'imposer pour les soins pédiatriques à domicile, les soins oncologiques et palliatifs, les soins des plaies et les soins psychiatriques un degré de qualification nettement supérieur à celui exigé par la

législation fédérale. Ces qualifications plus élevées sont en outre rémunérées par un tarif horaire supérieur de 24,55 francs aux montants OPAS ordinaires. Aucun autre canton ne verse d'indemnités pour prestations spécifiques aux services d'aide et de soins à domicile dont le personnel possède un degré de qualification accru et dépassant les exigences fédérales. A proprement parler, le canton de Berne n'assume donc pas uniquement le financement résiduel selon les contributions aux frais prévues par la Confédération puisqu'il paie de surcroît une rétribution supplémentaire sans rapport avec le financement résiduel des soins.

Près d'une décennie après l'introduction du nouveau régime de financement des soins, aucun changement n'a été constaté au niveau de la qualité des soins et de la garantie de la prise en charge dans l'ensemble du pays. Il semble donc évident que le niveau de qualifications requis par la loi pour assurer une bonne prise en charge de la patientèle suffit amplement. De plus, aucune information ne laisse penser que cette démarche conduite dans d'autres cantons à une surcharge du personnel de soins. Bien au contraire, le fait de pouvoir assumer des tâches qui dépassent ce que prévoit la législation fédérale est perçu comme un enrichissement et une revalorisation du rôle du personnel soignant.

Le constat selon lequel aucun problème n'est à signaler au niveau de la qualité est confirmé par le fait que le personnel infirmier bénéficiant des formations exigées par la Confédération peut déjà facturer à l'heure actuelle les prestations spécifiques, dont l'ensemble des cantons assument le financement résiduel. Aucun changement n'est prévu sur ce point dans celui de Berne. Comme jusqu'ici, les heures OPAS pourront être décomptées pour les soins oncologiques et palliatifs, les soins des plaies et les soins psychiatriques. Le canton va continuer de prendre en charge le financement résiduel des prestations de soins nécessaires qui sont prescrites par un médecin, mais ne sera plus l'exception qui demande des diplômes supplémentaires rémunérés en sus.

Cela étant, même si le canton supprime l'indemnisation additionnelle des prestations spécifiques, des qualifications supérieures donneront toujours lieu à une rétribution plus élevée, étant donné que la Confédération tient compte du degré de formation dans sa tarification des trois catégories de prestations définies à l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c OPAS. Les acteurs financiers garantissent ainsi de concert que le personnel infirmier dispose des qualifications requises et d'une rémunération qui soit fonction de leur niveau.

En d'autres termes, la formation et le perfectionnement sont déjà inclus dans les tarifs. Leur réalisation est de la responsabilité des employeurs et des infirmières et infirmiers indépendants. Les frais correspondants n'incombent pas au canton, qui doit uniquement prendre en charge, au titre du financement résiduel, les dépenses non couvertes occasionnées par les prestations de soins prescrites.

Tout comme les 25 autres cantons, Berne entend donc se rapprocher de la norme suisse telle que définie par la législation fédérale et renoncera à demander des qualifications supplémentaires. Le système de rétribution sera adapté en conséquence et le supplément de 24,55 francs par heure OPAS sera supprimé. Par cette décision, le canton ne s'oppose en aucun cas à la formation ou au perfectionnement du personnel soignant. Cette responsabilité est cependant du ressort de chaque organisation en leur qualité d'employeur. Malgré la suppression sans remplacement des prestations spécifiques dans le contrat de prestations 2021, les services d'aide et de soins à domicile ne recevront au total pas moins d'argent pour l'année à venir et le canton ne sera pas déchargé financièrement.

Pour ces motifs, le Conseil-exécutif propose de rejeter le point 1.

Point 2

L'indemnisation des temps de trajet et des frais de déplacement (mobilité) représente le deuxième poste le plus important dans les soins ambulatoires après les frais de personnel (29 millions de francs pour l'année 2019). Il ressort du relevé complet mentionné précédemment que la planification des trajets demeure perfectible. Les indemnités de déplacement ne permettent en outre pas de couvrir intégralement les frais des prestataires, de sorte que cette lacune est inadéquatement comblée par d'autres subventions

croisées. Jusqu'à présent, les trajets étaient financés en sus selon le nombre d'interventions. Le contrat de prestations 2021 prévoit en revanche que les frais matériels seront indemnisés pour les cinq premiers kilomètres à raison de 0,70 franc par kilomètre parcouru, tandis qu'un dédommagement à hauteur de 43,55 francs de l'heure sera accordé pour les quinze premières minutes de trajet au titre de frais de personnel. Ces valeurs sont fondées sur les frais effectifs indiqués par les services d'aide et de soins à domicile lors du relevé, ou plus précisément sur la moyenne de ces coûts. Les frais effectifs des interventions les moins onéreuses sont pris en charge. Si un service dépasse la moyenne cantonale en termes de temps de trajet et de frais de déplacement, il est alors encouragé à corriger et à améliorer sa planification et sa logistique. L'objectif est de programmer les trajets le plus efficacement possible. Le personnel soignant doit pouvoir se consacrer aux patientes et patients et non perdre son temps en se transférant d'un lieu d'intervention à un autre. Ces deux mesures permettent d'assurer une meilleure gestion et de mieux couvrir les coûts de mobilité des services d'aide et de soins à domicile : actuellement, une indemnisation de 12 francs par heure OPAS est accordée aux prestataires pour leurs déplacements. A partir de 2021, ce montant sera d'environ 14,30 francs.

L'analyse des répercussions pour les prestataires montre un tableau très hétérogène : en effet, des écarts sont à prévoir tant dans les régions rurales qu'en milieu urbain. Une simulation réalisée sur la base des données recueillies auprès des services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique montre que le passage d'un dédommagement forfaitaire à une indemnisation des frais effectifs n'aura pas d'impact négatif sur les services actifs dans les régions rurales. L'introduction d'un système d'indemnisation uniforme est considérée comme indispensable pour garantir une équité en termes de coûts. En l'absence de valeurs maximales harmonisées pour les kilomètres et le temps de trajet, les services qui privilégient l'efficacité et l'économicité sont tout bonnement pénalisés.

Pour la plupart des prestataires, cette modification entraînera une amélioration d'un point de vue aussi bien financier qu'organisationnel. Toutefois, la DSSI examine d'ores et déjà d'éventuels cas de rigueur (en montagne et dans les régions vallonnées). Des exceptions peuvent être consenties lorsqu'un prestataire ne parvient manifestement et durablement pas à se rapprocher de la valeur moyenne. Au vu de ce qui précède, il est infondé de prétendre qu'il ne sera plus possible d'atteindre la patientèle domiciliée en montagne ou dans les régions vallonnées en raison de la charge financière que représente la nouvelle réglementation de la DSSI. Il convient également de relever que, dans l'ensemble, le nouveau système permettra d'introduire une indemnité de déplacement plus élevée et destinée à couvrir les frais.

Le remaniement du contrat de prestations 2021 ne vise par conséquent aucun effet d'économies. Au contraire, les nouvelles ressources disponibles (issues de la suppression de l'indemnisation pour prestations spécifiques, cf. point 1) seront réinvesties pour garantir un système plus durable. L'indemnité de déplacement ne permettant pas de couvrir tous les frais, d'autres subventions croisées viennent actuellement combler cette lacune. Avec le contrat de prestations 2021, l'argent reste dans le système là où il est le plus nécessaire. En outre, le nouveau contrat de prestations est une étape importante vers une prise en charge des coûts adaptée et transparente de la part du canton.

Compte tenu de ces conditions, le Conseil-exécutif est disposé à adopter le point 2 sous forme de postulat.

Point 3

Le processus de budgétisation cantonale prévoit qu'il est du ressort du Grand Conseil d'approuver le budget pour une année. A cette étape, il ne fait que prendre connaissance des montants pour les années suivantes (plan intégré « mission-financement »). Des engagements financiers ne peuvent donc être contractés que d'une année à l'autre. La souveraineté budgétaire ne doit pas être entravée par des engagements contractuels de plusieurs années, surtout lorsque ceux-ci représentent un volume financier important. Cette démarche permet à l'organe compétent en matière financière de réagir aux changements d'ordre financier en procédant à des ajustements annuels. Un engagement pluriannuel risquerait d'entraver ces possibilités de pilotage.

Il est toutefois compréhensible que les prestataires aient besoin d'une certaine sécurité en termes de planification sur plusieurs années. Pour cette raison, la DSSI est disposée à examiner la possibilité d'opter pour une période contractuelle plus longue. Elle ne s'y attellera néanmoins qu'après la clôture des projets en cours ainsi que des travaux liés à la motion 051-2018 Striffeler-Mürset encore en suspens. En effet, il est indispensable de connaître l'organisation future du financement des soins ambulatoires pour savoir si la conclusion de contrats pour une durée plus longue présenterait également un intérêt pour le canton de Berne.

Compte tenu de ces conditions, le Conseil-exécutif est disposé à adopter le point 3 sous forme de postulat.

Destinataire

– Grand Conseil