



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Secrétariat central

43.225

Nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée (projet séparé)

Préoccupations majeures de la CDS dans le cadre de la révision de la LAMal

1 Préoccupations majeures de la CDS

La CDS **admet qu'il y ait un besoin d'agir** en matière de réglementation du financement des soins de longue durée, pour autant que dans le cadre du premier train de réformes de la révision de la LAMal les tarifs en vigueur soient gelés après relèvement des tarifs-cadre des deux niveaux de soins supérieurs. Dans le cadre de la procédure de consultation sur le 1^{er} train de mesures, la CDS était déjà d'avis que cette solution transitoire était nécessaire, afin d'éviter que les coûts supplémentaires des soins de longue durée, de l'ordre d'un milliard de francs par an, ne viennent automatiquement grever l'assurance obligatoire des soins (AOS). La condition en est toutefois que la protection tarifaire soit limitée à ce montant. Depuis lors il s'agit d'instaurer un nouveau régime qui tienne compte de tous les bailleurs de fonds et de toutes les branches des assurances sociales.

Dans la perspective des **transferts de charges**, il convient de veiller à ce que les effets soient équilibrés. La CDS demande que le **financement des hôpitaux et celui des soins de longue durée soient réglementés** en un seul et même paquet et en les concevant dans le respect de la neutralité des coûts.

S'agissant de la **réglementation transitoire**, la CDS tient encore une fois à souligner très clairement que les cantons ne la soutient pour décharger les assureurs-maladie que dans la mesure où la **protection tarifaire** selon l'art. 44 LAMal se réfère uniquement aux tarifs en vigueur. Si la protection tarifaire ne se limite pas à ces tarifs, le déficit financier actuel d'un milliard de francs risque non seulement de devoir être couvert intégralement par les cantons et les communes, en effet, le passage au nouveau régime de financement des soins de longue durée pourrait se montrer politiquement et socialement bien plus difficile à réaliser, étant donné que les revendications que risquent de poser les pensionnaires de homes du fait des dispositions transitoires seraient à nouveau réduites à néant par le nouveau régime.

Pour la réglementation à long terme, le Conseil fédéral a mis en consultation les deux modèles A et B.

La CDS **rejette catégoriquement le modèle A**. Les principaux inconvénients en sont son manque de faisabilité et le financement prévu.

Quant au **modèle B**, qui prévoit une contribution de l'assurance obligatoire des soins à toutes les prestations de soins de longue durée, la CDS est en mesure de l'approuver aux **conditions suivantes** :

- Les contributions de l'AOS s'en tiennent au statu quo.
- Les tarifs des deux niveaux de soins supérieurs seront provisoirement relevés et seront adaptés régulièrement au renchérissement.
- La **protection tarifaire** énoncée dans la LAMal doit explicitement se limiter à la contribution de l'assurance obligatoire des soins. Sinon, la réglementation risque d'entrer en conflit avec la LPC.



- Les coûts des **soins thérapeutiques et des soins de base à domicile** (aide et soins à domicile) doivent continuer à être couverts intégralement par l'AOS. Cela constitue pour les personnes qui nécessitent des soins une incitation majeure pour éviter un placement en institution.
- Une autre incitation à s'abstenir d'entrer en institution est de créer une **allocation pour impotent de faible degré dans l'AVS à l'intention des personnes à domicile**. De même, le **délai d'attente** des allocations pour impotent doit être raccourci d'une façon générale à 6 mois.
- Le délai d'attente de 90 jours est **arbitraire**. La CDS est prête à exonérer les assureurs du paiement intégral des soins de longue durée en institution, si l'on exclut à part entière les soins ambulatoires à domicile du nouveau régime de financement des soins de longue durée.

Par ces modifications, le projet gagne en équité et en transparence en faveur des assurés. De plus, pour solde de tous comptes, cela permet de réduire à des proportions supportables pour les cantons la charge supplémentaire financière attendue.

2 Projet du Conseil fédéral

Le modèle A fait une distinction entre soins aigus et soins de longue durée et se réfère dès lors à la notion de **soins thérapeutiques** d'après lesquels se mesurent les prestations de l'assurance sociale. Lorsque des soins thérapeutiques sont nécessaires, on part du fait qu'il s'agit de **situations complexes** qui exigent également des soins de base dans les activités de la vie quotidienne. Dans ce cas, l'assurance de base rembourse l'ensemble des prestations. En revanche, s'agissant de situations simples, il n'y a pas de maladie à la base qui exigerait des soins thérapeutiques. Aussi l'assurance des soins de base n'est pas sujette à prestations. Dans l'aide et les soins à domicile, il s'agit d'introduire en compensation dans l'AVS une allocation pour impotent dans les cas d'impotence de faible degré.

S'agissant du **modèle B**, il est fait une distinction **hors de l'hôpital** entre soins aigus (soins de transition entre EMS et soins aigus à domicile), d'une part, et soins de longue durée, d'autre part). Pour ce qui est des **soins aigus**, les coûts des prestations de soins selon la LAMal sont pris en charge intégralement par les assureurs. En revanche, les coûts des **soins de longue durée** sont assumés par les assureurs, par les pouvoirs publics à travers un élargissement des prestations complémentaires et par les personnes qui nécessitent des soins. Les assureurs-maladie, de leur côté, ne versent qu'une **contribution**. Cette contribution sera fixée de manière que les assureurs-maladie, par rapport aux dispositions en vigueur, ne soient pas grevés en plus, de manière déterminante, par les tarifs-cadre fixés par les autorités. Pour délimiter les tarifs pour soins aigus et ceux des soins de longue durée, il y a lieu de prévoir un délai de 90 jours pouvant être prolongé sur demande.

Tous les deux modèles prévoient de relever le plafonnement des prestations complémentaires (PC), actuellement de 30'275 francs par an. Du fait de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches (RPT), la surcharge en résultant sera entièrement imputée aux cantons. Le Conseil fédéral compte avec un besoin supplémentaire de 236 millions de francs. D'ici à l'entrée en vigueur de la RPT, la Confédération en supporterait 22% ou 53 millions de francs.

3 Propositions concrètes de la CDS

La CDS soutient le modèle B moyennant les modifications précitées. La condition essentielle en est que la protection tarifaire soit limitée aux contributions déjà remboursées par les assureurs dans le cadre de la réglementation transitoire.



Annexe:

- réponse de la CDS à la consultation du 23.8.2004.

Compléments d'information:

Projet de nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée mis en consultation :

<http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/index.htm> avec projet mis en consultation:
http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/vernhml_pflegefinanzierung_230604.pdf

23 août 2004 / AY