



La nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée vue par les cantons

Exposé de Patrizia Pesenti, conseillère d'Etat,
présidente de la Commission "Application de la LAMal" de la CDS,
lors de la conférence de presse de la CDS du 30 mai 2005

La parole fait foi!

Ebauches de solution du modèle de la CDS

T4

Le modèle du financement des soins de longue durée de la CDS prévoit les éléments suivants:

L'assurance obligatoire des soins rembourse en EMS une partie des frais de soins.

Pour les personnes à domicile, il s'agit d'introduire désormais une **allocation pour impotent** de faible degré en plus de l'AVS, comme le prévoit le modèle du Conseil fédéral. Cette allocation s'élèverait à un peu plus de 200 francs par mois et constituerait une contribution à l'aide de ménage.

Les pensionnaires d'EMS s'acquittent comme jusqu'ici des frais de soins **en fonction de leur situation économique**. A cet effet ils recourent au revenu et à une part de la fortune. Le revenu comprend également les rentes allouées par les assurances sociales.

Lorsque le revenu et la part de la fortune des pensionnaires s'avèrent insuffisants, il leur est alloué des **prestations complémentaires**, comme jusqu'à présent. A cet égard, on tiendra compte bien entendu de la future réglementation selon la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

On peut donc résumer la *chronologie du financement* comme suit: c'est d'abord l'assurance obligatoire des soins qui verse sa part, puis interviennent les prestations à titre personnel des pensionnaires de homes. Subsidiairement et conformément aux besoins, celles-ci sont complétées par les prestations complémentaires, voire, si nécessaire, par l'aide sociale.

Financement des soins de longue durée et révision des PC selon la RPT

T5

Les contributions des PC pour assurer le minimum existentiel sont actuellement de l'ordre de 80 francs par jour ou de 29'000 francs par année. En vertu de la RPT, ces contributions feront partie des responsabilités principales de la Confédération: les 5/8èmes seront versés par la Confédération et 3/8èmes par les cantons. Le surplus des contributions par rapport aux PC sera supporté intégralement par les cantons.

Aujourd'hui, la prestation complémentaire maximum est de 30'870 francs par année. Or, il est prévu de supprimer cette limite supérieure selon le projet de 2^{ème} message sur la RPT mis en consultation. Cela permettrait de rembourser des frais d'EMS plus élevés par le biais des PC. Les coûts supplémentaires en résultant seront intégralement à la charge des cantons. Le Conseil fédéral estime ces coûts supplémentaires des cantons à 236 millions de francs. Selon la CDS, cette estimation est trop basse.



Transferts de charges

T6

La CDS demande par conséquent que ces estimations soient précisées.

Ce faisant, les modifications intervenues dans les prestations complémentaires et l'allocation pour impotent seront chiffrées en tenant compte de la RPT.

Toutefois, la nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée et les transferts de charges y étant liés seront à considérer au-delà de la révision totale de la LAMal. Si l'on tient compte de l'élargissement de la réduction de primes décidé par le Parlement durant sa dernière session de printemps, et des propositions débattues concernant le financement hospitalier, on observe manifestement les tendances suivantes:

La part du financement par voie d'impôts de la prise en charge sanitaire devrait fortement augmenter à l'avenir. La CDS demande par conséquent que les projets de financement hospitalier et de financement des soins de longue durée soient traités comme formant un paquet unique. Sinon, on risque un cumul unilatéral des transferts de charges.

Le modèle du Conseil fédéral ne fait que redistribuer les coûts, sans empoigner en même temps les grands problèmes que le vieillissement démographique va poser.

Le modèle de la CDS s'attaque par contre aux problèmes suivants: il met un frein à l'évolution des coûts grâce à une approche de type benchmarking et crée les incitations de manière à empêcher que les structures de prise en charge hospitalières coûteuses ne soient mises à contribution inutilement. Et, last but not least, il représente pour tous les financeurs un système de financement équilibré et supportable.