

## Le nouveau régime de financement des soins

Quelques considérations relatives à la procédure de consultation (ordonnances)

Le 13 juin 2008, le Parlement fédéral a adopté la nouvelle loi relative au financement des soins. Par rapport à la LAMal<sup>1</sup>, l'intitulé de cette loi est trompeur. En effet, le contenu de nouvelle loi concerne exclusivement la prise en charge des soins dispensés de longue durée. Les travaux parlementaires ont révélé des positions divergentes sur les obligations de l'Etat envers les personnes dépendantes et sur l'importance de la participation financière des assurés. La dernière divergence, qui a repoussé la date d'adoption de la loi fédérale, a porté sur la notion de «soins de transition», à savoir les soins qui font suite à une affection aiguë. Dans la nouvelle loi fédérale, la durée de prise en charge de ces soins de transition a finalement été fixée à quinze jours.

Le 18 décembre 2008, le Département fédéral de l'intérieur a mis en procédure de consultation les ordonnances d'application du nouveau régime (OAMal, OPAS, RAVS). Le délai expire au 31 mars 2009. Le nouveau régime devait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Plusieurs organismes consultés ont déjà fait part de leur position. Compte tenu des enjeux importants que contient cette révision, il n'est pas inutile de revenir sur ses aspects essentiels.

### 1. Principes relatifs au remboursement des prestations

Dans le nouveau système, l'assurance obligatoire fournit une contribution aux soins qui sont dispensés non seulement à domicile ou dans les établissements médico-sociaux (EMS), mais également dans des structures de soins de jour ou de nuit. La notion de «soins à domicile» n'existe plus dans le nouveau système. Elle est désormais contenue dans l'expression de «soins ambulatoires».

La contribution versée varie en fonction du besoin en soins. Elle ne concerne que les soins au sens de l'art. 25a, al. 1 LAMal. Les frais de pension restent à charge des personnes concernées ou sont remboursés, le cas échéant, par les prestations complémentaires. Une contribution financière des personnes assurées est également prévue. Elle peut atteindre 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, soit un montant légèrement supérieur à 7'000 francs par année.

### 2. Distinction entre les «soins» et les «soins aigus et de transition»

Pour les soins de longue durée, le remboursement porte sur des montants fixés par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), sur mandat du Conseil fédéral<sup>2</sup>. Ces montants sont définis de manière uniforme au niveau national. Les soins aigus et de transition correspondent à un besoin de soins limités dans le temps, suite à une hospitalisation. Pour ces soins, des tarifs forfaitaires

<sup>1</sup> Art. 1a LAMal: «La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières».

<sup>2</sup> Art. 33, let h OAMal.

doivent être convenus entre assureurs et fournisseurs de prestations. Les soins aigus et de transition correspondent au contenu de l'article 7 OPAS. Ils sont donc identiques aux soins de longue durée. Seul le mode de financement est différent, le canton étant tenu d'intervenir selon les règles en vigueur pour le financement hospitalier. Sa participation s'élève à 55% au moins des coûts relatifs aux soins aigus et de transition. Comme relevé précédemment, ces derniers portent sur une durée de deux semaines au maximum.

Le canton verse sa rémunération directement au fournisseur de prestations, selon des modalités qu'il a établies avec le fournisseur de prestations. Il peut également être tenu de verser directement sa part à l'assureur. Ce dernier verse alors les deux parts au fournisseur de prestations.

### 3. Procédure de contrôle et de conciliation

Assureurs et fournisseurs de prestations doivent convenir d'une procédure de contrôle et de conciliation commune pour les soins ambulatoires prodigués. A défaut, le gouvernement cantonal est tenu d'intervenir, après avoir entendu les parties.

### 4. Allocation pour impotent

Le nouveau régime de financement des soins comporte également une révision de l'AVS par l'introduction d'une allocation pour impotence faible. Le droit à cette prestation est cependant supprimé lors d'un séjour dans un home.

S'il permet une uniformisation de la prise en charge des soins ambulatoires, le nouveau régime adopté par le Parlement fédéral a cependant des conséquences financières non négligeables sur l'assuré dépendant, et sur les cantons tenus d'intervenir tant dans les soins de transition que dans le financement de la part imputable aux assurés qui ne peuvent assumer de telles charges.

Les premières prises de position connues portent essentiellement sur la date d'entrée en vigueur du nouveau régime. Dans les documents qui accompagnent les projets de révision des ordonnances fédérales, le Conseil fédéral invite les cantons «à élaborer aussi rapidement que possible, les dispositions d'exécutions cantonales nécessaires»<sup>3</sup>. Une mise en garde contre une entrée en vigueur «précipitée» du nouveau régime émane cependant de plusieurs instances concernées. H+ Les Hôpitaux de Suisse avait déjà publié une position allant dans ce sens dès l'adoption de la nouvelle loi fédérale<sup>4</sup>. Pour la «Communauté d'intérêts financement des soins», une entrée en vigueur de la nouvelle réglementation différée au 1<sup>er</sup> janvier 2010 s'avère indispensable à la sécurité juridique des patientes et des patients<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), modifications prévues pour le 1er juillet 2009, Commentaire et teneur des modifications, p. 3.

<sup>4</sup> H+ Les Hôpitaux suisses, Stellungnahme H+ zur Umsetzung der KVG-Revision Pflegefinanzierung, 15 juillet 08.

<sup>5</sup> Communauté d'intérêts financement des soins, lettre aux membres de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, du 9 janvier 2009.

Par ailleurs, en l'état, les ordonnances sont considérées comme étant encore trop imprécises. Ainsi, les critères permettant le calcul des coûts complets devraient être énumérés dans l'ordonnance et le système de remboursement devrait être uniforme dans tous les cantons.

L'entrée en vigueur de la révision de la LAMal marquera une étape significative dans le système de prise en charge des soins de longue durée. En raison de leur importance, les incidences financières méritent une attention particulière. Assurés et pouvoirs publics sont concernés. Une participation importante à la procédure de consultation s'avère indispensable afin que soient apportées les améliorations des dispositions réglementaires qui, à défaut d'infléchir les orientations prises par le Parlement, devraient au moins garantir une égalité de traitement entre personnes dépendantes dans l'ensemble des cantons suisses.

Béatrice Despland

**ARTIAS**

Rue des Pêcheurs 8  
1400 Yverdon-les-Bains  
Tél. 024 423 69 66  
Fax 024 423 69 67  
info@artias.ch  
CCP 10-2156-5  
www.artias.ch  
www.guidesocial.ch