

Berne, le 26 avril 2018

Communiqué aux médias

Financement des soins Cantons et assureurs-maladie doivent garantir une couverture des frais effectifs

Des mesures urgentes s'imposent en matière de financement des soins. Les contributions des caisses maladie, gelées depuis 2011, doivent être adaptées à l'évolution des coûts. En outre, le financement résiduel par les cantons et les communes doit être réglé selon des critères homogènes dans l'ensemble de la Suisse. Telles sont les revendications de la Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins en perspective de l'évaluation du financement des soins, au sujet de laquelle un rapport du Conseil fédéral est attendu pour l'été 2018. Les représentants de la branche et des patients ont élaboré trois propositions concrètes d'adaptation de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Le nouveau financement des soins est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Il régit la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), les assurés et les cantons. Comme les assureurs-maladie ainsi que les patientes et les patients ne prenant en charge qu'une partie fixe du coût des soins, la croissance des coûts a été reportée unilatéralement sur les cantons ou les communes depuis 2011. Comme beaucoup d'entre eux ne s'acquittent pas dans une mesure suffisante de leur obligation légale relative au financement résiduel, les prestataires de soins stationnaires et ambulatoires de longue durée sont de plus en plus fréquemment confrontés à des coûts non couverts. Il en résulte un risque croissant que la qualité des soins octroyés à des personnes particulièrement vulnérables ne puisse plus être assurée de manière satisfaisante. De plus, il faut éviter que les patients paient davantage pour les soins selon la LAMal que ce à quoi la loi leur impose de participer.

La CI Financement des soins réclame d'une part que les cantons s'acquittent de leur obligation et assument le financement de l'intégralité des coûts résiduels avérés afférents aux prestations de soins. Elle exige d'autre part que les contributions des caisses maladie soient régulièrement adaptées à l'évolution des coûts. Il faut également que la durée légale pour les soins aigus et de transition soit prolongée et que les cantons et l'AOS supportent les frais de séjour (hôtellerie et prise en charge), comme c'est le cas pour les hospitalisations préalables. La CI Financement des soins estime que trois modifications concrètes du texte de la LAMal créeraient les bases nécessaires pour garantir la qualité des soins et la sécurité de l'approvisionnement en soins pour les personnes concernées.

Article 25a, alinéa 5 LAMal : nouvelle formulation pour « Les cantons règlent le financement résiduel »

Les divergences de mise en œuvre divergentes ainsi que la renonciation partielle à introduire un financement résiduel ont de graves répercussions sur la protection tarifaire et sur la sécurité future de l'approvisionnement en soins. Il manque par ailleurs une réglementation claire, qui permettrait de définir quelles prestations sont couvertes par l'ensemble du financement des soins, en particulier au niveau du matériel de soins et, concernant les soins ambulatoires, des temps de trajet. Au total, dans l'ensemble de la Suisse, les coûts non couverts des EMS atteignent entre 250 et 350 millions de francs par an.

Le financement résiduel doit être uniformisé par la biais de la nouvelle formulation suivante : « **Les cantons garantissent le financement du coût résiduel des prestations de soins avérées. Le Conseil fédéral définit des critères uniformes applicables à la saisie, au calcul et à la fixation des coûts intégraux ainsi qu'au financement de l'approvisionnement en soins dans le domaine ambulatoire.** »

Article 25a, alinéa 4 LAMal : adaptation à l'évolution des coûts dans le domaine de la santé

Depuis 2011, les contributions des assureurs-maladie sont restées inchangées malgré l'augmentation des coûts des soins stationnaires et ambulatoires. Les coûts supplémentaires sont supportés par le biais du financement résiduel, directement ou indirectement à la charge des patientes et patients. Cette situation n'est pas supportable, ni pour l'intérêt général ni pour les personnes concernées.

Les contributions de l'AOS à l'évolution des coûts doivent être réglées comme il suit dans la LAMal : « Le Conseil fédéral fixe les contributions en francs en fonction du besoin en soins. **Il les contrôle et les adapte annuellement de façon à ce que les parts respectives des agents payeurs au financement des frais de soins demeurent constantes.** Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités. »

Article 25a, alinéa 2 LAMal : adaptation concernant les soins aigus et de transition (SAT)

La CI Financement des soins revendique une conception efficace des soins aigus et de transition (SAT). Une solution pertinente pour les patients ayant besoin de soins et d'une prise en charge après leur sortie de l'hôpital permet d'atténuer les coûts tout en évitant des complications et des soins inadaptés. Cette offre importante peut être efficacement mise en œuvre en adaptant l'article 25a comme il suit : « Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant **quatre semaines au plus, conformément à la réglementation du remboursement des traitements stationnaires, y compris celle relative au séjour et aux soins à l'hôpital (art. 49 al. 1)** ainsi que selon celle du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). **Les soins aigus et de transition peuvent, en fonction des besoins et sur ordonnance d'un médecin, être prolongés à une reprise pour quatre semaines au plus.** Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits. »

Les soins de longue durée présentent des défis majeurs.

Face à l'augmentation de la demande, il y a nécessité d'agir pour pouvoir continuer à prendre en charge à l'avenir les personnes nécessitant des soins. Les conditions-cadres pour les prestataires de soins ambulatoires et stationnaires doivent être aménagées de manière à ce que des offres flexibles et intégrées puissent être élaborées, par exemple des logements protégés. Selon les prévisions actuelles, le manque de personnel soignant spécialisé va encore s'accroître, ce qui constituera un obstacle particulièrement difficile à surmonter.

La branche est consciente qu'il est aussi de son devoir de trouver des solutions. A cet effet, les prestataires de soins veillent constamment à ne pas engendrer de coûts inutiles, ils mettent en œuvre des mesures pour remédier au manque de personnel soignant et ils proposent des conditions de travail attrayantes. Pour que le changement nécessaire et les défis à venir puissent être maîtrisés sans nuire à la qualité, la branche doit cependant aussi pouvoir compter sur un financement solide des soins.

Pièce jointe : Positions détaillées / argumentaire de la CI Financement des soins

Informations complémentaires :

Aide et soins à domicile Suisse, Marianne Pfister, directrice, tél. 031 381 22 81, pfister@spitex.ch

CURAVIVA Suisse, Daniel Höchli, directeur, tél. 031 385 33 30, d.hoehli@curaviva.ch

Conseil suisse des aînés SSR-CSA, Elsbeth Wandeler, tél. 079 271 11 71, elsbeth.wandeler@bluewin.ch

La CI Financement des soins regroupe : Association Spitex privée Suisse ASPS, CURAVIVA Suisse, Conférence nationale suisse des ligues de la santé (GELIKO), Espaces Thermaux et Maisons de Cure Suisses, H+ Les hôpitaux de Suisse, Inclusion Handicap, SBK/ASI, Association Alzheimer Suisse, senesuisse, Aide et soins à domicile Suisse, Conseil suisse des aînés SSR-CSA.