

Le nouveau régime de financement des soins : de nombreuses voix demandent le report de sa mise en œuvre

Autor(en): **Hansen, Robert**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : revue spécialisée**

Band (Jahr): **1 (2009)**

Heft 2: **La protection de l'adulte : impact du nouveau droit sur le quotidien des EMS**

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-813882>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le nouveau régime de financement des soins

De nombreuses voix demandent le report de sa mise en œuvre

Le nouveau régime de financement des soins ne devrait pas entrer en vigueur en juillet prochain comme prévu. En effet, les associations de fournisseurs de prestations, les directeurs cantonaux de la santé ainsi que divers représentants et intervenants cantonaux souhaitent repousser cette échéance à 2011. De nombreux cantons n'ont pas encore du tout inscrit à leur budget les nouvelles dépenses qui leur incombent.

Robert Hansen

La nouvelle réglementation du financement des soins, approuvée à l'issue de plusieurs années d'âpres discussions, n'entrera très vraisemblablement pas en vigueur en juillet de cette année. De nombreux signes laissent en effet penser que cette échéance sera repoussée. Si la part maximale imputable au résidant et la contribution des assureurs maladie ont été fixées, la question du coût total des soins, et de la part qui incombera aux cantons n'est pas encore clarifiée. Dans ces conditions, il paraît très ambitieux de vouloir mettre en œuvre le nouveau régime de financement des soins d'ici à l'été. La procédure de consultation sur les dispositions d'exécution, à laquelle ont pris part, notamment les cantons, Santésuisse et les associations de fournisseurs de prestations, s'est achevée à fin mars, laissant ouverte cette question de la répartition des coûts.

Dès lors, il règne encore une certaine insécurité juridique. Jusqu'à présent, le financement des soins était réglé à coup d'ordonnances, les assurances maladie négociaient les forfaits avec les institutions concernées directement au niveau cantonal, conduisant à une grande disparité des modèles de financement, et les résidents assumaient les frais non couverts, généralement par le biais de prestations complémentaires.

Craignant une trop grande charge financière pour les caisses maladie, et, par conséquent des augmentations de primes importan-

tes, le Conseil fédéral a lancé, en 2005, un projet de loi sur le financement des soins. Ce nouveau régime adopté par les Chambres en été 2008, à l'issue d'intenses débats, prévoit une participation des assureurs aux coûts des soins, selon des contributions désormais unifiées au niveau national. Pour les résidents, il est prévu que leur participation aux coûts des soins soit limitée à 20%, pour la catégorie ou niveau de soins le plus élevé. Les cantons régleront la part résiduelle. Si l'on considère les tarifs proposés aujourd'hui par la Confédération, qui grimpent jusqu'à 102 francs par jour au maximum, la part des résidents aux coûts des soins s'élèvera donc à 20,40 francs au plus.

Personne ne conteste le principe de neutralité des coûts pour les caisses maladie au niveau suisse, avec 2008 comme année de base. Les assureurs devraient ainsi contribuer à la couverture des soins à plus de 1,5 milliard de francs par an. D'après les autorités, les contributions des assureurs maladie proposés aux EMS ont été calculés avec une grande justesse. Quant à savoir si les différents systèmes d'évaluation des besoins en soins comme Besa, Rai/Rug ou encore Plaisir sont compatibles avec la nouvelle réglementation, Santésuisse estime que c'est aux fournisseurs de prestations de régler la question. Daniel Domeisen, responsable des questions économiques et juridiques à Curaviva Suisse, estime pour sa part que les contributions sont trop basses de 10 à 15%.

Qui couvre les coûts des soins ?

Le nouveau régime de financement des soins devrait soulager les résidents puisque le montant résiduel des coûts ne leur sera plus imputé. Désormais, ce sont les cantons qui passeront à la caisse: «Nous estimons la charge supplémentaire à 350 millions de francs par année», affirme Semya Ayoubi, cheffe de projet auprès de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS). Reste à savoir si ces coûts seront effectivement pris en charge par les cantons ou par les communes. Si Semya Ayoubi trouverait ju-



Photo: Robert Hansen

La participation aux coûts des soins des résidents sera désormais limitée.

dicieux de répercuter les coûts sur les communes, la CDS n'émet cependant pas de recommandations à ce propos, s'agissant là «d'une affaire strictement cantonale». Pour leur part, Daniel Domeisen et d'autres mettent en garde contre le risque qu'il y aurait à vouloir charger ainsi financièrement les communes, qui pourraient alors, notamment, décider d'augmenter leurs impôts... Enfin, la nouvelle réglementation ne précise pas non plus de quelle façon les cantons ou les communes paieront les prestations de soins de longue durée aux EMS.

Face à tant d'incertitudes, les voix sont nombreuses à s'élever pour demander de reporter à un délai plus réaliste la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Semya Ayoubi attire également l'attention sur le fait qu'aucun canton n'a pour l'instant inscrit à son budget les montants nécessaires. «Je ne sais pas ce qui se passera si le financement des soins entre en vigueur le 1^{er} juillet. Il y a encore beaucoup de questions ouvertes et les projets d'ordonnance ne règlent pas encore tout ce qui devrait l'être.» Daniel Domeisen estime que le 1^{er} janvier 2011 serait une bonne échéance pour permettre à tous les partenaires de finir de discuter les points encore en suspens.

Il n'y a finalement que Gebhard Heuberger, de SantéSuisse, pour défendre le délai initialement prévu: «En ce qui nous concerne, nous disons: enfin! Pour nous, tout est relativement bien réglé. La législation fédérale définit clairement la contribution des assureurs, la question de la protection tarifaire est enfin résolue et nous avons la sécurité juridique. Il est également important pour les EMS que cette réglementation entre en vigueur.» Et c'est important pour les patients aussi, qui sont en droit d'attendre une

Position de Curaviva Suisse

Curaviva Suisse est fondamentalement d'accord avec l'orientation du projet d'ordonnance sur le financement des soins, mais elle réclame d'importantes précisions. Il s'agit notamment d'ajuster les contributions des assurances maladie et de définir les coûts complets. De l'avis des experts de l'association, les bases de calcul des contributions aux soins des assurances maladie, qui figurent dans le projet d'ordonnance, ne correspondent pas aux données de base actuelles. Pour Curaviva Suisse, il est absolument nécessaire d'ajuster à la hausse les contributions prévues. De même, il serait nécessaire de définir les soins aigus et de transition.

En outre, Curaviva Suisse demande que les prestations entraînant des frais imputables soient clairement définies. L'obligation des cantons de régler la question de la couverture des coûts résiduels, que ni les assurances ni les résidents ne sont obligés de prendre en charge, suppose que soient fixées des bases de calcul identiques à l'échelon national. Les modèles existants pour évaluer la charge en soins requis reposent sur des bases différentes. Une coordination des différents modèles (Besa, Rai/Rug, Plaisir) est donc absolument nécessaire.

Les associations romandes d'EMS, réunies au sein de la Plateforme romande de Curaviva, ont saisi l'opportunité de cette consultation pour faire valoir leur point de vue auprès de leur association faitière. Soutenant la prise de position adoptée par Curaviva Suisse, elles ont en outre demandé à ce que les soins palliatifs et psychogériatriques fassent l'objet d'un financement ad hoc, que les contributions des assureurs maladie soient adaptées aux situations cantonales, que l'ordonnance précise les critères cadres pour le calcul des coûts complets, et que les contributions aux soins aigus et de transition couvrent également les frais de pension et d'accompagnement.

Source: communication de Curaviva Suisse, à l'issue de la procédure de consultation, le 31 mars 2009

contribution substantielle des cantons à la prise en charge des soins.

La mise en place technique au 1^{er} juillet serait possible. «C'est simplement une histoire d'argent. Cela fait bientôt une année que l'on sait que ce nouveau régime doit être introduit. Et il y a des cantons qui s'y sont préparés», affirme Gebhard Heuberger. Ceux qui profiteront d'une entrée en force retardée sont certainement les cantons et les communes qui ne devront pas passer à la caisse de sitôt. Ceux qui en souffriront sont les personnes nécessitant des soins, qui doivent couvrir de leur poche le montant résiduel et qui n'ont pas les moyens de se défendre. Ce devrait être peu le cas en Suisse romande, où les cantons ont généralement pratiqué jusque-là des politiques sociales plus généreuses.

(Adaptation française : amn)