

Financement des soins - Bea Heim, spécialiste des questions de santé, dresse le bilan : "La Confédération doit améliorer la législation en vigueur"

Autor(en): **Seifert, Elisabeth / Heim, Bea**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : revue spécialisée**

Band (Jahr): **10 (2018)**

Heft 4: **Stratégies de santé : en quoi les EMS sont-ils concernés?**

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-841474>

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.

Financement des soins - Bea Heim, spécialiste des questions de santé, dresse le bilan

«La Confédération doit améliorer la législation en vigueur»

Spécialiste des questions de santé publique, la conseillère nationale socialiste Bea Heim critique le fait qu'un certain nombre de cantons et de communes ne respectent pas leurs obligations légales en matière de financement des coûts de la santé. Et réclame une plus forte contribution des assureurs.

Propos recueillis par Elisabeth Seifert

Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur en 2011: a-t-il fait ses preuves? En tant que parlementaire, vous l'aviez non seulement approuvé à l'époque mais avez participé à son élaboration...

Bea Heim – Le niveau de couverture des coûts par l'assurance obligatoire des soins (AOS) était alors d'environ 50%. Le financement des coûts résiduels n'était que partiellement couvert. Notre but, grâce à cette révision, était d'assurer la clarté et la sécurité juridique pour les patients comme pour les prestataires, les assureurs et les pouvoirs publics. Avec, au cœur des discussions, un objectif de politique sociale: alléger le poids des frais non couverts assumés par les patients. Une majorité de parlementaires souhaitait par ailleurs éviter d'augmenter la contribution des caisses maladie. D'où les dispositions régis-



La Soleuroise **Bea Heim**, 72 ans, est conseillère nationale socialiste depuis 2003. Spécialiste des politiques de santé publique, elle est membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé et co-présidente de l'Intergroupe parlementaire Soins.

sant les frais résiduels: les montants non couverts par l'AOS et la LAMal sont depuis lors à la charge des cantons.

Critique des associations au Conseil fédéral

La procédure de consultation sur les modifications de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) courait jusqu'à fin octobre. Cette modification a été décidée par le Conseil fédéral en réponse au rapport d'évaluation du nouveau régime de financement des soins. Les associations réunies au sein de la CI Financement des soins, dont Curaviva Suisse, sont très critiques: pour elles, ces mesures sont insuffisantes. Le Conseil fédéral se contente de renvoyer les cantons et les communes à leurs obligations en matière de financement résiduel. Elles regrettent de surcroît qu'il ne propose rien en ce qui concerne l'adaptation des contributions incombant à l'assurance obligatoire des soins (AOS), en arguant de la nécessité d'approfondir la question avant de se prononcer. Il serait incompréhensible, dans le contexte actuel d'évolution des coûts, que le Conseil fédéral propose une baisse des contributions AOS pour les soins à domicile au titre de la neutralité des coûts. Rien ne garantit en effet que des contributions moins élevées des caisses maladie pour les soins à domicile soient compensées par les cantons et les communes. C'est même le contraire en ce qui concerne les EMS, où la hausse des contributions proposée par le Conseil fédéral ne permettra pas de compenser les insuffisances de couverture actuelles du financement résiduel.

Comment jugez-vous l'efficacité des nouvelles dispositions?

Les objectifs en matière de politique sociale ont été atteints, pour l'essentiel. Fixer la contribution AOS a permis d'éviter d'augmenter celle des assurances: c'est ce que souhaitait le Parlement. Mais la part des EMS, des services d'aide et soins à domicile et des pouvoirs publics a été alourdie, car les contributions ne sont pas indexées sur l'évolution des coûts. Et les soins à domicile, à l'heure actuelle, couvrent à peine leurs coûts. Certains cantons imposent aux personnes qui ont besoin de soins une contribution additionnelle plus élevée que celle prévue par la loi, comme des frais de déplacement ou de formation. Le financement du matériel utilisé par les prestataires de soins, EMS ou services à domicile, est mal défini et présente de nombreuses lacunes. Les améliorations à apporter figurent également dans le rapport d'évaluation du financement de soins du Conseil fédéral.

Le gel des montants couverts par l'AOS rendait prévisible l'augmentation des coûts à la charge tant des EMS et des services de soins à domicile que des pouvoirs publics. Une décision prise en toute connaissance de cause?

Nous en avons longuement discuté. Nous avons aussi auditionné les représentants des cantons. L'ampleur de la charge additionnelle ne s'explique pas seulement par l'évolution démographique: elle est également liée au fait que les séjours en hôpital sont de moins en moins longs, et que de plus en plus d'opérations sont réalisées en ambulatoire. Avec pour conséquence davantage de soins toujours plus complexes à assumer par les prestataires de soins à domicile ou une

charge en soins accrue pour les institutions de soins de longue durée.

N'avez-vous pas tout simplement sous-estimé ces augmentations ou vouliez-vous avant tout éviter une hausse des primes?

Le Parlement était conscient du fait que les coûts supplémentaires reviendraient à la charge des cantons. Raison pour laquelle les représentants cantonaux ont été consultés. À cela s'ajoutait la question de savoir quelle forme de financement serait supportable socialement. Celle basée sur les primes individuelles des caisses maladie était peu souhaitable, car elle ne reflète pas les différences de revenus entre assurés. Un financement partiel par l'impôt prend mieux en compte les réalités sociales, qui sont calculées selon les capacités économiques de chacun.

«Notre but était d'assurer la clarté et la sécurité juridique pour les patients et les prestataires.»

Cantons et communes sont en principe tenus d'assumer leur part des coûts liés aux soins, mais le texte de l'actuelle ordonnance est très flou. Quel avait été le raisonnement du Parlement à l'époque, et le vôtre en particulier?

La pratique du Conseil fédéral et des Chambres est de garantir au maximum l'autonomie des cantons. Fondamentalement, le texte légal est clair: «Les coûts résiduels des soins incombent aux cantons.» Ce qui n'est pas clair, par exemple, c'est la distinction entre soins et accompagnement. Or, l'obligation de prise en charge des coûts résiduels ne concerne que les prestations de soins. C'est sur ce point qu'il faut définir des critères uniformes avec les cantons. Ce que relève également le rapport d'évaluation de la Confédération.

Le fait que les dispositions légales ne soient pas claires a pour conséquence que certains cantons n'assument qu'en partie leurs obligations en matière de financement résiduel. À l'heure actuelle, nombreux sont ceux qui fixent des barèmes trop bas ne correspondant pas aux coûts réels. Que préconisez-vous?

L'évaluation des besoins en soins doit être uniformisée au niveau suisse. C'est aussi ce qui ressort du rapport d'évaluation sur leur financement. L'absence actuelle d'instruments d'évaluation des besoins uniformisés favorise en partie des différences de coûts injustifiées. Le souci n'est pas que les cantons édictent des barèmes régulant le financement résiduel, dans un souci de bonne

>>

Les prestations de soins sont de plus en plus complexes, qu'il s'agisse de soins à domicile ou en EMS, et leur financement de plus en plus difficile à assurer.

Photo: Adobe Stock

gestion, mais que cela empêche les EMS et les services de soins à domicile de continuer à assurer des prestations adaptées et selon le niveau de qualité requis.

La fixation de barèmes peut inciter certains cantons à ne pas assumer la totalité des frais résiduels...

Il est de la responsabilité financière des cantons et des communes de vérifier que les prestataires s'acquittent bien de leurs obligations. Les conditions cadres ont pour but d'assurer des soins offrant toutes les garanties de qualité. Ce qui implique donc une surveillance des institutions. Il me semble que la pratique n'est pas encore à niveau dans tous les cantons. Si c'était le cas, nous aurions moins de problèmes de surmédication et des taux d'infection moins élevés.

La base légale actuelle est-elle suffisante pour obliger cantons et communes à assumer pleinement leurs obligations?

Pour moi, le texte actuel, comme les délibérations des Chambres à l'époque de son élaboration, ne laissent aucune place au doute: les cantons sont tenus d'assumer la totalité des coûts résiduels. Le fait que certains d'entre eux ne le fassent pas encore implique que la Confédération doit améliorer les dispositions en vigueur. Mais il importe avant tout de rechercher le dialogue. En s'entendant sur une évaluation des soins uniformisée et une définition commune de ce que signifie «prestations de soins» par rapport à «prestations d'accompagnement».

Même avec un financement résiduel clairement défini, l'augmentation des coûts est aujourd'hui entièrement assumée par l'État. La part de prise en charge des divers prestataires a déjà évolué: ne conviendrait-il pas de s'assurer que les contributions respectives de tous les acteurs impliqués demeurent inchangées?

Oui, c'est mon avis. Les pourcentages financiers assumés respectivement par les pouvoirs publics et par les assureurs maladie doivent rester au taux actuel. Il faut que les montants AOS dévolus aux soins soient indexés sur l'évolution des coûts et des exigences croissantes en la matière. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Le Parlement a rejeté une motion en ce sens: il faudrait pourtant déterminer la façon d'adapter les contributions à l'évolution des coûts.

Faut-il s'attendre à une hausse des primes?

Impossible à prévoir à l'heure actuelle, ni dans quelle mesure le cas échéant. De manière générale, l'augmentation tendancielle des interventions en ambulatoire dans les hôpitaux conduit à toujours plus de soins post-opératoires. Malgré cela, nous devrions globalement parvenir à économiser au niveau du système de santé dans son ensemble.

La compensation des prestations de soins ne doit-elle pas à l'avenir être mieux adaptée à des situations de plus en plus longues et complexes?

C'est un fait: en institution, le financement des soins palliatifs et de la prise en charge de la démence est insuffisant. Les pres-

tations sont certes prises en charge par l'AOS, pour autant qu'elles relèvent du diagnostic ou du traitement d'une maladie et de ses suites. Des enquêtes auprès des directions cantonales de la santé ont montré que le financement est un problème majeur pour la mise en place de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs. Pour financer ce type de soins particuliers et complexes, il faudra adapter la quote-part des assurances.

La contribution AOS est notoirement insuffisante. Cela n'empêche pas le Conseil fédéral de planifier une baisse des tarifs des soins à domicile au 1er juillet 2019 et d'augmenter en parallèle ceux des EMS. Votre opinion?

C'est un mauvais signal du Conseil fédéral en termes de financement. À l'heure actuelle, l'aide et les soins à domicile sont déjà sous-financés à hauteur de -2%. Abaisser la contribution des caisses maladie de 3,6% entraînera un sous-financement total de -5,6%. In fine, ce sont bien les patients et les cantons, respectivement les communes, qui vont devoir assumer de nouvelles hausses de coûts. Baisser les tarifs AOS pour les soins à domicile tout en augmentant ceux de la prise en charge en institution, c'est favoriser le placement anticipé. Ce qui contredit le principe «ambulatoire avant stationnaire» et ne fera qu'augmenter la charge déjà supportée par l'État.

Le coût des soins de longue durée va augmenter ces prochaines années: que peut-on faire?

Il faut renforcer la promotion de la santé et l'autonomie des personnes âgées. J'ai déposé une motion – qui a été acceptée – en ce sens devant les Chambres il y a quelques années, mais rien n'est encore concrétisé au niveau du Conseil fédéral. Promotion Santé Suisse en a cependant fait une de ses thématiques l'an dernier. Il faut aussi encourager une meilleure intégration des personnes âgées dans la société et lutter contre la sur-médication qui augmente le besoin en soins. Il y a urgence.

Les stratégies nationales en matière de démence et de soins palliatifs vont-elles contribuer à faire baisser les coûts, selon vous? Ou les faire encore augmenter?

Adapter les besoins à la situation, y compris pour les soins palliatifs en ambulatoire, permet de faire l'économie de séjours stationnaires évitables. La mise en place d'une véritable stratégie de la démence, qui ne soit pas uniquement centrée sur la prise en charge en institution mais qui intègre également les soins à domicile, permettrait de soulager les proches aidants. Tout cela a un coût, mais bien moindre que celui d'un placement prématuré en institution. C'est désormais acquis: il faut une approche globale des coûts et des besoins liés à la vieillesse. ●

«Ce qui n'est pas clair, c'est la distinction entre accompagnement et soins.»

Texte traduit de l'allemand

Financement des prestations annexes

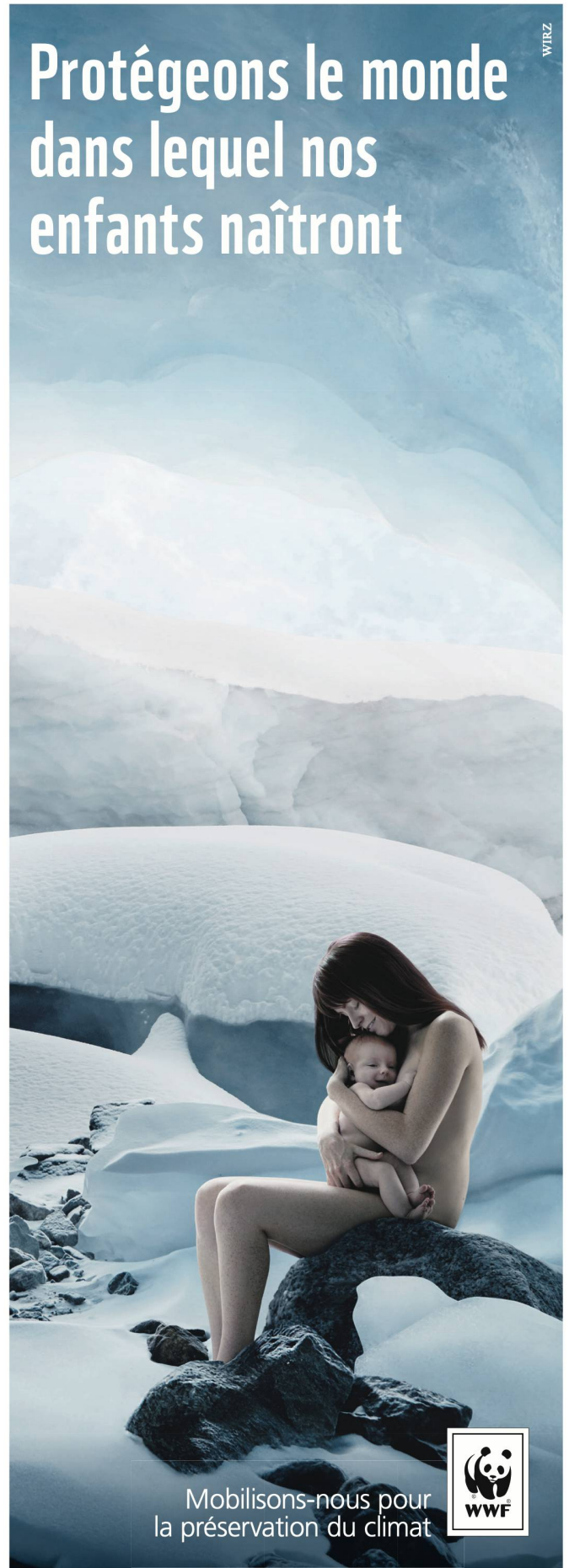
Un arrêt récent du Tribunal administratif fait obligation aux cantons, respectivement aux communes, de financer les coûts des moyens et du matériel de soins (comme les respirateurs et les pompes antidouleur) utilisés par les prestataires de soins stationnaires et ambulatoires. Ce qui contribue à alourdir encore leurs charges. «Il faut que les politiques contrebalancent cette décision du TA en améliorant les dispositions réglementaires actuelles,» estime Bea Heim, qui précise: «Le matériel de soins doit être pris en charge par les caisses maladie. En transférer la responsabilité aux pouvoirs publics ne fera qu'augmenter la charge bureaucratique et génèrera des coûts supplémentaires.» Bea Heim estime par ailleurs que la différenciation actuelle entre les soins auto-administrés par le patient et l'utilisation des moyens et matériel de soins par les professionnels est «inadaptée». Les caisses maladie prennent en charge les premiers mais pas les seconds, qui sont donc assumés par l'État. En réponse à une intervention parlementaire de la commission en charge de cette problématique, le Conseil fédéral examine la possibilité d'une réglementation plus adaptée.

Quel avenir pour les soins aigus et de transition (SAT)?

Le rapport d'évaluation du nouveau régime de financement des soins montre que les soins aigus et de transition (SAT) ne sont que rarement prescrits après une hospitalisation. «C'est une solution insatisfaisante», juge Bea Heim. La durée maximale actuelle des SAT est de 14 jours, ce qui est clairement insuffisant, en particulier pour les patients âgés. Il conviendrait de déterminer dans quelle mesure cette limite prolonge le maintien à l'hôpital et influe sur les pratiques d'orientation des patients par le corps médical. «Clairement, faute de savoir si des SAT seront suffisants, les médecins ont tendance à prescrire une réhabilitation ou des soins courants.» Le financement est un autre problème: contrairement à l'hospitalisation ou à la réhabilitation, pour les SAT, seules les prestations de soins sont couvertes par l'AOS. Les frais d'hôtellerie sont à la charge des patients, qui doivent souvent renoncer, faute de moyens, à un suivi pourtant nécessaire. Cette solution est donc peu utilisée. Bea Heim estime qu'il faut entièrement repenser l'offre de soins et son financement: les SAT doivent être associés à une véritable stratégie de la réhabilitation et des soins gériatriques, intégrant le suivi à domicile. «Plus on parvient à repousser le moment où les soins deviennent indispensables ou très lourds, moins il y a de coûts à la charge des assurances, des prestations complémentaires (PC) ou de l'État, qu'il s'agisse de la Confédération ou des cantons.» Et surtout, cela améliore de manière significative la qualité de vie des patients.

Protégeons le monde dans lequel nos enfants naîtront

WIRZ



Mobilisons-nous pour la préservation du climat

