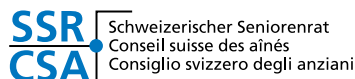


Les revendications de la CI Financement des soins, management summary

Dans les cantons, la mise en œuvre du financement des soins est en partie insatisfaisante. Dans le cadre d'une initiative parlementaire approuvée par les Chambres fédérales, la conseillère aux États Christine Egerszegi demande que soit revu le régime de financement des soins. Les travaux préparatoires pour l'évaluation du financement des soins sont, en outre, en cours à l'Office fédéral de la santé publique.

Les associations regroupés au sein de la Communauté d'intérêts Financement des soins – à savoir Association Spitex privée Suisse ASPS, CURAVIVA Suisse, SBK/ASI, senesuisse, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile ASSASD, Association Alzheimer, Intégration Handicap, Parkinson Suisse, Conseil suisse des aînés SSR-CSA et Conférences des ligues de santé GELIKO – ont résumé leurs exigences communes relatives à l'initiative parlementaire:



1. Financement des prestations de soins

Financement résiduel des coûts des soins

De nombreux cantons et communes assument de manière insuffisante leur devoir de financement résiduel des coûts des soins. Conséquences: répercussion des coûts sur les patientes, risque de lacunes dans la prise en charge des soins à domicile et pertes ou subventionnements croisés pour les EMS.

Revendication

Le législateur doit préciser que les cantons doivent prendre en charge intégralement les coûts résiduels des prestations de soins dispensées sur leur territoire.

Adaptation des cotisations AOS à l'évolution des prix

Les contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont demeurées inchangées depuis 2011 – et ce, bien que associations de soins à domicile et les EMS soignent de plus en plus de patient-e-s aux maladies complexes. Conséquences: mise à contribution disproportionnée des cantons, répercussion des coûts sur les patient-e-s et risque d'érosion de la qualité.

Revendication

Les contributions de l'AOS doivent être adaptées annuellement à l'évolution des coûts du système de santé.

Protection tarifaire

Certains départements de la santé et certaines communes recommandent de facturer, en complément de la contribution du patient, les frais de déplacement.. Conséquences: répercussion de coûts sur les patient-e-s et facturation de certains soins en EMS à titre de prestations d'accompagnement.

Revendication

Le Parlement exige clairement le respect de la protection tarifaire également dans le cadre des soins ambulatoires ainsi que la prise en charge intégrale par les cantons de l'ensemble des coûts afférents aux soins dispensés sur leur territoire.

Participation des patients

Il existe trop de variantes à la participation des patient-e-s, leur comparabilité est très limitée et la charge administrative correspondante est considérable. Une participation élevée des patients pousse ceux-ci à renoncer pour des raisons financières à des prestations de soins indispensables, ce qui entraîne une sollicitation excessive des parents qui prodiguent soins par eux-mêmes.

Revendication

La participation des patient-e-s doit être limitée à un maximum de 10% de la contribution maximale aux coûts des soins fixée par le Conseil fédéral. La perte de recettes doit être compensée par le biais du financement résiduel. La participation des patient-e-s aux soins ambulatoires doit être définie.

Financement du matériel de soins et des prestations annexes

Selon l'interprétation de la LAMal par l'OFSP, les coûts de matériel et les coûts des prestations annexes ne peuvent pas être facturés à l'assureur maladie. Conséquences: achat de matériel trop onéreux, visite chez le médecin à la seule fin de se procurer des prestations impliquant du matériel, charges administratives et organisationnelles supplémentaires.

Revendications

Dans le domaine des soins de longue durée, les moyens et les appareils ainsi que le matériel de soin doivent être remboursés aux prestataires de soins ambulatoires et stationnaires. Les EMS doivent être admis comme fournisseurs de prestations pour les médecins, les médicaments et les thérapies.

2. Patients hors canton, soins aigus et transitoires (SAT), allocation pour impotent

Patients hors canton

Le financement résiduel concernant les patient-e-s hors canton n'est pas suffisamment réglementé dans la LAMal. Conséquences: répercussions des coûts sur les patient-e-s (hors canton), restriction de la mobilité et de la liberté d'établissement.

Revendications

La LAMal doit réglementer à quel canton il incombe de prendre en charge le coût résiduel de soins ambulatoires et stationnaires engendrés hors du canton de domicile. Les cantons doivent également reconnaître mutuellement leurs plafonds des coûts des PC pour les frais journaliers de séjour en EMS ainsi que les coûts des soins du canton de résidence. Pour le domaine ambulatoire, le financement sur le lieu de séjour doit s'appliquer. Pour les EMS, le dernier lieu de domicile avant l'admission en EMS doit être compétent pour le financement des coûts de soins.

Soins aigus et de transition (SAT)

Des SAT ne sont que rarement prescrits. Motif: la durée maximale de 14 jours n'est pas suffisante pour la majorité des patient-e-s.

Revendications

Les soins aigus et de transition doivent être remboursés pendant six semaines conformément aux règles du financement hospitalier. Si besoin est, ils doivent pouvoir être prolongés à une reprise de six semaines. Les prestations de soins aigus et de transition dans les EMS doivent être remboursées selon les règles du financement hospitalier, y compris les frais d'hôtellerie et d'encadrement.

Allocation pour impotents

Lorsque des patient-e-s bénéficient d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS, les assureurs maladie réduisent partiellement leur prise en charge du coût des soins en raison d'une prétendue surindemnisation. Ce calcul ne prend pas en compte le dédommagement de proches apportant des soins.

Revendication

Le dédommagement des proches apportant des soins doit être pris en compte dans le calcul d'une surindemnisation.

3. Évaluation des besoins, distinction entre soins et encadrement, financement du logement encadré

Évaluation des besoins

Dans les EMS sont utilisés trois outils d'évaluation des besoins. Ces instruments n'illustrent pas les situations de soins de manière identique. L'évolution du profil des patients (pathologies plus complexes, démences, soins palliatifs) a pour conséquence que le plus haut niveau de soins envisagé (plus de 220 minutes) est, dans de nombreux cas, bien inférieur aux besoins effectifs. Dans les soins ambulatoires, RAI-Home Care domine, mais d'autres instruments existent également. Une uniformisation est souhaitable eu égard à l'eHealth.

Revendications

Tous les instruments d'évaluation des soins utilisés dans le domaine des soins stationnaires de longue durée doivent refléter de manière identique des situations égales. Le système doit être élargi, passer de six à 18 niveaux de 20 minutes (jusqu'à atteindre un besoin en soins de plus de 340 minutes par jour), et doit être rémunéré en conséquence par un montant plus élevé. Des critères pour des instruments d'évaluation reconnus doivent être déterminés pour les soins ambulatoires, à moins de fixer RAI-Home Care comme unique processus d'évaluation des besoins.

Distinction entre soins et encadrement

La mesure et la délimitation des coûts d'encadrement entraînent une charge de travail importante. Conséquences: les patients souffrant de démence et ceux requérant des soins palliatifs, pour qui la prise en charge liée à la maladie est insuffisamment prise en compte, payent souvent eux-mêmes de tels coûts par le biais des taxes d'encadrement. Une prise en charge complète des coûts résiduels de soins par les cantons entraînerait cependant la caducité du transfert du coût de soins à l'encadrement, transfert qui engendre des violations de la protection tarifaire.

Revendications

La mesure des besoins en soins doit être résolue de façon simple sur le plan administratif. Le financement résiduel par les cantons doit être garanti. Pour les situations d'encadrement fréquentes, en particulier pour les personnes souffrant de démence, un financement approprié doit être assuré.

Financement du logement encadré

D'un point de vue financier, le logement encadré réunit les avantages des soins ambulatoires et stationnaires. Il faut donc adapter la loi fédérale sur les prestations complémentaires (LPC) afin que les personnes ne requérant que peu de soins puissent vivre dans des logements adaptés, cela en dépit des coûts supplémentaires engendrés, au lieu d'être placées prématurément dans un EMS encore plus onéreux (mais financé intégralement).

Revendications

Le Conseil fédéral fixe la définition du logement encadré : logement adapté aux aînés et aux personnes avec handicap avec un service d'appel d'urgence 24h sur 24 sont garantis. L'octroi d'une allocation pour impotent ne doit en outre pas être nécessaire pour pouvoir bénéficier d'un logement encadré en tant qu'aîné ou que personne avec handicap.

Renseignements détaillés: voir la prise de position sur le financement des soins.

Bureau CI Financement des soins, Beatrice Mazenauer, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Sulgenauweg 38, 3000 Berne 23, tél. : 031 381 22 81

Berne, le 23 avril 2015