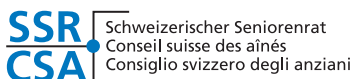
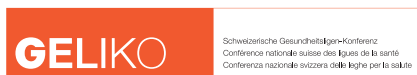


# Prise de position financement des soins

La CI Financement des soins (ASPS, Curaviva, SBK, Senesuisse, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Association Alzheimer Suisse, Intégration Handicap, Parkinson Suisse, Conseil suisse des aînés SSR-CSA et Conférence nationale suisse des ligues de la santé GELIKO) rassemble les demandes de l'Iv.pa. 14.417 « Amélioration du financement des soins » à l'intention de la Commission CSSS-E sous la direction de Mme la conseillère aux Etats Christine Egerszegi.



## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| 1. Financement résiduel des coûts des soins.....   | 3  |
| 2. Adaptation des contributions de l'assurance obligatoire des soins au développement des coûts..... | 5  |
| 3. Protection tarifaire.....   | 7  |
| 4. Patient/es hors canton.....   | 8  |
| 5. Participation des patients aux soins ambulatoires.....  | 10 |
| 6. Évaluation des besoins.....   | 11 |
| 7. Soins aigus et transitoires.....  | 12 |
| 8. Différenciation soins et assistance dans les homes médicalisés.....                               | 13 |
| 9. Financement du matériel de soins et des prestations annexes.....                                  | 14 |
| 10. Allocation pour impotent.....  | 15 |
| 11. Financement du logement assisté.....   | 16 |

## 1. Financement résiduel des coûts des soins

### **Demande 1 (v. également Demande 3)**

Le législateur précise dans l'article 25a al. 5 LAMal que les cantons doivent intégralement prendre en charge la totalité des coûts résiduels avérés provenant de leurs territoires et liés aux prestations de soins, p. ex. comme suit :

Article 25a al. 5 phrase 2 LAMal (nouveau) :

*« Les cantons règlent le financement résiduel avéré des prestations de soins. Le Conseil fédéral établit des critères uniformisés visant à calculer et fixer les coûts intégraux ainsi que, de manière complémentaire, à financer l'obligation de soins en ambulatoire. »*

Les critères pour la détermination du financement résiduel sont :

- a) Le financement résiduel comprend la totalité des coûts des soins. La protection tarifaire (art. 44 LAMal) est à respecter.
- b) Le calcul des coûts intégraux se fait sur la base de la totalité des coûts liée à la prestation de soins.
- c) Égalité de traitement de toutes les organisations (stationnaires et ambulatoires) ayant une autorisation cantonale d'exploiter.
- d) Outre l'obligation de soins, l'obligation de formation et d'autres missions des pouvoirs publics doivent être suffisamment indemnisées.

De nombreux cantons et communes ne respectent pas ou de manière insuffisante leur devoir de financement résiduel des coûts des soins (art. 25a al. 5 LAMal) en ambulatoire ou en stationnaire. La formulation « Les cantons règlent le financement résiduel » a créé la base pour 26 solutions dans la LAMal. Comme une partie des cantons délègue la prise en charge des coûts résiduels aux communes (p. ex. LU), la situation réelle s'avère encore plus floue. Le législateur fédéral doit au moins établir des critères pour parvenir à un calcul le plus uniformisé possible du financement résiduel.

Certains cantons financent entièrement les organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif au moyen de contributions globales ou de la couverture du déficit tandis que d'autres au contraire remboursent leurs coûts en fonction de la prestation par heure de soins sur la base de coûts normatifs parfois fixés à un niveau trop bas.

Le financement résiduel en fonction de la prestation est accordé (parfois avec d'autres conditions : BE, NE, VD), indemnisé en partie seulement (FR, TI, VS) ou entièrement refusé (p. ex. AI, AR, BL, GE, GL, OW, SO) aux organisations d'aide et de soins à domicile à but lucratif et aux infirmiers et infirmières indépendants suivant la prestation.

Une indemnisation différente des coûts résiduels des prestataires ambulatoires est cependant nécessaire en ce qui concerne l'obligation de soins. Les organisations d'aide et de soins à domicile (indépendamment de leur forme et de l'organisme responsable) doivent être suffisamment financées pour pouvoir satisfaire cette obligation de soin. À défaut, on court le risque d'un déficit de soins car des interventions non rentables cessent d'être prises en charge. D'autres missions des pouvoirs publics ainsi que l'obligation de formation doivent être assimilées à l'obligation de soins.

Dans le secteur stationnaire, les cantons ou les communes fixent les coûts imputables pour les soins à un niveau bas ne correspondant pas à la réalité et ne permettant donc pas de couvrir les coûts (p. ex. le canton AG avec des coûts normatifs en 2015 de 60.30 francs par heure de soins). Selon la statistique SOMED, quelque 600 homes dégagent un bénéfice de près de 220 millions de francs, tandis qu'environ 950 homes subissent une perte de plus d'un demi-milliard; au total dans toute la Suisse, les coûts non couverts des homes médicalisés atteignent entre 250 et 300 millions de francs. Par conséquent, les coûts des soins actuellement non couverts malgré la protection tarifaire doivent faire l'objet d'une subvention croisée et être répercutés sur les pensionnaires des homes médicalisés.

## 2. Adaptation des contributions de l'assurance obligatoire des soins au développement des coûts

### Demande 2

Le principe de l'adaptation annuelle par rapport au développement des coûts dans le domaine de la santé doit figurer dans la LAMal. L'OPAS doit être modifiée comme suit :

Art. 7a al. 4 OPAS (nouveau) :

«Les contributions de l'assurance selon l'art. 7a lettres 1 et 3 doivent être adaptées chaque année au développement des coûts dans le domaine de la santé. Il convient ici de tenir compte du nombre croissant de patients avec des pathologies complexes.»

Art. 7a al. 3 OPAS (complément) :

Le système doit être étendu de six niveaux de 20 minutes à 18 niveaux (jusqu'à des besoins en soins de plus de 340 minutes par jour) et indemnisé par une contribution proportionnellement plus élevée.

Si ce complément est adopté, la participation des patients selon l'art. 25a al. 5 LAMal doit parallèlement être réduite à 10 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (cf. chiffre 5).

Les contributions de l'assurance-maladie (AOS) selon l'art. 7a al. 1 et al. 3 OPAS demeurent inchangées depuis 2011. Il manque un mécanisme de vérification et d'adaptation des contributions. Depuis 2011, la structure des patients dans les homes médicalisés et en ambulatoire a fortement évolué. Les soins sont devenus plus exigeants, du personnel plus qualifié s'est avéré nécessaire et les frais de personnel ont progressé.

Dans les soins ambulatoires, il y a de plus en plus de patient/es présentant des pathologies plus complexes et des maladies plus aiguës, car la durée d'hospitalisation diminue et les placements en institution interviennent toujours plus tard. Les admissions plus tardives modifient également la structure des patients dans les homes médicalisés; la majorité des pensionnaires ont énormément besoin de soins. En conséquence, du personnel plus qualifié avec des salaires plus élevés a été engagé à la fois en ambulatoire et en stationnaire afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patient/es. Sans cela, il existe un risque d'érosion de la qualité au détriment des patient/es. A cela s'ajoute l'augmentation des investissements concernant la garantie de la qualité, la cybersanté ainsi que la formation initiale et continue.

La structure modifiée des patient/es dans les établissements médico-sociaux (EMS) (pathologies plus complexes, maladies démentielles, soins palliatifs) conduit à ce que dans de nombreux cas, le niveau de soins requis le plus élevé selon l'art. 7a al. 3 OPAS (plus de 220 minutes) est bien inférieur aux besoins en soins réels. Les patient/es en soins intensifs ne sont pas assez pris en compte dans le système actuel et pour cette raison insuffisamment financés. Les patient/es avec des besoins en soins largement supérieurs à 4 heures par jour ont beaucoup de difficultés à obtenir une place en EMS, sauf si les pouvoirs publics garantissent un financement supplémentaire. Seuls les patients disposés à payer eux-mêmes une partie des soins et des frais de prise en charge peuvent se permettre de choisir librement un home et les meilleurs soins possibles.

Si le niveau de soins requis le plus élevé en stationnaire selon l'art. 7a al. 3 OPAS est rehaussé de 50 %, la contribution des personnes assurées aux coûts de soins non couverts selon l'art. 25a al. 5 LAMal (20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral) augmentera également de 50 %. Afin d'éviter ce scénario concrètement non justifié, il convient à titre de mesure d'accompagnement de baisser la contribution des personnes assurées selon l'art. 25 al. 5 LAMal (cf. à ce sujet les propositions au chiffre 5).

Si les contributions des assureurs (art. 7a al. 1 et al. 3 OPAS) ne sont pas adaptées chaque année au développement des coûts du domaine de la santé (en particulier qualification supérieure du personnel associée à des coûts salariaux plus élevés), cela entraîne une charge proportionnellement excessive sur les cantons en tant que financeurs résiduels. Si au contraire les cantons refusent de supporter la totalité du financement résiduel (ce qui arrive couramment), une partie des coûts des soins est facturée aux patient/es au titre de l'assistance. Si les contributions des assureurs étaient adaptées chaque année, les patient/es participeraient également à l'augmentation des coûts via la participation aux coûts des patients.

### 3. Protection tarifaire

#### Demande 3

Le Parlement fédéral estime de façon claire et sans équivoque que la protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal s'applique également aux soins ambulatoires et que les cantons sont tenus de financer intégralement tous les coûts de soins provenant de leur territoire conformément à l'art. 25 al. 5 LAMal (v. à ce sujet Demande 1).

Le législateur voulait sauver la «protection tarifaire» grâce à la nouvelle répartition des coûts de soins (contribution AOS, participation des patients, financement résiduel des cantons), «Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral» (LAMal art. 25a al. 5), plus la quote-part et la franchise.

Depuis peu, certaines directions cantonales de la santé et communes recommandent aux organisations d'aide et de soins à domicile de facturer notamment les suppléments de déplacement, de nuit ou de dimanche aux patient/es sous prétexte que depuis l'introduction du nouveau financement des soins, la protection tarifaire ne s'appliquerait plus. Les assureurs-maladie ne payeraient plus un tarif mais une contribution, la protection tarifaire ne s'appliquerait donc plus, selon eux.

De nombreux cantons relèvent leurs exigences pour les homes médicalisés (p. ex. réglementation applicable au personnel, taille des chambres, prescriptions en matière d'infrastructures, obligation de formation, etc.). Dans le même temps, l'ancien plafond des coûts normatifs de soins est conservé, voire baissé. Ou alors les pouvoirs publics refusent la prise en charge du financement résiduel en argumentant que les homes ne sont pas dirigés de manière rentable et efficace. Les homes médicalisés ne sont pas en mesure de prouver qu'ils ne peuvent pas être encore plus efficaces et ainsi davantage rentables. Pour cette raison, ils se retrouvent à la merci des cantons et confrontés au reproche de la «non-rentabilité». Afin de couvrir les coûts, certaines mesures de soins sont facturées aux patient/es comme prestations d'assistance.

## 4. Patient/es hors canton

### Demande 4

La LAMal prévoit quel canton prend en charge le financement résiduel en cas de soins ambulatoires et stationnaires en dehors du canton de résidence. Les catégories suivantes sont à prendre en compte dans cette réglementation :

- Patient/es qui s'installent dans un home médicalisé « hors canton » (le financement des coûts résiduels devant être réglé indépendamment du lieu où ont été déposés les documents de séjour).
- Patient/es qui se font soigner en ambulatoire de manière temporaire hors canton (p. ex. séjour chez des parents ou séjour de vacances à l'hôtel).
- Patient/es qui nécessitent régulièrement des soins ambulatoires hors canton (soins ambulatoires sur le lieu de travail « hors canton »).

Afin d'empêcher les déficits de financement, les cantons doivent reconnaître sur le plan intercantonal leurs plafonds définis en termes de prestations complémentaires des frais de home journaliers ainsi que les coûts de soins du canton concerné. Si les cantons ne se mettent pas d'accord dans les 2 ans, le Conseil fédéral fixera les plafonds en termes de prestations complémentaires pour les séjours en EMS.

Pour le secteur ambulatoire, le financement sur le lieu de séjour est plus avantageux car il relève également du financement global et de la surveillance de ce canton. Concernant les EMS, le dernier domicile avant le placement en institution est déterminant pour le financement des coûts de soins et une coordination avec la prestation complémentaire pour les coûts de séjours doit être assurée.

Le financement résiduel pour les patient/es hors canton n'est pas suffisamment réglé par la LAMal tant pour les pensionnaires des EMS (canton de résidence précédent ou nouveau canton de résidence/séjour) que pour les patient/es des services d'aide et de soins à domicile séjournant en dehors du canton de domicile.

13 cantons ne prennent pas en charge les coûts résiduels lorsque des patient/es domiciliés dans un autre canton bénéficient de soins en ambulatoire dans leur canton. La plupart des organisations d'aide et de soins à domicile dans ces cantons facturent désormais les coûts résiduels aux patient/es hors canton. D'une part, parce que huit des autres cantons refusent de payer le financement résiduel à une organisation d'aide et de soins à domicile d'un autre canton. D'autre part, parce que la charge administrative est très élevée pour le collaborateur d'un service d'aide et de soins à domicile souhaitant identifier le service responsable du financement résiduel dans un autre canton ou une autre commune. Pour cette (seconde) raison, le canton de séjour (et non le canton de domicile) devrait supporter les soins ambulatoires dans le cas de patient/es hors canton.

Le Tribunal fédéral (ATF 9C\_54/2014) a imposé en janvier 2015 dans un cas particulier concernant les cantons OW et NW la responsabilité du lieu où se situe l'EMS quant au financement résiduel et admis que l'habitante avait élu domicile sur le site de l'établissement. Le problème est que les prestations complémentaires doivent être payées par le canton d'origine.



Parce que jusqu'à présent dans de nombreux cas ni le canton d'origine ni le nouveau canton de séjour ne veulent assumer les coûts résiduels des soins, la liberté d'établissement se trouve restreinte lorsqu'on vieillit. Même si l'arrêt du Tribunal fédéral susmentionné était appliqué dans chaque canton, les personnes nécessitant des prestations complémentaires n'auraient toujours aucune garantie que les coûts de séjour dans un EMS hors canton puissent être payés à cause des différents plafonds de prestations complémentaires dans le tarif de l'EMS suivant les cantons. Comme ni le financement résiduel des coûts des soins ni le paiement des coûts de séjour (pour les personnes ayant besoin de prestations complémentaires) ne sont garantis, les EMS doivent souvent refuser la prise en charge de patient/es hors canton par manque de coordination.

## 5. Participation des patients

### Demande 5

Art. 25a al. 5 LAMal phrase 1 à compléter :

« ... répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 10 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral... »

Le Conseil fédéral doit fixer les modalités concernant les soins ambulatoires et réduire ainsi à deux possibilités les nombreuses variantes d'organisation cantonales et communales (p. ex. aucune participation et 10 % fixe sur la base de la contribution maximale s'élevant actuellement à 79.80 francs par jour).

Le déficit de recettes dans le secteur ambulatoire doit être compensé par le biais du financement résiduel.

Les cantons ont mis en œuvre 26 variantes de participation des patients dans le secteur ambulatoire, parfois avec des différences d'une commune à l'autre (SH, GL) : les solutions fluctuent entre CHF 15.95 par jour et même aucune participation des patients. Si un canton épuise la participation maximale des patients, un/e patient/e des services d'aide et de soins à domicile vulnérable doit alors payer lui-même jusqu'à CHF 5860.– par an pour les soins ambulatoires, en plus de la franchise et de la quote-part. Tout au plus ces coûts sont couverts par les prestations complémentaires, ce qui n'est souvent pas le cas chez les personnes en âge AI.

De plus en plus de patient/es renoncent à des prestations de soins prescrites par des médecins et indiquées sur le plan médical pour des raisons de coûts. Cela entraîne à moyen terme un surmenage des proches soignants et/ou un déficit de soins des patient/es : des patient/es sont laissés à l'abandon et doivent être admis à l'hôpital en urgence ou placés prématurément dans un EMS. Les choses sont encore compliquées par le fait que les cantons et communes suppriment les contributions publiques aux prestations d'aide au ménage et d'encadrement social au détriment des patient/es (p. ex. canton de Berne). Une intervention parlementaire à ce sujet est notamment en suspens dans le canton de Zurich.

Les nombreuses variantes d'application entraînent des charges administratives considérables. A titre d'exemple, 8 des principaux fournisseurs de logiciels pour services d'aide et de soins à domicile doivent ainsi programmer les multiples variantes en matière de facturation : en effet « 10 % des coûts » sont définis par les cantons comme « CHF –.67 par 5 min. » ou « CHF –.65 par 5 min. » ou effectivement 10 % du montant facturé. À cela s'ajoute le fait que l'AA, l'AI et l'AM ne prévoient pas de participation des patients.

Dans le secteur stationnaire, la diversité cantonale n'est pas aussi marquée : la plupart des cantons appliquent le taux de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (actuellement 21.60 francs par jour). Si la contribution maximale au sens de l'art. 7a al. 3 OPAS augmente massivement consécutivement à la proposition de hausse de six niveaux supplémentaires de soins requis (cf. demande au chiffre 2), la participation aux coûts des personnes assurées doit alors être redéfinie en vertu d'une mesure d'accompagnement afin d'éviter un transfert des coûts significatif au détriment des assurés. La participation aux coûts en ambulatoire et en stationnaire ne doit pas dépasser 10 % de la contribution maximale des assureurs.

## 6. Évaluation des besoins

### Demande 6

Tous les outils de mesure des soins employés dans le secteur stationnaire longue durée doivent représenter de manière identique une même situation de soins.

Il convient d'établir des critères pour les outils de mesure des soins reconnus dans le domaine ambulatoire ou bien de déterminer RAI-Home Care comme procédure d'évaluation des besoins (art. 33 lettre h OAMa).

Les critères pertinents sont notamment :

- L'outil saisit l'état clinique du patient, son environnement social et son entourage :
  - structuré
  - standardisé.
- Il est important pour les pratiques cliniques,
- permet de déduire le besoin en soins et les prestations de soins qui en découlent
- et se prête à la garantie de la qualité (efficacité, résultats).
- Il satisfait aux exigences de validité et de fiabilité.
- Le temps d'utilisation nécessaire est proportionnel à la prestation à fournir.

L'évaluation structurée et standardisée de l'état clinique du patient, de son environnement social et de son lieu de résidence est obligatoire et contribue à la transparence de la prestation. Il est par conséquent généralement reconnu à l'heure actuelle qu'un outil d'évaluation fiable et produisant des données valides doit être utilisé. En ce qui concerne l'introduction de E-Health, de l'échange électronique de données avec les assureurs ou de la garantie de la qualité, la définition de la procédure relative à l'évaluation des besoins est un avantage (art. 33 lettre h OAMa). Le législateur fédéral doit au moins être tenu de fixer pour le secteur ambulatoire des critères clairs et uniformes concernant l'outil d'évaluation des besoins. La concurrence doit avoir lieu au niveau des prestations et non pas des outils. Les prescriptions de la version actuelle de l'OPAS ne suffisent pas.

RAI-HomeCare est utilisé sur tout le territoire dans 19 cantons, à plus de 80 % dans quatre cantons (AG, ZH, NE, SH) et entre 50-80 % dans trois cantons (BE, VD, VS). RAI-HC remplit les critères évoqués plus haut.

A l'heure actuelle, trois systèmes reconnus de mesure des besoins en soins sont utilisés dans les homes médicalisés : BESA, RAI/RUG et Plaisir. Ce choix entre différents instruments doit être conservé; la définition d'un instrument unique restreindrait le marché et engendrerait des dépenses d'adaptation.

## 7. Soins aigus et transitoires

### Demande 7

Art. 25a al. 2 LAMal (nouveau)

*«...durant six semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (...). Les soins aigus et transitoires peuvent être prolongés une fois de six semaines sur prescription du médecin. Les assureurs et fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.»*

Art. 25a al. 2a OPAS (nouveau):

*«Les prestations en soins aigus et transitoires fournies en home médicalisé sont indemnisées selon les règles du financement hospitalier ainsi que des coûts de résidence et d'assistance.»*

L'objectif prioritaire des soins aigus et transitoires est d'offrir aux patient/es à la suite d'un séjour hospitalier une transition qui corresponde à leurs besoins médicaux ou psychiatriques et à leur convalescence, afin qu'ils/elles retrouvent leur autonomie au quotidien. Les soins aigus et transitoires peuvent également abréger a priori un séjour en hôpital de soins aigus. La durée maximale de 14 jours introduite en 2010 en Conférence de conciliation par le Parlement ne correspond aucunement aux besoins médicaux ou psychiatriques. L'introduction des soins aigus et transitoires a supprimé les soins de transition dans les hôpitaux de soins aigus en les remplaçant par les soins aigus qui sont rarement prescrits.

L'expérience montre que de nombreux patient/es âgé/es et multimorbides sont encore largement dépassés par leur situation après 14 jours de soins aigus et transitoires. Les besoins en soins et en assistance des patient/es varient fortement selon l'état médical. Une prolongation unique apparaît donc comme nécessaire le cas échéant. Le financement actuel des soins aigus et transitoires ne permet pas aux patients de bénéficier de l'offre des soins aigus et transitoires en stationnaire car ils doivent payer eux-mêmes leur séjour en EMS. Une prolongation du séjour hospitalier est donc plus avantageuse.

Les soins aigus et transitoires sont rarement prescrits. En 2013, ils représentaient 20 000 heures en ambulatoire, soit 0,2 % des 12 000 000 d'heures de prestations de soins ambulatoires comptabilisées. Au lieu des «soins aigus et transitoires», on prescrit souvent des soins ambulatoires «normaux» s'il apparaît déjà à la fin du séjour hospitalier que plus de deux semaines de soins seront nécessaires pour accéder à l'autonomie au quotidien.

Concernant les soins aigus et transitoires, il conviendrait d'élaborer des concepts spécifiques, de négocier des tarifs et de définir des procédures avec les hôpitaux.

## 8. Différenciation soins et assistance dans les EMS

### **Demande 8 (v. également Demande 2–4)**

L'évaluation des besoins en soins doit être résolue de manière simple sur le plan administratif. Il faut donc reconnaître que dans la pratique, la limitation des « soins AOS » est déjà difficile en soi et qu'une saisie encore plus minutieuse ou encore une évaluation supplémentaire des « besoins en soins » entraîne un travail énorme pour un bénéficiaire négligeable.

Pour les situations fréquentes d'assistance avec une charge particulière supplémentaire, un financement approprié doit être assuré: cela vaut en particulier pour les personnes atteintes de démence et les patients en soins palliatifs dont la charge liée à la maladie n'est pas assez représentée dans les coûts de soins avérés et par conséquent payée par les concernés via les taxes d'encadrement.

Si le financement résiduel est réglementé clairement et sans équivoque (v. chiffres 2–4), les fournisseurs de prestations ne seront plus obligés de déplacer les coûts de soins sur l'assistance pour éviter de faire faillite. Dès lors qu'une prise en charge intégrale des coûts de soins résiduels par les cantons sera garantie, il n'y aura plus de risque de subventions croisées en violation de la protection tarifaire. Cela permettra d'éviter l'évaluation et la limitation des « coûts d'assistance » qui ne sont réalisables qu'en fournissant un travail considérable. Concernant le partage des coûts, seule la limitation des « coûts de soins AOS » est déterminante (les « coûts de séjour » restants étant payés entièrement par les patient/es), ce qui est déjà le cas avec les outils d'évaluation des soins existants et ne doit donc pas être complété par une autre évaluation dispendieuse.

Dans certaines situations de soins, les « coûts de soins » sont particulièrement difficiles à justifier. Par exemple, les coûts liés aux maladies démentielles et aux soins de base pour les patients en soins palliatifs ne peuvent qu'être insuffisamment justifiés comme « soins selon LAMal ». Une partie de ces soins n'est donc ni financée par l'assureur-maladie ni par les pouvoirs publics. Les malades atteints de démence sont obligés (malgré un niveau de soins parfois plus bas) d'accepter une place en EMS où ils doivent payer eux-mêmes des prestations liées à la maladie en tant que prestations d'« assistance ». Par rapport à d'autres maladies, ces patient/es bénéficient d'un financement bien moins avantageux. Il en va de même pour le temps élevé consacré aux prestations destinées aux patient/es en soins palliatifs.

En conséquence, ce financement insuffisant se répercute d'une part sur le temps imparti aux soins des personnes malades au sein de l'EMS, tout en limitant d'autre part de plus en plus l'accès à des places de soins appropriées pour les personnes souffrant de démence et les patient/es en soins palliatifs.

## 9. Financement du matériel de soins et des prestations annexes

### Demande 9

Les moyens et appareils selon la Lima et les matériels de soins doivent être indemnisés aux fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires de soins longue durée.

Complément art. 25a LAMal par un alinéa supplémentaire (ou art. 52 al. 2 LAMal):

« L'assurance supporte les coûts pour le matériel de soins ainsi que les moyens et appareils destinés aux soins ambulatoires et stationnaires selon l'art. 25a al. 1 LAMal. »

Les homes médicalisés doivent être autorisés en tant que fournisseurs de prestations médicales, pharmaceutiques et thérapeutiques.

Selon l'interprétation de la LAMal par l'OFSP, les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile et le personnel infirmier indépendant ne sont pas habilités à facturer des coûts de matériel aux assureurs-maladie. C'est également le cas si le matériel figure dans la Lima et peu importe s'il est utilisé durant les soins (p. ex. pour soigner une plaie) ou s'il est délivré au patient pour son usage personnel.

Il arrive actuellement que des patient/es aient à consulter le médecin de famille ou un service hospitalier ambulatoire pour des prestations de soins, alors que ces dernières pourraient être fournies en qualité par des organisations d'aide et de soins à domicile ou du personnel soignant indépendant (p. ex. lavements d'intestins ou mise en place d'un cathéter veineux périphérique – Venflon).

La consommation de matériel de soins est plus importante en ambulatoire car les pathologies sont plus complexes et aiguës. Différentes organisations d'aide et de soins à domicile ont délégué l'achat de matériel à des tiers (p. ex. une pharmacie). Ces derniers livrent aux patient/es à domicile le matériel dans l'emballage d'origine. Les infirmiers/ères se servent dans le matériel acheté ainsi. Parfois, cette méthode d'achat de matériel par un tiers ne s'avère pas judicieuse. Dans le soin des plaies par exemple, il faut que le matériel de soins soit directement disponible sur place si une plaie évolue. Souvent, on n'a pas besoin de grandes quantités mais seulement d'une unité.

Dernièrement, les assureurs-maladie contestent (après avoir remboursé sans protester jusqu'ici) que les fournisseurs de prestations puissent facturer des prestations annexes d'après le nouveau régime de financement des soins. Il s'agit là d'une part des prestations fournies par les médecins (médecins employés dans des EMS) et d'autre part des prestations thérapeutiques (thérapeutes employés en physiothérapie, ergothérapie et logopédie, etc.). Les assureurs-maladie refusent également le paiement des médicaments, matériels de soins ainsi que moyens et appareils (Lima) qui sont délivrés aux personnes nécessitant des soins. Si les EMS ne peuvent plus facturer de manière autonome les prestations annexes et les produits Lima aux assureurs-maladie, toute une couverture de santé et de soins y deviendra impossible et les pouvoirs publics seront exposés à des surcoûts considérables.

Dans la mesure où les prestations fournies par des médecins, les thérapies, les médicaments, le matériel de soins et les produits Lima doivent désormais être facturés via le médecin, le thérapeute ou la pharmacie, cela entraîne une charge administrative et organisationnelle supplémentaire qui aura pour conséquence de faire augmenter les coûts.

## 10. Allocation pour impotent

### Demande 10 (allocation pour impotent)

Modification de la définition de la surindemnisation dans l'art. 69 al. 2 LPGA :

*« Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires, une indemnisation équitable pour les dépenses supplémentaires par des proches et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches. »*

En cas de soins ambulatoires de longue durée et intensifs, les assureurs-maladie diminuent toujours plus leurs prestations aux soins infirmiers en indiquant une prétendue surindemnisation provoquée par un recours simultané à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS. Ils ne tiennent donc compte que d'une partie de l'allocation pour impotent (le Tribunal fédéral l'avait exigé dans un précédent jugement car l'allocation pour impotent ne servait pas seulement au financement des soins de base au sens de l'OPAS mais avait également d'autres fins comme la capacité à se déplacer et l'entretien de contacts sociaux) et renoncent à une diminution si la personne assurée peut prouver qu'elle s'expose dans le cas contraire à des coûts de soins non couverts suffisamment élevés (p. ex. en employant des personnes privées).

Si, malgré tout, les soins sont fournis en premier lieu par des membres de la famille et que l'allocation pour impotent est considérée comme indemnisation pour cette activité souvent intensive, les prestations sont cependant réduites : les soins apportés par des membres de la famille ne sont pas pris en compte lors du calcul de la surindemnisation, sauf si les membres de la famille peuvent justifier pour leur part d'une perte de gain (p. ex. résiliation du poste occupé jusqu'ici).

## 11. Financement du logement avec services

### **Demande 11**

Art. 9 al. 5 let. i (nouveau)

Le Conseil fédéral fixe :

- la définition du logement avec services; est ici considérée comme formes de logement adaptées aux personnes âgées et handicapées toute offre de logement assisté pour les personnes âgées ou handicapées qui garantit de manière cumulative les prestations suivantes :
- type de construction adapté aux personnes âgées ou handicapées ;
- service d'appels d'urgence 24 heures sur 24 avec personnel qualifié et temps d'intervention maximal de 30 minutes;

Afin de pouvoir tirer profit d'un logement avec services pour personne âgée ou handicapée, il n'est pas nécessaire que la personne concernée se soit vu accorder une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS.

Art. 10 al. 1 let. a ch. 4 LPC (nouveau)

*« Les montants des ch. 1 – 3 destinés à la couverture des besoins vitaux sont relevés de 50 % dans la mesure où les bénéficiaires vivent dans un logement adapté aux personnes âgées ou handicapées. »*

Art. 10 Al. 1 let. b ch. 4 LPC (nouveau)

*« Les montants des ch. 1 – 3 destinés à la couverture des coûts locatifs et annexes sont relevés de 50 % dans la mesure où les bénéficiaires vivent dans un logement adapté aux personnes âgées ou handicapées. »*

Cela correspond au souhait des patient/es de rester le plus longtemps possible dans l'environnement habituel et sûr. Cela permet de préserver la mobilité et les contacts sociaux. Le logement avec services garantit la prestation des soins nécessaires. Cette solution réunit d'un point de vue économique les avantages de coûts des soins ambulatoires et des EMS. Afin que des personnes puissent vivre le plus longtemps possible dans ce type de logement, il convient d'assurer un service d'urgence téléphonique 24 heures sur 24 offrant une capacité d'intervention très rapide. Les logements adaptés aux personnes âgées et handicapées sont néanmoins coûteux et ne peuvent donc pas être financés avec les loyers maximaux disponibles (même après la hausse résultant de la révision actuelle). La LPC doit être amendée afin que les personnes ayant de faibles besoins en soins puissent vivre dans des logements adaptés en bénéficiant des soins nécessaires malgré les coûts supplémentaires qui en découlent au lieu d'être placées prématurément en EMS pour un coût encore plus élevé (mais financé).

Berne, 25 mars 2015/CI Financement des soins