

23.06.2004 - 12:36 Uhr

Assurance-maladie : le Conseil fédéral lance la procédure de consultation sur le financement des soins

(ots) - Le Conseil fédéral a lancé la procédure de consultation sur la nouvelle réglementation du financement des soins. Dans ce projet, soucieux de relever les défis financiers et sociopolitiques dans ce domaine, il fait porter la discussion sur deux modèles. Ceux-ci se distinguent d'abord par la définition des prestations obligatoirement prises en charge par les caisses et visent à stabiliser l'assise financière de l'assurance-maladie tout en élargissant les prestations complémentaires. La procédure de consultation durera jusqu'au 24 septembre 2004.

Le 25 février 2004, le Conseil fédéral avait décidé dans le cadre de sa planification des réformes de l'assurance-maladie de présenter au Parlement, d'ici la fin de l'année, un message sur la nouvelle réglementation du financement des soins. L'objectif est double : il faut agir, d'une part sur le plan financier en stabilisant les coûts dans ce domaine. Ceux-ci augmentent en fonction de la démographie et ne peuvent aujourd'hui déjà être jugulés que grâce à des tarifs-cadre officiels. D'autre part, sur le plan de la politique sociale, il convient de s'assurer que les personnes âgées nécessitant des soins ne tombent pas dans la pauvreté. Le Conseil fédéral a donc mis deux modèles de financement en consultation :

- **Modèle A** L'idée de base du premier modèle est la suivante : l'assurance-maladie ne procède à un remboursement intégral que dans les cas complexes et, dans des situations simples, elle ne rembourse plus les prestations de soins. Ce modèle tient davantage compte du fait que l'assurance-maladie n'est essentiellement prévue que pour les soins découlant de la maladie, mais pas pour ceux qui sont simplement liés à l'âge. Cette nouvelle conception permettrait à l'assurance-maladie de réaliser des économies. En revanche, des adaptations interviendraient dans les allocations pour impotent de l'AVS qui seraient harmonisées avec la nouvelle réglementation des obligations de prise en charge qui incombent à l'assurance-maladie.
- **Modèle B** Le modèle B, qui repose en grande partie sur un rapport d'experts présenté en juillet 2003, fait la distinction entre le financement des soins " aigus " et celui des soins de longue durée : s'agissant des soins aigus, l'assurance-maladie prend en charge la totalité des coûts des soins selon la LAMal tandis que pour les soins de longue durée c'est uniquement une contribution qui est versée. La limite entre soins aigus et soins de longue durée se base sur un facteur temps : les premiers 90 jours de soins extra-muros sont réputés soins aigus, les jours suivants soins de longue durée. Dans ce modèle, la charge globale de l'assurance-maladie reste la même qu'à l'heure actuelle. Des adaptations de l'AVS ne sont pas prévues.

Les deux modèles stabilisent les prestations de soins de l'assurance-maladie au niveau actuel qui est essentiellement déterminé par les tarifs-cadre. Cette stabilisation entraîne une augmentation des charges des ménages privés. C'est pourquoi une mesure d'accompagnement est prévue dans les deux modèles : élargir le droit aux prestations complémentaires pour les personnes résidant dans des EMS grâce à un relèvement du plafond (actuellement 30 000 francs par an). Dans ce cas de figure, les prestations complémentaires devraient assumer des frais supplémentaires de 236 millions de francs par an.

Les deux modèles de financement reposent sur la décision de principe du Conseil fédéral visant à régler le problème du domaine des soins avec les instruments de politique sociale existants. Ce faisant, le Conseil fédéral renonce en particulier à proposer une assurance de soins séparée.

DÉPARTEMENT FÉD. DE L'INTÉRIEUR

Service de presse et d'information

Renseignements : Daniel Wiedmer, chef a.i. Assurance-maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique, 031 322 95 05

Ordonnance sur la procédure de consultation:www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/index.htm

Annexe : Complément d'information concernant le financement actuel des soins et les modèles de financement proposés

Financement actuel des soins Selon les dispositions légales actuelles, l'assurance-maladie obligatoire prend en charge la totalité des coûts des soins qui doivent être prodigués, y compris dans des EMS ou à domicile (Spitex). Le besoin en soins a tendance à augmenter du fait de la démographie et l'assurance-maladie doit toujours assumer davantage de frais pour les prestations de soins. Afin de mieux juguler cette évolution, des tarifs-cadre ont été établis pour ce domaine en 1998. Ils seront valables jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient satisfait aux prescriptions légales relatives à la transparence des coûts. Concrètement, le 1er janvier 2003, est entrée en vigueur l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). Dès que les prescriptions seront satisfaites, les fournisseurs de prestations pourront demander le plein remboursement des prestations dont le coût est supérieur à ceux prévus par les tarifs-cadre.

Afin de freiner l'explosion des coûts qui accompagne cette évolution, le Conseil fédéral a prévu, dans son message du 26 mai 2004 (message 1A " Stratégie et points urgents "), de reconduire les tarifs-cadre jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation sur le financement des soins par les différentes assurances sociales, puis, après une adaptation des deux types de besoins en soins mentionnés ci-dessus, de les geler.

Modèle A

Description du modèle Le critère pour l'assurance-maladie se fonde sur les soins thérapeutiques ; les soins de base ne seront plus remboursés par les caisses-maladie que dans le cadre d'une thérapie, donc par rapport à la situation actuelle : - dans des situations simples (dans lesquelles exclusivement des soins de base qui peuvent aussi être dispensés par des non professionnels sont nécessaires), l'assurance-maladie ne prend plus de prestations en charge ; un correctif a été proposé : introduire dans l'AVS une allocation pour impotence faible dont bénéficieraient les personnes à domicile ; - dans des situations complexes, l'assurance-maladie prend en charge l'intégralité des coûts tant pour les soins de base que pour les soins thérapeutiques ; un correctif est proposé : supprimer pour les pensionnaires d'EMS l'allocation pour impotence grave ou moyenne de l'AVS, mais la maintenir pour les personnes à domicile (pour les inciter à rester le plus longtemps possible à la maison).

Conséquences financières du modèle A :

- dans l'assurance-maladie : - 63 millions de francs
- dans l'AVS : - 158 millions de francs
- dans les prestations complémentaires : + 236 millions de francs

Glossaire du modèle A : - Soins thérapeutiques : Ils sont tournés vers l'exécution de mesures visant à atteindre un objectif thérapeutique. Ils sont dispensés ou supervisés par du personnel soignant qualifié et encadrés par un médecin. - Soins de base : Ils visent à maintenir les actes ordinaires de la vie que la personne accomplit généralement elle-même et qui concernent six domaines (s'habiller, se déshabiller, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, se laver, aller aux toilettes, se déplacer). - Allocation pour impotent : L'AVS octroie des allocations pour impotent à toute personne assurée qui, du fait de son atteinte à la santé, a besoin durablement de l'aide de tiers ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie. L'allocation pour impotent est une prestation en espèces. L'AVS connaît actuellement deux degrés d'impotence : grave et moyen.

Modèle B

Description du modèle Pour les soins aigus, l'assurance-maladie prend totalement en charge les coûts des soins tandis que pour les

soins de longue durée elle ne les assume qu'en partie (contribution). S'agissant d'une thérapie de longue durée, les soins " aigus " se démarquent des soins de longue durée par le facteur temps qui, selon l'ordre des compétences en vigueur, doit être fixé au niveau de l'ordonnance. Le projet mis en consultation fait porter la discussion sur une limite de 90 jours qui n'est pas absolue et peut, à certaines conditions, être prolongée (proposition du médecin-conseil).

Conséquences financières du modèle B :

- dans l'assurance-maladie : +/- 0 franc
- dans l'AVS : +/- 0 franc
- dans les prestations complémentaires : + 236 millions de francs

Glossaire du modèle B : - Soins aigus : Cette phase se caractérise par une perte généralement passagère de l'autonomie, phase pendant laquelle les soins couvrent les actes ordinaires de la vie du patient. Les soins d'ordre médical qui ont des buts diagnostiques et thérapeutiques ne doivent pas - ou plus - être prodigués en milieu hospitalier. - Soins de longue durée : Cette phase est généralement irréversible et donc illimitée dans le temps. Les soins comprennent, outre l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, également des soins préventifs ou palliatifs (extra-muros).

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000042/100476255> abgerufen werden.