

Office fédéral de la santé publique
Assurance-maladie et accidents

3003 Berne

Berne, le 30 mars 2009

Audition relative aux projets de modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position sur les projets de modification de l'OAMal, de l'OPAS et du RAVS suite à la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement des soins.

I. Appréciation générale

Le Parti socialiste suisse (PS) a toujours plaidé en faveur d'une solution sociale pour le financement des soins. Dès le départ, il a critiqué l'assouplissement du principe d'assurance et soutenu que tous les types de soins, y compris les soins à domicile et les soins en établissement médico-social (EMS), devaient être pris en charge par les assureurs-maladie.

Or, s'agissant des soins ambulatoires et des soins dispensés en EMS ou dans une structure de soins de jour ou de nuit, le nouveau système prévoit une contribution financière des personnes assurées pouvant atteindre 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, soit environ 7 100.- francs par an aux termes des débats parlementaires relatifs à la révision de la LAMal concernant le financement des soins. Cette charge très élevée ne doit en aucun cas être dépassée et le PS exige dans ce sens l'introduction d'un plafonnement annuel. Par ailleurs, la question des coûts résiduels à charge des cantons, et conséquemment des communes, doit être clairement réglée. A cet égard, l'allocation pour impotent ne doit pas être utilisée pour la couverture de ces coûts résiduels.

Le PS s'est également battu pour une prise en charge convenable des soins aigus et de transition. Il demande une définition uniforme et claire de cette catégorie de soins et réitère ici que son financement doit être assuré de la même manière que celui des hôpitaux, ce qui signifie que les frais de logement et de repas doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et par le canton de résidence.

Enfin, le PS préconise de laisser suffisamment de temps aux cantons pour arrêter les dispositions d'exécution et de reporter l'entrée en vigueur des modifications au 1^{er} janvier 2011.

II. Commentaire

1. OPAS

Reconnaissance des structures de jour et de nuit en dehors des homes médicalisés et des organisations de soins et d'aide à domicile

Selon la formulation de l'art. 7, al. 2^{ter}, OPAS, les établissements médico-sociaux n'étant pas affiliés à un home médicalisé ou à une organisation Spitex et assumant essentiellement les soins aux personnes atteintes de démence sénile, seraient exclus du financement dans le cadre de l'AOS. Cela ne correspond certainement pas à la volonté du législateur, d'autant que ces établissements perçoivent aujourd'hui déjà les contributions des assureurs-maladie. L'al. 2^{ter} de l'art. susmentionné doit être modifié (ainsi que le titre de la section 3) :

^{2ter} Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire, dans un établissement médico-social ou dans une structure de jour ou de nuit reconnue par le canton. ...

Neutralité des coûts et plafonnement de la contribution des personnes assurées

Le principe de la neutralité des coûts pour les assureurs lors de la mise en œuvre de la révision correspond à la décision du Parlement. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par la LAMal peuvent être répercutés sur les personnes assurées jusqu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Le montant de la participation financière des personnes assurées est donc directement lié à cette contribution maximale. Le PS insiste sur le fait que le montant de 7 100.- francs par an tel qu'avancé durant les débats parlementaires ne doit en aucun cas être dépassé et il exige dans ce sens l'introduction d'un plafonnement annuel. Un nouvel alinéa 4 doit être ajouté à l'art. 7a OPAS :

⁴ La part de la personne assurée s'élève à 20% au plus des montants maximums fixés aux al. 1 et 3 ; toutefois, elle ne dépasse pas 7 100.- francs par an.

Financement résiduel

Conformément au nouvel art. 25a, al. 5, LAMal, les cantons règlent le financement résiduel. Cela implique une définition précise des coûts complets (base : 100% des frais de soins). La sécurité juridique vis-à-vis des assurés et des fournisseurs de prestations ne peut être garantie ici que si les cantons et les assureurs calculent les coûts complets sur la base de *critères identiques*. Ces critères doivent être conçus de manière analogue à ceux de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie et doivent préciser quels types de coûts peuvent être pris en compte pour le calcul des coûts complets.

Système de facturation transparent, uniforme et conforme à la pratique

Le système de facturation doit être transparent et cohérent. En même temps, la facturation et le remboursement des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons doivent rester praticables. Il faut absolument éviter de voir apparaître 26 systèmes de remboursement différents.

Selon l'art. 7b, al. 2, OPAS proposé, le canton de domicile verse sa part directement à l'un des plus de 2500 fournisseurs de prestations. De plus, l'assureur et le canton de domicile peuvent convenir que le canton de domicile verse sa part à l'assureur et que celui-ci verse les deux parts au fournisseur de prestations. Dans le système du tiers garant, cette simplification a manifestement disparu. L'OPAS ne prévoit aucune réglementation concernant les paiements des pouvoirs publics pour les soins de longue durée. Ces propositions ne répondent pas au besoin d'un règlement simple et conforme à la pratique des remboursements.

La facturation et les remboursements pourraient être réglés comme suit à l'art. 9 OPAS :

³ Pour les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, OPAS, la procédure de décomptes ci-après s'applique aux soins de longue durée, compte tenu de l'art. 42 OPAS:

a. Le fournisseur de prestations facture à l'assureur ou à l'assuré les coûts complets définis des mesures de soins.

b. L'assureur porte au compte de l'assuré la participation et la franchise, ainsi que la participation des patients fixée par le canton (20% max. de la contribution aux frais de soins de l'assureur fixée par le Conseil fédéral).

c. Les coûts résiduels qui excèdent la somme de la contribution de l'assureur fixée par le Conseil fédéral ainsi que la participation des patients sont régularisés entre le canton ou les communes et les assureurs-maladie.

⁴ En dérogation à l'al. 3, let. a, le canton peut stipuler que lui-même ou la commune responsable verse les coûts résiduels à l'institution fournisseur de prestations.

Soins aigus et de transition

La définition des soins aigus et de transition est nécessaire, en particulier pour les démarquer d'un séjour hospitalier, de la gériatrie, des soins de longue durée en EMS et de la rééducation. Sans définition uniforme et claire visant cette délimitation, le nouveau concept conduit à des déplacements non souhaités entre les prestations. Le PS soutient expressément la définition proposée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé selon laquelle *des soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal peuvent être prescrits par le médecin à l'hôpital lorsque:*

a. *Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.*

b. *La patiente ou le patient nécessite un encadrement technique qualifié, en particulier par du personnel soignant.*

c. *Il n'existe pas de capacité de rééducation qui suggérerait un séjour dans une clinique de réadaptation.*

d. *Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence d'auto-prise en charge de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les capacités et possibilités existant avant le séjour hospitalier.*

e. *Un plan de soins avec les mesures pour atteindre les objectifs au sens de la let. d est établi.*

Au surplus, le PS est d'avis eu égard aux débats parlementaires, et partant, à la volonté du législateur, que les soins aigus et de transition constituent une forme particulière de « suivi » stationnaire et non pas une prise en charge ambulatoire ordinaire. Cette catégorie de soins doit permettre de réduire la durée du séjour à l'hôpital et de diminuer les coûts de l'hospitalisation aiguë. Le PS estime ainsi que le financement doit être assuré de la même manière que celui des hôpitaux, ce qui signifie que *les frais de logement et de repas doivent être pris en charge par l'AOS et le canton de résidence*. L'OPAS doit être complétée dans ce sens.

Examen aussi rapide que possible des prestations de soins résultant de situations particulières (soins palliatifs, démence sénile)

Au ch. 13 du commentaire relatif à la modification de l'OPAS, p. 4, il est mentionné *qu'une révision en lien avec la définition des soins et leur étendue est prévue ultérieurement*. Il s'agit notamment de vérifier si les besoins des personnes requérant des soins, des soins palliatifs ou des soins liés à la démence sénile sont pris en compte de manière appropriée ou si des adaptations sont nécessaires.

Avec la nouvelle réglementation du financement des soins, les prestations de soins aigus, p.ex. suite à un cancer, ne seront prises en charge, après deux semaines hors de l'hôpital, que sur la base des règles applicables aux soins de longue durée, impliquant une participation des patients. De plus, pour les soins ambulatoires de longue durée liés à la démence sénile, la participation du patient est plus élevée en raison du temps de travail accru occasionné par cette maladie. Une mise en œuvre rapide de l'examen de l'art. 7 OPAS est par

conséquent absolument nécessaire, et la *fixation de délais par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique* est vivement souhaitée.

Entrée en vigueur

Une entrée en vigueur effective ne sera possible que lorsque les modifications des bases légales cantonales soumises au référendum obligatoire, les adaptations des contrats avec les assurances-maladie, la nouvelle réglementation de la procédure administrative et financière, l'adaptation des règlements et contrats entre les EMS et les résident-e-s ainsi que les modifications en partie préalablement requises des règlements communaux seront adoptées. Par ailleurs, il faut souligner que le nouveau régime de financement des soins entraîne des transferts de coûts important à la charge des cantons et des communes et que les fonds nécessaires ne sont pas budgétisés pour 2009. Le PS demande instamment au Conseil fédéral de prévoir l'entrée en vigueur des modifications au *1^{er} janvier 2011*.

2. OAMal

Contrôle de la neutralité des coûts

Le contrôle de la mise en œuvre neutre du point de vue des coûts pour l'AOS doit être précisé dans l'OAMal. Il faut stipuler sans équivoque que la neutralité des coûts la première année doit être garantie sur la base des dispositions selon l'art. 7a, al. 1-3, OPAS. Les dispositions transitoires doivent être complétées comme suit :

II

² *L'observation de la disposition au sens de l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi est contrôlée la troisième année après l'entrée en vigueur au moyen des contributions prévues par l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS, en tenant compte de la disposition au sens de l'art. 7a, al. 2, OPAS, du renchérissement général survenu depuis la première détermination des contributions et de l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal par niveau de soins requis ou par catégorie. Le département adapte le cas échéant les dispositions au sens de l'art. 7a, al. 1-3, OPAS. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.*

Adaptation des tarifs

Il faut préciser comment l'adaptation des tarifs s'effectue. Une adaptation technique de la part des cantons est proposée afin d'éviter des négociations tarifaires laborieuses pendant le délai de transition de trois ans. L'adaptation peut s'effectuer par une ou plusieurs étapes, une étape permettant également une adaptation immédiate.

Les dispositions transitoires doivent être complétées comme suit :

II

³ *L'adaptation des tarifs en vigueur et des conventions tarifaires conformément à l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi s'effectue par la fixation des tarifs applicables par le canton. L'adaptation s'effectue par une ou plusieurs étapes entre le tarif en vigueur avant l'entrée en vigueur de la modification du 13 juin 2008 pour les prestations de soins et les contributions correspondantes de l'assurance obligatoire des soins pour les prestations au sens de l'art. 25a, al 1, LAMal.*

Entrée en vigueur

Cf. sous ch.1

3. RAVS

La modification proposée en soi n'appelle aucun commentaire de la part du PS. Il est néanmoins rappelé que l'allocation pour impotent *ne doit pas être utilisée pour couvrir la part cantonale aux coûts résiduels des soins*.

L'allocation pour impotent est une prestation d'assurance sociale versée sur la base de critères objectifs (degré d'impotence). Elle est destinée au paiement de coûts supplémentaires liés à un handicap. Elle devra également désormais être utilisée pour le financement de la participation du patient et non pour le remboursement des coûts des soins non couverts, que la nouvelle réglementation du financement des soins met clairement à la charge des cantons. Ce point doit être clairement précisé soit dans l'OPAS, soit dans le RAVS.

En vous remerciant de bien vouloir prendre en considération nos remarques, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti Socialiste Suisse



Christian Levrat, Président



Valérie Werthmüller, secrétaire politique