

CH_VB 2004-2199 1911 vom 15. März 2005

Bundesverwaltung, 2005-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch_vb_2004-2199_1911_

FR: CH_VB 2004-2199 1911 du 15 mars 2005

IT: CH_VB 2004-2199 1911 del 15 marzo 2005

Erwägungen

E. 16

Ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, RS 831.232.51.

E. 17

Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10.

1923 dans la même mesure que ce que prévoyaient les dispositions de l'AI (art. 4 OMAV18). – Les moyens auxiliaires octroyés par l'assurance-accidents sont destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction causés par un accident ou une maladie professionnelle (art. 11, al. 1, LAA). La liste des moyens auxiliaires remis figure dans l'annexe à l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents¹⁹. – Dans l'assurance militaire, la personne assurée a droit à des moyens auxiliaires dans le but d'améliorer son état de santé, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels, d'entreprendre des études et une formation professionnelle, de favoriser une adaptation fonctionnelle, de se déplacer, de développer son autonomie et d'établir des contacts avec son entourage (art. 21, al. 1, LAM). L'assurance militaire alloue aussi des contributions à l'assuré qui a besoin des services de tiers en lieu et place d'un moyen auxiliaire (art. 21, al. 4, LAM). Contrairement aux autres branches des assurances sociales, l'assurance militaire ne connaît pas de catalogue exhaustif des moyens auxiliaires. – Les moyens et appareils prévus dans l'assurance-maladie ne peuvent être assimilés aux moyens auxiliaires des autres assurances sociales. Tandis que les moyens auxiliaires compensent une perte de longue durée d'une fonction corporelle, les moyens et appareils obéissent aux fins d'un diagnostic, d'une thérapie ou de soins ou servent à la réadaptation médicale. Il n'est pas toujours aisé de les distinguer des moyens auxiliaires, car certains appareils comme les lunettes, les appareils acoustiques ou les chaussures orthopédiques peuvent être utiles à la fois au traitement médical et à la compensation de la perte d'une fonction corporelle. La distinction doit se fonder sur la détermination objective de la finalité. Les moyens et appareils figurent dans une liste séparée (LiMA) qui constitue l'annexe 2 à l'OPAS.

1.1.3.2.3 Allocations pour impotent

Différentes branches des assurances sociales accordent aux personnes «qui, en raison d'une atteinte à leur santé, ont besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne»²⁰ une prestation en espèces appelée allocation pour impotent. Elle est allouée – sauf par l'assurance militaire – sous une forme type, c'est-à-dire indépendamment du niveau des coûts dans un cas d'espèce. Si la notion d'allocation pour impotent et le but de celle-ci sont, en principe, les mêmes dans toutes les branches de l'assurance sociale, des différences et des particularités existent, notamment en ce qui concerne les catégories de bénéficiaires, les conditions d'octroi et la définition concrète des prestations:

E. 18

Ordonnance du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, RS 831.135.1.

E. 19

Ordonnance du 18 octobre 1984 sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents, RS 832.205.12.

E. 20

Définition de l'impotence aux termes de l'art. 9 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1).

1924 – L'allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité

Dans l'AI, les personnes assurées invalides qui résident en Suisse ont droit à l'allocation pour impotent de la naissance jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge légal de la retraite (art. 42, al. 1, LAI), l'allocation étant échelonnée selon le degré d'impotence (faible, moyenne ou grave). La 4e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1er janvier 2004, a apporté quelques améliorations matérielles en matière de soins et de prise en charge des personnes vivant avec un handicap. Cette révision visait à permettre aux tributaires de prestations d'aide personnelles en raison d'un handicap de mener une vie encore plus autonome et responsable. En ce qui concerne l'allocation pour impotent, il convient de relever les nouveaux points suivants: – Uniformité de l'allocation pour impotent: dans la 4e révision de l'AI, une allocation pour impotent uniforme remplace les allocations pour impotent de l'AI destinées aux personnes majeures, les contributions aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents et les contributions aux frais de soins à domicile. – Extension de la notion d'impotence: la 4e révision de l'AI a étendu la notion d'impotence de la LPGA au domaine de l'AI. Est désormais aussi réputée impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (voir art. 42, al. 3, LAI). – Augmentation de l'allocation pour impotent: le montant de l'allocation pour impotent versée aux personnes nécessitant de l'assistance et qui ne vivent pas dans un home a doublé avec la nouvelle loi (art. 42ter, al. 1, LAI). Parallèlement, les montants accordés par les prestations complémentaires pour le remboursement des coûts de maladie et d'invalidité – dont font aussi partie les frais dûment établis pour l'aide ambulatoire, les soins et l'assistance – ont aussi connu une augmentation²¹. Pour les assurés vivant dans un home, le montant de l'allocation pour impotent correspond à la moitié de celui prévu pour les personnes n'habitant pas dans un home (art. 42ter, al. 2, LAI). – Introduction d'un supplément pour soins intenses: les mineurs impotents qui ont besoin de soins intenses et ne vivent pas dans un home ont droit en plus de l'allocation à un supplément pour soins intenses (art. 42ter, al. 3, LAI). – L'allocation pour impotent dans l'AVS

Dans l'AVS, l'allocation pour impotent est versée aux bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires ayant leur domicile en Suisse qui présentent une impotence grave ou moyenne. Pour ce qui est des montants, la 4e révision de l'AI n'a pas apporté de modifications sauf pour les personnes qui ont déjà bénéficié avant 65 ans d'une allocation pour impotent de l'AI supérieure (cas de garantie des droits acquis en vertu de l'art. 43bis, al. 4, LAVS).

E. 21

Voir à ce sujet le ch. 1.1.3.3.1.

1925 – L’allocation pour impotent dans l’assurance-accidents

L’allocation pour impotent de l’assurance-accidents est octroyée au plus tôt à la naissance du droit à une rente AA. Elle se calcule selon trois degrés d’impotence. Son montant dépend du montant maximum du gain journalier assuré, l’allocation pour impotent mensuelle s’élevant au minimum à deux fois et au maximum à six fois le montant maximum du gain journalier assuré (art. 38, al. 1, OLAA). – L’allocation pour impotent dans l’assurance militaire

L’assurance militaire accorde des indemnités supplémentaires à la personne assurée servant dans l’armée, la protection civile ou le service civil lorsqu’un traitement à domicile ou une cure privée ont été autorisés et lui occasionnent des frais supplémentaires de logement, d’alimentation, de soins ou de garde pour le traitement de son affection assurée ou à cause de son impotence. Selon les directives émises, ces indemnités supplémentaires doivent couvrir les frais, les besoins étant examinés individuellement – contrairement à ce qui est le cas dans les autres branches des assurances sociales. Tableau 1 Vue d’ensemble de l’allocation pour impotent dans les différentes branches des assurances sociales (état au 1er janvier 2005)

Montant de l’allocation pour impotent (API) en francs/mois

dans un home en dehors d’un home

Impotence faible impotence moyenne impotence grave impotence faible impotence moyenne impotence grave

AI + évent. SSI 215 538 860 430 430–1290 1075 430–1290 1720 430–1290 AVS 0 538 860 0 538 860 AA 586 1172 1758 586 1172 1758 AM frais concrets frais concrets frais concrets frais concrets frais concrets frais concrets

SSI = supplément pour soins intensifs

1.1.3.3 Prestations subsidiaires de soins des autres systèmes de prestations sociales Les prestations subsidiaires sont allouées lorsque les ressources propres et les prestations primaires de soins prévues par les assurances sociales ne suffisent pas à couvrir les besoins.

1926 1.1.3.3.1 Prestations complémentaires De façon simplifiée, ont droit en principe à des prestations complémentaires, composées d’une prestation en espèces versée mensuellement et du remboursement des frais de maladie et d’invalidité, les bénéficiaires de certaines prestations de l’AVS ou de l’AI (rentes, allocations pour impotent, indemnités journalières) dont les dépenses reconnues dépassent les revenus déterminants ou dont les frais de maladie et d’invalidité ne sont pas couverts. Mais l’établissement du droit à des prestations de soins diverge à maints égards selon que les personnes vivent à domicile ou séjournent en permanence dans un home: – Personnes vivant à domicile

Outre la prestation complémentaire annuelle versée sous forme de prestation mensuelle en espèces, les personnes vivant à domicile ont droit – dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d’invalidité – à la couverture de frais dûment établis «d’aide, de soins et d’assistance à domicile ou dans d’autres structures ambulatoires» (art. 3d, al. 1, let. b, LPC22). L’ordonnance d’exécution²³ précise que les frais d’aide, de soins et de tâches d’assistance à domicile rendus nécessaires en raison de l’âge, de l’invalidité, d’un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d’utilité publique sont

remboursés. Les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dans un établissement de jour, un hôpital de jour ou un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés. Les frais pour des prestations dispensées par des institutions privées sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique. Le remboursement est en tous cas limité aux montants annuels suivants (art. 3d, al. 2, LPC): Tableau 2

Montants annuels maxima pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité

Personnes seules, personnes veuves, conjoints de personnes vivant dans un home (art. 3d, al. 2, LPC)

E. 25

A ce jour, seuls les cantons de Neuchâtel, de Bâle-Campagne et de Saint-Gall n'ont pas du tout fait usage de cette compétence.

E. 26

Il s'agit là d'une valeur moyenne prenant en compte les taxes des homes pour personnes âgées ou invalides, des établissements médico-sociaux, ainsi que des établissements hospitaliers et/ou les divers niveaux de besoins de soins.

E. 27

Sans le forfait annuel pour l'assurance-maladie obligatoire. Prestations de soins individuelles Prestations en nature et services Prestations en espèces Moyens auxiliaires (AMal,AVS,AI,AA,A) Traitement médical (AMal,AI,AA,AM) Allocation pour impotent (AVS,AI,AA,AM) Prestations dans un home Soins à domicile Prestations en milieu hospitalier Prestations complémentaires

1928 1.1.3.3.2 Aide sociale L'aide sociale, régie par le droit cantonal, a pour but de remédier notamment aux situations de détresse économique – quelles qu'en soient les causes – en l'absence de ressources propres suffisantes ou de prestations allouées par d'autres systèmes comme les assurances sociales (primauté des assurances sociales et subsidiarité de l'aide sociale). Le droit constitutionnel d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse (art. 12 Cst.) pose le droit de recevoir «les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine». Les coûts des soins doivent donc en principe aussi être financés par l'aide sociale pour autant que d'autres prestations des assurances sociales et les sources privées ne suffisent pas. A cet égard, les prestations d'aide sociale doivent être calculées en fonction des besoins de base, qui tiennent compte des acquis civilisationnels, sociaux et culturels de la société (appelés minimum vital social, lequel garantit aussi, au-delà du minimum vital absolu, la participation à la vie sociale et professionnelle). Selon les recommandations de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), l'aide sociale devrait donc aussi accorder – outre les coûts de home ou de soins à domicile non couverts – un montant laissé à libre disposition pour les personnes vivant chez elles et un montant forfaitaire destiné à couvrir les dépenses non comprises dans le prix de pension pour les personnes séjournant dans des établissements comme les foyers et les cliniques, dans des communautés thérapeutiques résidentielles ou dans des pensions. Ces montants doivent être adaptés au degré d'autonomie physique et psychique et se situent entre 255 et 510 francs par mois, conformément aux normes CSIAS en vigueur. 1.1.3.4 Les règles de coordination C'est la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), en vigueur depuis 1er janvier 2003, qui règle la

coordination des prestations allouées par les différentes branches des assurances sociales. Des dispositions de coordination existent en outre dans les lois spéciales. La LPGA ne coordonne par principe que les prestations de nature et de but identiques (principe de la congruence). La coordination est par ailleurs importante en matière de soins lorsqu'il y a concours de diverses prestations en espèces provenant de différentes sources, la LPGA prévoyant dans ce cas l'interdiction générale de surindemnisation (art. 69). Selon le principe de la congruence, seules les prestations de nature et de but identiques peuvent être prises en considération dans le calcul de la surindemnisation. A noter à cet égard que la LPGA considère que le remboursement des frais de traitement et de réadaptation et le remboursement des frais de soins dus à l'impotence (art. 74, al. 2, let. a et d) sont de natures différentes. Selon la doctrine dominante, cela signifie que les prestations de soins de base payées par l'assurance-maladie obligatoire peuvent être cumulées avec les prestations (de type assistance) couvertes par l'allocation pour impotent.

1929 1.1.4 Les soins informels Le tableau d'ensemble du secteur des soins serait incomplet si, en plus des soins formels, régis notamment par le droit des assurances sociales, les prestations de soins informelles n'étaient pas prises en considération. Leur volume est en effet considérable, tout comme leur valeur, estimée pour l'année 2000 à 1,2 milliard de francs ou 20 % environ du coût des soins²⁸. Les études disponibles qui se sont attachées à quantifier les prestations de soins informelles²⁹ ne fournissent peut-être pas une image définitive, mais elles n'en confirment pas moins l'importance des soins informels pour le système suisse de santé. – Importance du nombre de personnes engagées dans les soins informels: selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé, en 2002 environ un million de personnes ont apporté fréquemment, c.-à-d. au moins une fois par semaine, de l'aide à plus d'un demi-million de personnes. Une comparaison avec les formes organisées de soins à domicile (Spitex) montre clairement l'importance de cette aide informelle: 9 % de la population résidente ont reçu une aide bénévole durant les douze mois précédant l'enquête, alors que seulement 2,5 % ont profité de prestations Spitex.

Les bénéficiaires de cette aide informelle l'ont reçue surtout de membres de leur propre cercle familial: 77 % des prestations ont été fournies par le ou la partenaire, la fille, la mère ou d'autres membres de la famille, 23 % par des voisins ou des connaissances.

Parmi les personnes qui fournissent des prestations à titre bénévole, on note d'importantes différences entre les sexes: environ deux fois plus de femmes que d'hommes apportent de l'aide fréquemment, c.-à-d. au moins une fois par semaine. En outre, les femmes redoublent d'activité dans ce domaine après 40 ans, alors que l'augmentation est bien moindre chez les hommes du même âge. – Volume des soins informels: les données concernant le volume horaire consacré aux soins sont lacunaires, mais selon une étude sur le travail non rémunéré en Suisse³⁰, 34,1 millions d'heures ont été consacrées en 2000 aux soins prodigués à des personnes adultes vivant dans le même ménage, alors que les services Spitex ont fourni, la même année, un peu moins de 4,9 millions d'heures pour des prestations à la charge de l'assurance-maladie³¹.

E. 28

Voir aussi à ce sujet ch. 1.2.2 ci-dessous.

E. 29

Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé: Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 2002, Neuchâtel 2004; Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et

hommes/Office fédéral de la santé publique (éd.), Genre et santé après 40 ans, Berne/Göttingen/Toronto/Seattle 1997; Paul Camenzind, Claudia Meier, Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz, Berne/Göttingen/Toronto/Seattle 2004.

E. 30

Office fédéral de la statistique, Compte satellite de production des ménages: Projet pilote pour la Suisse, Neuchâtel 2004.

E. 31

Office fédéral des assurances sociales, Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2000, Berne 2002, tableau 6.3, p. 13.

1930 Même si les relevés sont incomplets, la place prise par le travail non rémunéré dans le domaine de la santé doit être considérée comme importante. Que ce soit en complément ou parallèlement à l'aide et aux soins à domicile organisés, le travail bénévole accompli par les membres de la famille ou des voisins permet à de nombreuses personnes dépendantes d'éviter ou de différer plus longtemps les soins en établissement. Le thème des soins informels doit également être considéré en relation avec la ratification de la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), par laquelle la Suisse s'est engagée à réaliser l'égalité des chances entre les sexes: pour mettre en œuvre la convention de l'ONU et pour donner suite à la Conférence mondiale des femmes de Pékin, le Conseil fédéral s'est donné en 1999 un plan d'action dans lequel la santé constitue un des thèmes majeurs. Dans le domaine des soins informels, il est prévu de recenser les prestations gratuites fournies par les femmes pour les soins et la santé des autres et d'en calculer le coût (mesure C 16), en distinguant les prestations remboursées par les caisses-maladie de celles qui ne le sont pas. A moyen terme, les prestations de soins fournies gratuitement en Suisse devraient donc être étudiées systématiquement, ce qui permettra, dans une étape ultérieure, d'examiner si d'autres mesures – et, le cas échéant, lesquelles – doivent être prises pour reconnaître et éventuellement encourager les prestations de soins non rémunérées.

1.1.5 Financement actuel des soins

1.1.5.1 Financement au niveau général La présentation qui suit montre le financement du secteur des soins (dans un home ou à domicile) en 2002 selon les agents de financement:

1931 Tableau 3 Financement des soins en 2002 (état actuel) Agents de financement
Etablissements médico-sociaux Soins à domicile Total

en millions de fr. en % en millions de fr. en % en millions de fr. en %

AMal (assurance-maladie, net) 1186,6 19,9 247,2 25,3 1433,8 20,6 a) AVS 317,2 5,3 245,2 25,1 562,4 8,1 b) – part des subventions directes 0,0 0,0 165,9 17,0 165,9 2,4 c) – part des allocations pour impotent 317,2 5,3 79,3 8,1 396,5 5,7 d) AI (assurance-invalidité) 0,0 0,0 15,4 1,6 15,4 0,2 e) – part des subventions directes 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 f) – part des allocations pour impotent 0,0 0,0 15,4 1,6 15,4 0,2 g)

Prestations complémentaires (PC) 956,8 16,0 0,0 0,0 956,8 13,8 h) – dont PC à l'AVS 956,8 16,0 0,0 0,0 956,8 13,8 i) – dont PC à l'AI 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 j) AA (assurance-accidents) 0,0 0,0 12,8 1,3 12,8 0,2 a) AM (assurance militaire) 1,6 0,0 0,4 0,0 2,0 0,0 a) Assurance privée 0,0 0,0 25,5 2,6 25,5 0,4 a) Autres financements privés 92,6 1,6 44,0 4,5 136,6 2,0 a) Cantons/communes (subventions) 565,6 9,5 375,3 38,4 940,9 13,5 a)

Aide sociale 99,7 1,7 1,6 0,2 101,3 1,5 k) Ménages (y c. partic. coûts AMal) 2751,8 46,1 9,6 1,0 2761,4 39,7 l)

Total 5971,9 100,0 977,0 100,0 6948,9 100,0 a)

Aide bénévole 1223,0 m)

Sources et explications a) OFS, Coûts de la santé publique 2002, Neuchâtel 2004 (l'OFSP calcule le total des EMS sur la base des dépenses d'exploitation des EMS selon la statistique des institutions médico- sociales, le total des soins à domicile sur la base des recettes des organisations de soins à domicile selon la statistique Spitex de l'OFAS) b) Somme de c) et d) c) OFS, Coûts de la santé publique 2002 / Base: LAVS art. 101bis d) OFAS, Statistique de l'AVS 2003 (total 396,5 millions de francs); estimation OFAS/OFSP concernant la répartition home/soins à domicile: 80 %/20 % e) Somme de f) et g)

f) En supposant qu'aucune subvention de l'AI ne va aux établissements médico-sociaux ni aux soins à domicile g) Estimation OFAS/OFSP (d'après rapport INFRAS): env. 40 % des API de l'AI pour des bénéficiaires «à domicile»; dont env. 25 % de bénéficiaires de prestations Spitex; sur la base de la statistique AI 2003 (API = 154,2 millions de francs) h) Somme de i) et j)

i) OFAS, Statistique des PC 2001; PC pour pensionnaires de home j) En supposant que seuls les pensionnaires de homes pour invalides bénéficient de PC de l'AI k) Estimation de l'OFSP selon la répartition dans les ménages l) Grandeur résiduelle (total des frais moins tous les autres financements) m) Estimation de l'OFSP et de l'OFAS pour l'année 2000

1932 1.1.5.2 Financement au niveau individuel Le graphique suivant³² illustre les coûts moyens de séjour dans 130 établissements privés et publics du canton de Berne en 2003 et donne une idée approximative du financement nécessaire à un résidant d'un home. Des analyses comparables à l'échelle suisse ne sont pas encore disponibles. Graphique 2 Coût moyen d'un séjour par résidant et par jour dans le canton de Berne

30	30	30	30	46	80	136	125	125	125	125	178	201	235	291	23	0	50	100	150	200	250	300	350
Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4																							
Fr. Encadrement Soins LAMal Pension Total coûts journaliers																							

L'ensemble des coûts journaliers comprennent les coûts des soins proprement dits (dans le domaine de la LAMal en particulier les soins de base et les soins de traitement), les coûts d'encadrement (accompagnement social de la personne nécessitant des soins) et les frais de pension (nourriture et logement).

E. 32

Beat Wenger, Financement des soins de longue durée, sipp focus 1/2003, p. 1 ss. Les données publiées ont été mises à jour par l'auteur sur demande de l'OFSP.

1933 1.1.6 Digression: couverture du risque de dépendance dans les systèmes sociaux étrangers 1.1.6.1 Aperçu des approches pratiquées à l'étranger Compte tenu de l'importance croissante que les soins de longue durée ont pris ces dernières années dans la politique de santé des pays membres de l'OCDE, l'organisation a analysé les systèmes de soins de longue durée dans 19 pays³³ sous l'angle des réformes passées et à venir touchant le financement et les prestations. On peut extraire de son rapport³⁴ les constats généraux qui suivent. La plupart des pays étudiés ont développé un système permettant aux personnes âgées dans le besoin de recevoir des soins en institution, même si les prestations sont proposées sous des formes très diverses (prestations en espèces ou en nature, indem-

nisation de l'aide informelle, etc.). Il existe aussi un large éventail de systèmes pour financer les soins de longue durée destinés aux personnes âgées (impôts, contributions, contributions personnelles). La coordination des prestations et des institutions de soins constitue une préoccupation clé que partagent tous les pays dans leurs efforts de réforme. Dans la majorité des pays, ce sont les impôts qui font office de source principale pour financer les soins. Les pays ayant érigé un système d'assurance sociale pour la couverture des coûts des soins de longue durée et d'autres dépenses extraordinaires sont une minorité (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg et Pays-Bas). Dans quelques rares pays, les prestations de soins fournies dans les établissements hospitaliers sont financées de manière limitée par l'assurance-maladie, en l'absence d'institutions spécialisées dans les soins de longue durée (Corée, Hongrie, Mexique et Pologne). Sept des 19 pays étudiés (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) connaissent un système de prestations indépendant des besoins assorti d'une couverture générale, les soins de longue durée étant régis de la même manière que d'autres besoins de santé dans le système global de l'assurance sociale. Les douze autres pays ont un système lié totalement ou en partie aux besoins, basé sur le revenu et/ou la fortune. Au sein de ces deux groupes, les systèmes mis en place présentent une grande hétérogénéité. Le rapport arrive à la conclusion qu'un nombre croissant de pays tend à appliquer les principes du financement public des soins aigus aux soins de longue durée. L'idée d'une assurance obligatoire analogue à l'assurance pour les maladies aiguës trouve dans ces pays un accueil toujours plus favorable. D'autres pays font encore preuve de réticence pour changer de système et passer d'une couverture du risque de dépendance limitée et liée aux besoins à une couverture indépendante des besoins. Cependant, même dans les pays ayant un système de prestations indépendant des besoins, les ménages privés sont tenus de participer aux coûts, et ce dans une mesure plus importante qu'en cas de soins pour maladies aiguës.

E. 33

Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Corée, Espagne, Etats-Unis, Hongrie, Irlande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse.

E. 34

Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care, à paraître.

1934 1.1.6.2 Approches pratiquées dans deux pays voisins³⁵ La diversité des solutions nationales appliquées dans le domaine des soins fait qu'il est difficile de se faire une idée précise de la couverture du risque de dépendance dans les systèmes étrangers. L'exemple de deux pays voisins de la Suisse, l'Allemagne et la France, permettra de voir comment la problématique du besoin de soins est abordée dans un système qui, comme le nôtre, repose sur le principe d'une assurance-maladie sociale financée par des cotisations: Allemagne: – Définition et fonctionnement: Selon la loi de 1995 sur l'assurance de soins, est considérée comme personne dépendante quiconque nécessite, en raison d'une maladie physique, psychique ou mentale ou d'une infirmité, pour une longue durée – soit pour une période présumée d'au moins six mois – et dans une très large ou une assez large mesure, d'une aide pour exécuter les actes courants de la vie quotidienne. La constatation de l'état de dépendance englobe les quatre domaines de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la mobilité et de l'entretien du ménage. Les prestations de l'assurance des soins ont pour but de rendre la personne nécessitant des soins et sa famille aussi indépendantes que possible

des prestations de l'assistance sociale. L'assuré acquiert par ses cotisations un droit à l'aide indépendamment de ses besoins et de son âge. C'est au service médical de l'assurance-maladie de déterminer l'existence et le degré d'une dépendance en matière de soins. – Bénéficiaires: Les bénéficiaires des prestations sont les personnes qui, en raison d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une infirmité, nécessitent des soins dans une mesure considérable pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne. – Maintien à domicile ou placement en institution: La loi évoque explicitement les familles comme principal soutien des personnes dépendantes et tente de favoriser le maintien de ces personnes à domicile. Pour des questions de coût, la dépendance n'est cependant prise en charge qu'au-delà d'un seuil de besoin élevé d'assistance et pour un montant maximal donné. Les prestations sont soit des soins fournis à domicile par des services ambulatoires au nom des caisses de soins (prestations en nature), soit le versement d'une indemnité lorsque les soins sont fournis par des proches. Pour les soins en institution, l'assurance se charge des dépenses liées aux soins de base, à l'encadrement social et aux soins d'un traitement médical si un séjour en établissement de soins est nécessaire. Les frais de logement et nourriture sont à la charge de la personne soignée. Les Länder supportent les frais d'investissement. France: – Définition et fonctionnement: La loi³⁶ définit comme personne dépendante «toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son

E. 35

L'exposé qui suit est fondé sur: Institut de droit de la santé, Soins de longue durée, soins de dépendance, Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Médecine & Hygiène Genève, 2004.

E. 36

Code de l'action sociale et des familles, livre II, titre III, chapitre 2, section 1.

1935 état physique ou mental (...). Celle-ci «a droit à une allocation personnalisée d'autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation est destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière». L'APA couvre les dépenses de toute nature liées à l'autonomie du bénéficiaire, hormis les soins médicaux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie. – Bénéficiaires: La personne âgée est celle qui a atteint l'âge de 60 ans. Elle est classée par une grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) selon son degré de dépendance. Il existe deux régimes selon que la personne réside à son domicile ou en établissement, la nature et le montant des dépenses relatives à la dépendance n'étant pas les mêmes. L'APA est allouée aux personnes moyennement dépendantes, sur demande et indépendamment des besoins. 1.2 Problèmes et défis dans le secteur des soins Le régime en vigueur relatif aux soins et à leur financement présenté au ch. 1.1 soulève divers problèmes qui se situent à des niveaux différents de prestations (ch. 1.2.1) et de financement (ch. 1.2.2 et 1.2.3) et dont la solution requiert par conséquent des stratégies différentes. 1.2.1 Niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse La nécessité de recevoir des soins ne constitue pas un risque réglementé séparément par le droit des assurances sociales, mais elle est régie par chacune des assurances sociales primaires, en fonction de la cause. En conséquence, les prestations divergent fondamentalement selon que les besoins de soins sont dus à la vieillesse, à la maladie ou à l'accident³⁷. L'analyse des différents régimes de prestations révèle que le

niveau des prestations est limité, de lege lata, précisément en cas de dépendance due à l'âge: – L'AVS ne connaît pas d'allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré. – Le correctif final des prestations complémentaires est à maints égards limité, ce qui entraîne un risque accru de dépendance de l'aide sociale notamment pour les personnes fortement dépendantes de soins, du fait de l'importance de la charge financière qu'elles supportent. On peut ici mentionner notamment le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires de home: aux termes de l'art. 3a, al. 3, LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art. 3b, al. 1, let. a, LPC (soit 30 900 francs/an ou 2575 francs/mois).

E. 37

Pour plus de détails, voir à ce sujet Hardy Landolt, *Das soziale Pflegesicherungssystem*, Berne 2002, p. 109 ss.

1936 1.2.2 Evolution des coûts des soins à moyen et à long termes En 2002, près de 7 milliards de francs ont été consacrés au secteur des soins (établissements médico-sociaux et soins à domicile). Par rapport à l'année 1995, où le domaine des soins a engendré des coûts de 4,9 milliards de francs, cela équivaut à une augmentation de plus de 40 %. N'est pas incluse l'aide bénévole apportée aux personnes nécessitant des soins, dont la valeur est estimée à 1,2 milliard de francs pour 2000 et dont l'intégration dans les coûts totaux induirait une hausse sensible (env. 20 %). Tableau 4 Evolution des coûts dans le domaine des soins (en mio. de fr.)

Année	Etablissements médico-sociaux	Soins à domicile (Spitex)	Soins globaux
1995	4206,9	702,3	4909,2
1996	4429,1	772,5	5201,6
1997	4593,3	768,4	5361,7
1998	4830,1	814,5	5644,6
1999	4935,2	848,4	5783,6
2000	5194,8	889,3	6084,1
2001	5578,9	935,8	6514,7
2002	5971,9	977,0	6948,9

1996 4429,1 772,5 5201,6 3,96 % 1997 4593,3 768,4 5361,7 3,08 % 1998 4830,1 814,5 5644,6 5,28 % 1999 4935,2 848,4 5738,6 1,67 % 2000 5194,8 889,3 6084,1 6,02 % 2001 5578,9 935,8 6514,7 7,07 % 2002 5971,9 977,0 6948,9 6,66 %

Source: Office fédéral de la statistique, Analyse des données considérées dans «Coûts du système de santé»

En admettant que la tendance supposée d'une diminution des soins bénévoles se poursuive et en utilisant le scénario démographique «tendance» de l'Office fédéral de la statistique, on peut extrapoler l'évolution future du nombre de personnes nécessitant des soins et celle des coûts des soins. Une évaluation des coûts globaux des soins (comme définis ci-dessus) sur la base du scénario démographique «tendance» et d'une observation des facteurs sans lien avec la démographie de 1995 à 2000 donne une hausse totale des coûts de 83 % pour la période de 2000 à 2020 et de 208 % pour la période de 2000 à 2040 (tableau 5). A cet égard, on estime que l'augmentation des coûts liée à la démographie sera nettement inférieure à celle induite par les facteurs non démographiques. Une autre évaluation des coûts des soins jusqu'en 2030 fournit des résultats analogues (tableau 6): on peut s'attendre à une augmentation de 128 % jusqu'en 2030. Dans cette évaluation aussi, l'augmentation des coûts directement liée à la démographie est inférieure à celle due aux facteurs non démographiques.

E. 38

Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, *Evaluation monétaire du travail non rémunéré, une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la popula-*

tion active, Statistique de la Suisse, Neuchâtel 2002.

1937 Des évaluations de ce type mettent en évidence les limites de la significativité des estimations. Une approche mécanistique ne peut rendre compte ni de l'évolution de la politique de santé, ni de celle de la médecine. Ainsi, à en croire Höpflinger et Hugentobler, il faut supposer qu'une faible diminution de la dépendance – en raison de programmes de prévention en gériatrie ou de succès croissants en réadaptation – permettra d'atténuer substantiellement l'effet purement démographique. Pour la période de 2000 à 2020, il ressort de leur projection démographique un accroissement d'un tiers au maximum du nombre de personnes âgées nécessitant des soins.³⁹

	2000–2020	2000–2040	Coûts des soins en 2000 (en mio. de fr.)	6 084	6 084	Hausse des coûts due à la démographie (en mio. de fr.)	1 902	4 651	Hausse des coûts sans lien avec la démographie (en mio. de fr.)	3 154	7 981
--	-----------	-----------	--	-------	-------	--	-------	-------	---	-------	-------

	Coûts totaux des soins (en mio. de fr.)	11 141	18 716	Hausse en %	83 %	208 %
--	---	--------	--------	-------------	------	-------

Source: Office fédéral des assurances sociales (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung

Tableau 6 Estimation des coûts (en mio. de fr.) en 2030

	2001	2030	Hausse EMS	5 578,9	12 518,5	124 %	Soins à domicile	935,8	2 313,1	147 %
--	------	------	------------	---------	----------	-------	------------------	-------	---------	-------

	Total	6 514,7	14 831,6	128 %	Dus uniquement aux facteurs démographiques	6 514,7	9 372,7	44 %
--	-------	---------	----------	-------	--	---------	---------	------

Source: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, rapport à l'attention de l'OFSP.

E. 39

François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Berne 2003, p. 44.

1938 1.2.3 Forte charge financière de l'assurance-maladie 1.2.3.1 Charges de l'assurance obligatoire des soins (AOS) Dans le message du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie⁴⁰, le transfert à l'assurance-maladie des coûts occasionnés dans le domaine des établissements médico-sociaux ont été estimés à 560 millions de francs. Basés sur les dépenses pour les prestations correspondantes de l'assurance-maladie en 1995, les surcoûts estimés ont été dépassés pour la première fois en 1999. En considérant rétroactivement les coûts facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins, on constate en fait que la hausse des coûts a reculé depuis 1999 et tend à se rapprocher de l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Cela devrait s'expliquer en partie au moins par l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1998, de tarifs-cadres qui devaient à l'origine être appliqués jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient introduit dans le secteur des soins les instruments de transparence requis par ordonnance⁴¹. Ces instruments servent de base pour calculer les coûts et classer les prestations des traitements hospitaliers, semi-hospitaliers, ambulatoires et de longue durée à la charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 2 OCP). Entre-temps, le Parlement a adopté le 8 octobre 2004, pour les années 2005 et 2006, une modification de la loi sur l'assurance-maladie⁴² qui déclare les tarifs-cadres applicables à tous les fournisseurs de prestations dans le secteur des soins, indépendamment de l'atteinte des exigences de

transparence. Selon ces tarifs-cadres, le remboursement des prestations de soins en institution s'effectue par jour, ces prestations étant subdivisées en quatre niveaux de soins qui vont d'une dépendance faible à une dépendance lourde⁴³ (art. 9a, al. 2, OPAS); les prestations de l'aide et des soins à domicile sont remboursées selon des tarifs-cadres par heure⁴⁴ (art. 9a, al. 1, OPAS).

E. 40

FF 1992 I 201

E. 41

Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, RS 832.104).

E. 42

RO 2004 4375

E. 43

Premier niveau de soins: 10 à 20 francs; deuxième niveau de soins: 15 à 40 francs; troisième niveau de soins: 30 à 65 francs; quatrième niveau de soins: 40 à 80 francs.

E. 44

Dans des situations simples et stables: 30 à 47 francs; dans des situations instables et complexes: 45 à 68 francs; pour des instructions et des conseils: 50 à 73 francs.

1939 Tableau 7 Dépenses (prestations brutes, c.-à-d. avant déduction de la participation aux coûts) de l'assurance obligatoire des soins (en mio. de fr.) Année Etablissements médico-sociaux Soins à domicile Total des soins Augmentation des soins/AOS Evolution des coûts AOS 1996 666 132 798

1997 890 193 1083 35,7 % 5,5 % 1998 1092 224 1316 21,4 % 6,7 % 1999 1170 235 1405 6,8 % 4,3 % 2000 1215 253 1468 4,5 % 5,9 % 2001 1258 270 1528 4,1 % 5,9 % 2002 1392 290 1682 10,1 % 4,3 %

Source: Office fédéral de la santé publique, Base de données de l'assurance-maladie, état octobre 2003.

Une extrapolation des coûts des soins (en établissements médico-sociaux et à domicile) pris en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'en 2030 indique une augmentation d'environ 200 % (tableau 8). La hausse est nettement plus forte que celle des coûts globaux des soins (tableau 6), raison pour laquelle, dans ce modèle, la part de l'assurance obligatoire des soins au financement des soins augmentera sensiblement. Il résulte également de l'extrapolation de l'assurance obligatoire des soins que l'effet strictement démographique est de moindre importance. De plus, cet effet interagit avec les estimations des besoins de soins futurs: comme déjà mentionné sous ch. 1.2.2, il existe des publications spécialisées qui supposent une faible diminution des besoins de soins. C'est pourquoi, à l'annexe 2, sont mentionnés à titre d'exemple pour l'assurance obligatoire des soins des scénarios qui montrent les effets sur les coûts des transferts entre les niveaux de soins requis. Il en résulte que les estimations de l'évolution des coûts des soins dans l'assurance obligatoire des soins demeurent réservées et dépendent fortement des hypothèses émises.

1940 Tableau 8 Estimation de l'évolution des coûts des soins (bruts) dans l'AOS (en mio. de fr.)⁴⁵

2001 2030 Augmentation EMS 1258,0 3877,0 208 % EMS seulement démographie 1258,0 1848,6

E. 47

Ici, contrairement au tableau 3, la source de financement «Ménages» comprend également les prestations de l'AVS, de l'AI et des PC.

1942 tement. En toute logique, le projet proposait de supprimer les allocations pour impotent AVS versées aux personnes résidant dans un EMS et présentant une impotence grave ou moyenne (on aurait toutefois maintenu les allocations pour impotent versées aux personnes habitant à la maison, afin d'encourager le séjour à domicile le plus longtemps possible).

Par rapport aux coûts actuels, principalement déterminés par les tarifs-cadres, le modèle A aurait allégé la charge de l'assurance-maladie de 63 millions de francs par année; il aurait également permis à l'AVS d'économiser 147 millions de francs par année. – Modèle B: Le modèle B proposait d'opérer, dans le domaine de l'assurance-maladie, une séparation stricte entre soins aigus et soins de longue durée. Il prévoyait que les soins aigus seraient entièrement payés par l'assurance-maladie, tandis que les soins de longue durée ne seraient pris en charge par l'assurance-maladie qu'à concurrence d'un certain montant, l'excédent étant supporté par les pouvoirs publics (par le biais des prestations complémentaires) et les ménages. Le modèle B, qui reprenait dans ses principes les propositions des experts mandatés dans le cadre des travaux préparatoires pour la 3e révision de la LAMal48, se limitait à des corrections de l'assurance-maladie et renonçait à une coordination avec les autres branches d'assurances sociales, en particulier avec l'AVS.

Les conséquences financières du modèle B pour l'assurance-maladie auraient en principe été nulles, car il était prévu de fixer la contribution financière de l'assurance-maladie au niveau de sa charge actuelle. En outre, le projet proposait, comme mesures d'accompagnement communes aux deux modèles, un élargissement des prestations complémentaires d'une part, et un renforcement de la prévention d'autre part: – Elargissement des prestations complémentaires. Pour atténuer les conséquences des modèles A et B sur la charge financière des ménages privés, le projet proposait de réformer le régime des prestations complémentaires en supprimant le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires des EMS. Cette mesure était d'ailleurs déjà prévue dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁴⁹. – Renforcement de la prévention. Dans le domaine des soins, le potentiel de rationalisation est moins important que dans le reste du domaine de l'assurance-maladie. Pour agir efficacement en termes de maîtrise des coûts, il faut donc renforcer la prévention. Le projet proposait ainsi de charger la fondation Promotion Santé Suisse de traiter la prévention comme un de ses thèmes prioritaires.

E. 48

Iten/Hammer, Financement des soins, Zurich 2003.

E. 49

Voir à ce propos ch. 5 ci-dessous.

1943 1.3.2 Résultats de la procédure de consultation 1.3.2.1 En général L'évaluation des résultats de la procédure de consultation a mis en évidence que la quasi totalité des participants estimaient indispensable une réforme du système actuel de financement des soins, mais que la plupart – pour diverses raisons – jugeaient les mesures proposées par le Conseil fédéral insatisfaisantes. Etant donné que les deux modèles proposés en consultation se sont en partie heurtés à une vive opposition, ils n'ont pas été retenus dans la forme discutée jusqu'à présent. 1.3.2.2 Résultats sur les points essentiels L'ensemble des cantons, partis politiques et milieux consultés ont catégoriquement rejeté le modèle A dans sa globalité. Ils se sont en effet montrés sceptiques quant à la faisabilité pratique du modèle, en particulier en ce qui concerne la délimitation entre les situations simples et complexes, et celle entre les soins dus à la maladie et ceux liés à l'âge. Plusieurs ont par ailleurs relevé que la charge financière serait très lourde pour les personnes n'ayant pas du tout besoin de soins de traitement, mais nécessitant d'importants soins de base. Dans ce contexte, ils ont exprimé la crainte que le modèle A n'incite les médecins à déclarer complexes certains cas pour des raisons sociales. La proposition d'introduire une allocation AVS pour impotence de faible degré a été accueillie favorablement par la plupart des participants, alors que la suppression de l'allocation pour impotent pour les pensionnaires de homes s'est heurtée à l'opposition massive des cantons notamment. Le modèle B n'a pas non plus convaincu, même si les critiques à son égard ont été moins virulentes qu'à l'encontre du modèle A. La majorité des cantons et des communes ont même soutenu le modèle B, mais seulement quant au principe et à certaines conditions. Les participants ont principalement reproché au modèle B d'ouvrir une dangereuse brèche dans le système d'assurance-maladie suisse: la limitation de la prise en charge par l'assurance-maladie sociale à une participation au coût des prestations médicales pourrait avoir un caractère préjudiciable, ce qui n'est pas souhaitable du point de vue de la politique sociale. Beaucoup ont également souligné le caractère inévitablement arbitraire d'une limite temporelle entre soins aigus et soins de longue durée. L'élargissement des prestations complémentaires a été salué par la majorité des participants. Les cantons ont toutefois exigé des mesures de correction concernant le financement: ils ont demandé que la part de la Confédération dans les prestations complémentaires soit augmentée, en contrepartie des transferts de coûts vers les PC. Quant au renforcement de la prévention, les résultats ont été mitigés. Personne ne conteste l'importance de la prévention, mais la majorité considère qu'il est contre-productif de focaliser l'activité de l'institution visée à l'art. 19 LAMal sur la prévention du besoin de soins, car on ne peut favoriser une catégorie particulière de la population qu'au détriment des autres groupes. En outre, certains ont relevé que, pour être efficace, la prévention du besoin de soins devait déjà commencer dans les phases antérieures de la vie.

1944 2 Grandes lignes du projet 2.1 Idée maîtresse du nouveau modèle de financement En substance, le nouveau régime de financement des soins poursuit deux objectifs qui sont, en partie du moins, contradictoires: d'un côté, il s'agit d'améliorer la situation sociale difficile de certaines catégories de personnes dépendantes et, de l'autre, de ne pas mettre davantage à contribution les finances de l'assurance-maladie, qui prend en charge un volume toujours croissant de soins liés à la vieillesse dans le système actuellement en vigueur. En vertu de son but, l'assurance-maladie ne devrait prendre en charge que les prestations liées à la maladie, soit, dans le domaine des soins, les soins liés à la maladie, mais pas les soins liés à la vieillesse. Or, la distinction entre les deux est pour ainsi dire impossible à opérer dans la pratique car, chez les personnes âgées, l'on peut trouver une cause somatique dans tous les cas de soins. Il ne faut toutefois pas se méprendre: le risque de devoir prodiguer des soins

augmente nettement avec l'âge. Pour le même tableau clinique, une personne jeune guérira sans soins ou avec moins de soins qu'une personne âgée qui, elle, aura besoin de soins provisoires ou permanents en raison de son âge. Dans le système suisse de sécurité sociale, fruit de l'histoire, structuré selon le principe de la causalité, c'est-à-dire en fonction des risques, il faut éviter que ce surcroît de charges dû à la vieillesse soit supporté sans limite par l'assurance-maladie. Il est donc nécessaire de redéfinir les champs d'application des différentes branches des assurances sociales. La nouvelle définition proposée se fonde sur les principes suivants: – Dans le domaine des soins, l'assurance-maladie doit centrer plus clairement ses prestations sur ce qui est sa tâche essentielle, le remboursement des prestations médicales liées à la maladie. Etant donné que, en pratique, les soins sont perçus comme un tout et qu'il n'est pas possible de séparer les soins liés à la vieillesse de ceux qui sont liés à la maladie, le modèle proposé prévoit que les soins de traitement, plus directement médicaux, soient entièrement à la charge de l'assurance-maladie, tandis que pour les soins de base, qui comprennent pour l'essentiel des mesures destinées à satisfaire les besoins humains fondamentaux, seule une participation aux frais serait versée. Cette approche se révèle doublement conforme au système: d'une part le droit en vigueur s'appuie déjà sur le couple de concepts «soins de base»/«soins de traitement», d'autre part la solution des participations, même si elle est en elle-même étrangère au système – les tarifs et les prix de l'assurance-maladie couvrent en principe l'intégralité de la prestation –, concerne un domaine (les soins de base) qui est assez «éloigné» du domaine médical; cette solution apparaît comparable à d'autres solutions prévues par le droit en vigueur (p. ex. pour les cures balnéaires ou les frais de transport et de sauvetage). – Par rapport au droit en vigueur, la proposition de réforme de l'assurance-maladie entraîne un plafonnement des prestations dans le domaine des soins de base, puisque seule une participation aux frais est versée pour ces derniers. A titre de compensation, et pour inciter les personnes à recourir le plus tard possible aux infrastructures de type hospitalier, il est proposé d'introduire dans l'AVS, pour les personnes qui vivent à domicile, une allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré (actuellement, l'AVS ne verse d'allocation pour impotent qu'en cas d'impotence grave ou moyenne).

1945 Il reste encore à relever que si c'est dans le domaine des soins aux personnes âgées que la pression des problèmes de politique sociale et des problèmes financiers est la plus forte, les modifications proposées sont néanmoins valables pour toutes les personnes bénéficiant de l'assurance-maladie obligatoire, quel que soit leur âge.

2.2 Questions de définition

2.2.1 Définition des soins de base et des soins de traitement

Si la science infirmière voit généralement d'un œil critique et juge dépassé le couple de concepts «soins de base»/«soins de traitement», celui-ci s'est imposé comme couple de concepts juridiques et il est aussi reconnu comme tel par la littérature⁵⁰. Au reste, le but d'une définition inscrite dans le droit de l'assurance-maladie n'est pas de donner de l'activité soignante une description aussi proche de la réalité que possible, mais d'établir une base pour le remboursement des soins par les assureurs-maladie. Cette approche est étayée par le fait que les concepts de soins de base et de soins de traitement sont ancrés dans le droit positif et les bases juridiques de plusieurs pays de l'espace germanophone, surtout en Allemagne⁵¹ et partiellement en Autriche⁵². Ces deux notions peuvent se définir comme suit: – Soins de base: Bien que les soins de base ne soient pas définis de manière uniforme dans la littérature, il en ressort que leur but essentiel est de permettre au patient de continuer à accomplir lui-même les activités de la vie quotidienne (AVQ), qui portent sur six domaines (s'habiller, se déshabiller; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette;

aller aux toilettes; se déplacer). Les soins de base peuvent être apportés sous diverses formes: soutien, accomplissement partiel ou intégral des activités de la vie quotidienne, ou encore surveillance et instructions en vue de permettre à la personne d'accomplir ces activités de manière autonome. – Soins de traitement: Les soins de traitement poursuivent en règle générale un objectif thérapeutique ou palliatif, afin de traiter une maladie ou d'en combattre les conséquences. Les mesures de soins de traitement sont donc spécifiques à la maladie, c'est-à-dire qu'elles sont liées à un diagnostic médical.

2.2.2 Définition de l'impotence

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). Le degré d'impotence est fonction des définitions de l'assurance-invalidité. Ainsi, l'impotence est grave lorsqu'une personne a besoin d'une aide importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite des soins permanents ou

E. 50

Voir le commentaire aux mots-vedettes «Behandlungspflege» et «Grundpflege» dans: Pschyrembel Wörterbuch Pflege, Berlin/New York 2003, p. 86 s. et 282 s. 51 Cf. § 37 SGB V (code de la sécurité sociale, livre V: assurance-maladie légale), § 80a SGB XI (code de la sécurité sociale, livre XI: assurance dépendance sociale). 52 Cf. § 151, al. 3, de la loi concernant l'assurance sociale générale.

1946 une surveillance personnelle (art. 37, al. 1, RAI53). L'impotence est moyenne ou faible lorsqu'une personne a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir un certain nombre d'actes ordinaires de la vie (4 ou 2 respectivement; art. 37, al. 2 et 3, RAI).

2.3 Mesures d'accompagnement

2.3.1 Mesures d'accompagnement relatives à la maîtrise des coûts

2.3.1.1 Remarque préliminaire sur la maîtrise des coûts dans le domaine des soins

De 1996 à 2001, la LAMal a été soumise à une vaste analyse de ses effets en vue de juger si les objectifs visés par le législateur avaient été atteints. Les résultats de cette analyse ont montré que si deux des trois grands objectifs de la LAMal – le renforcement de la solidarité entre les assurés et la garantie des prestations médicales pour tous – peuvent être considérés comme atteints, il n'en va pas de même pour le troisième, la maîtrise des coûts: depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, tant les dépenses générales de l'assurance-maladie que les coûts de celle-ci en matière de soins ont progressé à des rythmes annuels bien supérieurs à l'évolution moyenne des salaires et des prix. Si l'on examine l'évolution des coûts selon ses composantes (coûts = volume x prix), il est à noter que la composante «prix» ne joue en général qu'un rôle secondaire dans le domaine des soins en raison des tarifs-cadres en vigueur, de sorte que l'augmentation des coûts est due pour l'essentiel à l'accroissement du volume. Toutefois, il convient de différencier les motifs de cet accroissement: si les experts en économie de la santé estiment qu'il y a un potentiel de rationalisation considérable dans le système général de l'assurance-maladie – selon des études internationales, jusqu'à 30 % des prestations fournies n'ont pas d'utilité médicale – car des motifs non médicaux (utilisation des capacités existantes, optimisation du revenu des prestataires, exigence des patients ou traitements multiples en raison de l'absence de coordination de la chaîne des soins) influencent la fourniture de prestations, il y a toutefois lieu de relativiser considérablement, dans le domaine des soins, l'influence de ces motifs et, partant, le potentiel de rationalisation. Les personnes fortement dépendantes n'ont en effet guère le choix ou la liberté de formuler une préférence pour une prestation ou une autre, les soins sont dispensés sur ordonnance médicale principalement par des

prestataires non médicaux après une évaluation des besoins et les établissements médico-sociaux n'ont pour ainsi dire pas de surcapacités. Ces différents motifs qui expliquent la hausse des coûts ne dispensent pas les pouvoirs publics de mettre au point des mesures de maîtrise des coûts dans le domaine des soins aussi. Toutefois, ces mesures ne doivent pas se contenter de viser la suppression de prestations diagnostiques ou thérapeutiques sans indication médicale ou presque, mais accorder la priorité à la promotion de la prévention.

53 Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201.

1947 2.3.1.2 Renforcement de la prévention Les raisons pour lesquelles une personne peut nécessiter des soins sont multiples: infirmités congénitales, maladies aiguës ou accidents, cumul de maladies chroniques, troubles des fonctions physiques ou psychiques dus à l'âge. Si l'on part de l'idée qu'à un âge avancé les maladies chroniques et des habitudes peu propices à la santé (mauvaise alimentation, manque de mouvement, consommation d'alcool ou de tabac, manque de contacts sociaux, etc.) sont les principaux facteurs générateurs d'infirmités et donc de dépendance, deux approches fondamentales s'imposent: – promotion de la santé et prévention tout au long de la vie; – mesures préventives permettant aux personnes concernées de mener une existence autonome en dépit des handicaps fonctionnels. Il est scientifiquement prouvé que des programmes de prévention ciblés peuvent être appropriés et efficaces pour la population âgée: les recherches menées et les expériences faites dans plusieurs cantons⁵⁴ montrent que des procédures adéquates et adaptées au contexte suisse favorisent l'indépendance des personnes âgées et permettent d'éviter des placements en EMS. Les résultats d'une vaste étude conduite dans le cadre du Programme national de recherche «Vieillesse» (PNR 32) ont montré que les visites préventives peuvent être une prévention efficace des infirmités de vieillesse. Ce constat est confirmé par d'autres études menées en Scandinavie, en Amérique du Nord et en Australie. Les programmes de visites préventives à domicile axées sur le long terme réduisent la fréquence des besoins en soins et permettent de réduire d'un tiers le nombre de placements en institution⁵⁵. De plus, la prévention gériatrique est, du moins pour les personnes sans invalidité, non seulement efficace sur le plan médical mais aussi sur celui des coûts, à moyen terme en tout cas: il ressort des études menées dans divers cantons et à l'étranger que, grâce aux mesures de promotion de la santé et de prévention, il est moins souvent nécessaire de placer dans un home les personnes âgées de 75 ans et plus, et qu'en outre les problèmes de santé étaient repérés plus tôt et abordés déjà par le médecin de famille. Si, au début, les frais de santé augmentent temporairement de 800 francs par personne, les études ont constaté, à partir de la troisième année, des économies de 2000 francs par personne et par an. L'étude du PNR a montré que la qualité des visites à domicile, qui nécessitent des connaissances interdisciplinaires, est un facteur décisif de la réussite du programme. Pour cette raison, leur mise en œuvre à grande échelle requiert des mesures aux différents échelons de la formation ainsi que du contrôle des prestations et de la qualité. En Suisse, il n'existe pas suffisamment de programmes de formation, ni dans le domaine paramédical, ni dans le domaine médical. La formation actuelle des infirmiers de santé publique ne tient pas suffisamment compte du profil d'exigences. Dans le domaine médical également, la réalisation d'un tel programme suppose un relèvement des exigences: pour améliorer les compétences des généralistes et des spécialistes en matière de gériatrie, il faudrait examiner dans quelle mesure des

54 Andreas Stuck, Stephan Born, Gesundheitsförderung im Alter. Managed Care 2001. 55 Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (éd.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Série d'études de la SSPS, N° 62, Muri 2000; Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; 287: 1022-8.

1948 programmes spéciaux de formation continue et de perfectionnement devraient être créés. Enfin, il conviendrait d'envisager aussi des modules de formation communs (p. ex. aux futurs médecins et aux futurs soignants). Dans ce contexte, il paraît indiqué d'encourager la prévention de la dépendance à différents niveaux. Une étude internationale⁵⁶ publiée par le bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aboutit à quatre recommandations de principe: – élaborer des plans de prévention stratégiques aux niveaux national et communal; – encourager les offres de formation continue en gériatrie et gérontologie pour les professions concernées; – élaborer des programmes qui permettent aux personnes âgées d'adopter un comportement adéquat face aux facteurs de risque susceptibles d'entraîner infirmités et maladies chroniques; – encourager des travaux de recherche et de développement sur le thème «vieillesse et handicap». Le projet de l'OFSP «Vieillesse et santé» suit notamment l'approche consistant à définir et appliquer les mesures les plus prometteuses, en collaboration avec les spécialistes qui sont en contact direct avec le groupe-cible, autrement dit médecins, infirmiers de santé publique, services sociaux et services de soins à domicile. Mais il importe de toucher aussi les personnes concernées elles-mêmes, leurs proches et les autorités politiques. Le but des efforts déployés doit être de prévenir les infirmités et d'éviter ou de retarder le placement en établissement médico-social. Les mesures possibles peuvent être classées en deux catégories: – Promotion de la santé et prévention générale: à ce niveau, le but est de réduire aussi bien les facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques que les risques directement liés à la vieillesse et pouvant conduire à la dépendance. Une information ciblée permettrait de sensibiliser les personnes âgées, leurs proches et les spécialistes aux aspects particuliers de la promotion de la santé et de la prévention chez les personnes âgées (p. ex. exercice physique, contacts sociaux, alimentation, dépendance au tabac ou à l'alcool, prévention des chutes, vaccination contre la grippe). Ces programmes devraient, comme jusqu'ici, être (co)financés par des subsides publics, par des fonds à affectation liée ou – dans le domaine de l'assurance-maladie – par la fondation Promotion Santé Suisse (art. 19 LAMal). En particulier au niveau fédéral, les possibilités d'un financement dans le cadre des ressources existantes devraient en premier lieu être épuisées par la fixation de priorités et de postériorités correspondantes. – Prévention individuelle: – Au niveau de la prévention individuelle primaire, une base légale existe déjà: en vertu de l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend notamment en charge les coûts «des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés», ces mesures de prévention devant être exécutées ou ordonnées par un médecin. Les visites préventives à domicile pourraient en faire partie. Entre-temps, la Clinique

56 Eino Heikkinen, Disability in Old Age, Burden of Disease Network Project, Finnish Center of Interdisciplinary Gerontology, University of Jyväskylä (2004).

1949 gériatrique de l'Université de Berne a développé un modèle de procédure préventive «profil de santé». Un questionnaire permet, au moyen de situations concrètes de la vie quotidienne, de faire le tour de tous les domaines importants de la santé et de la qualité de

vie liée à la santé. Le résultat est un «rapport de santé» personnel comprenant des mesures pouvant être appliquées par soi-même ou avec l'assistance d'un tiers. Avant de prévoir au plan de l'ordonnance l'obligation de prise en charge par les assureurs-maladie, il faudrait au préalable que les commissions de la Confédération spécialisées dans ce domaine examinent en détail les conditions-cadres (catalogue des prestations, formation des prestataires médicaux et non médicaux, tarification, etc.). Une attention particulière devrait être accordée au rapport coûts-efficacité afin d'éviter à court terme une charge financière supplémentaire de l'assurance-maladie sans efficacité au moyen-long terme. – Au niveau de la prévention individuelle secondaire, il importe surtout d'éviter que des maladies chroniques ne conduisent à l'infirmité et à la dépendance. Les offres d'autonomisation (self management) développées aux Etats-Unis⁵⁷ apparaissent par exemple très prometteuses. Ces programmes ont été mis au point pour des troubles fonctionnels spécifiques (maladies cardiovasculaires, diabète, asthme, rhumatismes, etc.), ils aident les personnes à faire face aux problèmes qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne et favorisent ainsi leur indépendance. Le potentiel des modèles de réseaux de soins intégrés est lui aussi encore largement inexploité. Une étude menée en Italie⁵⁸ a montré qu'une gestion par cas avec un encadrement médical, infirmier et social des personnes âgées peut réduire de 20 à 30 % le risque d'hospitalisation ou de placement dans une institution.

2.3.1.3 Renforcement des instruments de maîtrise des coûts

Bien que le domaine des soins dispose de moins de marge que le système général de l'assurance-maladie pour maîtriser les coûts, il faut tenter, en renforçant des instruments qui existent déjà, d'agir tant sur le facteur prix que sur le facteur volume pour influencer positivement sur l'évolution des coûts. – Au niveau des prix: La loi doit obliger les partenaires tarifaires à convenir d'un remboursement forfaitaire des soins de traitement. De la sorte, contrairement au droit en vigueur qui se contente de mentionner la possibilité d'une rémunération forfaitaire dans une disposition potestative (art. 50, 2e phrase, LAMal), la possibilité d'un tarif à la prestation – dont on sait par expérience qu'il tend à encourager l'augmentation du volume – sera explicitement exclue. De plus, le Conseil fédéral épuisera la possibilité qui lui est accordée à l'art. 43, al. 7, LAMal, d'établir au niveau de l'ordonnance des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. En rapport avec ces princi-

57 Kate R. Lorig, *Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms*, *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, Vol. 26, No. 1, 1–7. 58 Roberto Bernabei, *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community*, *BMJ*, 1998; Vol. 316, 1348–1351.

1950 pes, il faudra en particulier examiner dans quelle mesure une structure de rémunération uniforme valable pour toute la Suisse peut être établie pour la tarification des soins de traitement. – Au niveau du volume: Le droit en vigueur prévoit déjà (a) que la prescription médicale de prestations de soins doit reposer sur une évaluation des soins requis et une planification commune, et (b) que la prescription doit être d'une durée limitée et être soumise à une procédure de contrôle et de conciliation⁵⁹. L'effet de ces mesures pourrait être renforcé si par exemple les gériatres étaient inclus dans ces processus d'évaluation et de contrôle.

2.3.2 Mesures d'accompagnement relevant de la politique sociale

Etant donné que le nouveau régime des prestations de l'assurance-maladie a tendance à alourdir la charge des ménages, il semble indiqué, du point de vue de la politique sociale, de corriger cette tendance par le biais de prestations liées au besoin, comme il en va

des prestations complémentaires. La présente révision de la loi prévoit la suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home, car cette mesure est également proposée dans le projet de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁶⁰. Le montant des prestations complémentaires ne devrait donc plus être limité, si l'on part de l'idée que les cantons prévoient un plafond pour les taxes de home prises en compte⁶¹. Dans les homes dont les frais de soins sont inférieurs au plafond établi, ces frais pourraient être entièrement pris en charge par les PC, ce qui exclurait pratiquement le risque d'avoir recours à l'aide sociale.

2.4 Eléments de révision non retenus

2.4.1 Assurance des soins

On peut créer une assurance sociale distincte qui prendrait en charge les conséquences économiques de la nécessité de recevoir des soins, différentes modalités pouvant être envisagées tant pour la définition des prestations que pour le caractère obligatoire de l'assurance et le financement. Ces modalités peuvent être combinées entre elles: – Définition des prestations: Comme il en va en Allemagne, le risque de soins peut être couvert par une branche de la sécurité sociale, obligatoire pour l'ensemble de la population, qui prend en charge non seulement les soins médicalement nécessaires mais aussi les autres soins, quelle qu'en soit la cause. Toutefois, l'on envisage aussi des modèles qui ne prendraient en charge que les indications médicales au sens de la LAMal.

59 Art. 8 et 8a OPAS. 60 Voir ch. 5. 61 Actuellement, seuls trois cantons n'ont pas encore adopté de plafond pour les frais des maisons de retraite, institutions pour invalides et établissements médico-sociaux: Neuchâtel, Saint-Gall et Bâle-Campagne.

1951 – Caractère obligatoire: L'assurance peut être obligatoire pour l'ensemble de la population ou seulement pour certaines catégories, en particulier certaines tranches d'âge (personnes âgées de plus de 50, 60 ou 70 ans, p.ex.). – Financement: Sur le plan du financement, on peut envisager tout particulièrement – outre les déductions salariales et les recettes fiscales générales habituelles dans les systèmes de sécurité sociale – les primes par tête, qui peuvent être soit uniformes (solidarité entre les générations) soit différenciées en fonction du risque (solidarité au sein des générations). En Suisse, l'introduction d'une assurance de soins a souvent été débattue et rejetée. Ainsi, l'initiative parlementaire Tschopp du 30 novembre 1992, c'est-à-dire d'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, proposait une assurance fédérale indépendante de l'assurance-maladie obligatoire qui prendrait en charge les frais sanitaires et d'encadrement social des personnes âgées de plus de 75 ans («AVS plus»). Dans son rapport du 13 janvier 1999 présenté en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur la prise en charge des prestations de soins et d'encadrement social en cas de besoins en soins, le Conseil fédéral estimait qu'en matière de soins médicaux, la solidarité entre générations institutionnalisée par la LAMal devait être maintenue, qu'il n'était pas souhaitable, du point de vue social, de traiter séparément le 4e âge et qu'il était préférable de traiter sur le même pied toutes les personnes dépendantes, quel que soit leur âge. Il jugeait par ailleurs que l'allègement de la charge, pour les familles et les personnes de condition modeste, devait trouver une solution à travers les mécanismes de contrôle des coûts et de réduction individuelle des primes. Pour ce qui est de la couverture des frais liés à la nécessité de recevoir des soins (soins, hébergement, encadrement social, assistance), le Conseil fédéral était d'avis qu'il fallait coordonner les prestations complémentaires avec l'assurance-maladie, l'allocation pour impotent et l'indemnité d'assistance que prévoyait alors la 4e révision de l'AI. Cette conception du Conseil fédéral est confirmée par les résultats de la procédure de consultation de l'été 2004 sur le nouveau régime de

financement des soins: la majorité des participants se sont prononcés contre l'introduction d'une assurance des soins séparée. 2.4.2 Financement dualfixe Dans le contexte de la réorganisation du financement hospitalier actuellement débattue au Parlement⁶², le financement dualfixe a également été avancé comme modèle de financement possible pour les prestations de soins fournies en institution. Ce modèle⁶³ prévoit l'indemnisation de l'ensemble des coûts des soins en EMS (y compris la part d'investissements et les prestations de soins et d'assistance) sous forme de forfaits qui seraient assumés à parts égales par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics. Simultanément, les personnes séjournant en EMS n'auraient plus droit aux allocations pour impotent de l'AVS/AI. Les forfaits pour les prestations de soins en institution devraient être négociés entre les assureurs-maladie, les pouvoirs

62 Voir le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), FF 2004 5207.
63 Willy Oggier, *Die Pflegefinanzierung in der Schweiz*, Zurich 2002.

1952 publics et les EMS ou leurs associations cantonales. Les prestations de soins ambulatoires seraient, elles, entièrement financées par les assureurs-maladie. Dans un rapport d'experts sur le financement des soins⁶⁴, commandé en été 2002 en vue d'une autre révision de la LAMal, les conséquences financières du financement des soins sur le mode dualfixe sont représentées sur la base des coûts de l'année 2000: par rapport au statu quo, la charge supplémentaire annuelle serait de 140 millions de francs pour l'assurance-maladie et de 585 millions de francs pour les pouvoirs publics (cantons). Les ménages, pour leur part, seraient déchargés de 495 millions de francs par an. Etant donné l'ampleur des conséquences financières pour les pouvoirs publics, les chances de ce modèle d'être accepté par les milieux politiques apparaissent d'emblée comme minimales. Le transfert de la charge des ménages vers les pouvoirs publics aurait en outre pour effet secondaire d'orienter les prestations davantage selon le principe de l'assurance qu'en fonction des besoins. 2.4.3 Modèle des fournisseurs de prestations d'avril 2004 A l'approche de la procédure de consultation sur le nouveau régime de financement des soins, diverses associations de fournisseurs de prestations ont formulé un modèle de financement commun⁶⁵ dont plusieurs participants à la procédure ont ensuite recommandé la mise en œuvre. Ce modèle distingue quatre phases de soins: les soins aigus, les soins de réadaptation, les soins de longue durée, 1^{re} période, et les soins de longue durée, 2^e période. Soins aigus, soins de réadaptation et soins de longue durée, 1^{re} période, sont limités dans le temps à un maximum de 365 jours; au-delà, les soins, qu'ils soient prodigués en EMS ou à domicile, sont définis comme soins de longue durée, 2^e période. Les fournisseurs de prestations proposent que les soins dispensés durant les trois premières phases, qu'ils l'aient été à l'hôpital, en EMS ou à domicile, soient remboursés au prix coûtant par l'assurance obligatoire des soins. Dans la phase de soins de longue durée, 2^e période, l'assurance obligatoire des soins verserait une contribution aux frais de soins; durant cette phase, les patients supporteraient au maximum 20 % des coûts, les prestations étant partiellement prises en charge par d'autres assurances sociales. Le déficit éventuel serait couvert par les pouvoirs publics. En résumé: dans les faits, une assurance des soins est mise en place pour la première année de besoins en soins; ensuite, les prestations de l'assurance obligatoire des soins est réduite à une contribution et les coûts non couverts sont à la charge des assurés, d'autres assurances sociales et des pouvoirs publics. Le Conseil fédéral n'a pas l'intention de poursuivre ce modèle, notamment parce que durant la

première année – malgré la nouvelle (et d'ailleurs confuse) définition de phases et leur délimitation – l'intégralité du coût des soins devrait en principe être couverte par l'assurance obligatoire des soins, et que les règles de délimitation des phases et de couverture des coûts proposées par les fournisseurs de prestations n'ont pas d'autre effet que de redistribuer les fonds entre les institutions concernées en fonction de la durée pendant laquelle les diverses personnes dépendantes de soins et classées dans les différentes phases de soins sont soignées dans l'institution. La

64 Rolf Iten/Stephan Hammer, *Financement des soins*, Zurich 2003. 65 *Financement des soins, points de vue conjoints des fournisseurs de prestations*, Berne/Zurich, 2004.

1953 réduction des prestations de l'assurance obligatoire des soins à une contribution à partir du 366^e jour de besoin en soins apparaît en outre arbitraire, car elle ne tient aucun compte de l'état de santé de la personne assurée. Une telle réglementation créerait deux catégories de personnes dépendantes de soins: celles dont l'assurance couvrirait l'intégralité des coûts et celles qui ne recevraient qu'une contribution. On ne peut pas présumer que les personnes qui reçoivent des soins depuis une année puissent avoir une influence notable sur l'ampleur des soins dont elles auront encore besoin. On ne voit donc pas pourquoi ce sont précisément ces personnes qui devraient être plus mal loties. Si le délai de 365 jours a été choisi à cause de la possibilité d'avoir droit, à partir de ce moment-là, aux allocations pour impotent de l'AVS, il conviendrait d'examiner si les prestations des assurances sociales ne peuvent pas être coordonnées d'une autre manière.

2.4.4 Modèle de contribution

Après la procédure de consultation, le secrétariat central de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé a proposé un modèle, lequel s'appuie sur une proposition de réforme discutée – et finalement rejetée – par le Parlement dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal. Ce modèle de financement prévoit, tant pour les soins de traitement que pour les soins de base – à savoir donc pour des prestations qui correspondent plus ou moins à celles en vigueur – une solution de contribution: l'assurance-maladie s'acquitte uniquement d'une contribution qui est définie en pour-cent (60 % ont été proposés) des coûts imputables et est convertie en tarifs uniformes valables dans toute la Suisse. Les coûts imputables se basent sur la structure moyenne des coûts d'établissements de référence représentatifs (également au niveau régional). Afin de tenir compte de leur structure des coûts différente, les coûts imputables des homes et des soins à domicile sont établis séparément. De l'application du pourcentage (de 60 % par exemple) ancré dans la loi découle ensuite le tarif différencié selon le niveau de soins requis et la catégorie de fournisseurs de prestations (homes/soins à domicile). Les tarifs sont fixés dans l'ordonnance et adaptés annuellement à l'évolution des coûts, laquelle est également déterminée sur la base des structures de coûts standardisées relevées. Le montant restant qui n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie est facturé au bénéficiaire de prestations et est financé par des moyens propres (notamment rentes et allocations pour impotents) ainsi que par des prestations sociales (PC, aide sociale) versées en fonction des besoins. La raison principale pour laquelle ce modèle ne doit pas être retenu réside dans le fait que la participation exprimée en pour-cent dans un mécanisme d'adaptation annuelle des tarifs entraîne la participation automatique de l'assurance-maladie à l'évolution dynamique des coûts dans le domaine des soins, empêchant ainsi la stabilisation des dépenses de l'assurance-maladie à moyen et long terme: les prévisions pour l'année 2030 montrent que ce modèle entraînerait des dépenses supplémentaires pour l'assurance-maladie de largement plus d'un milliard de francs par rapport au modèle proposé dans le présent message. D'autres éléments apparaissent

également justifier que l'on renonce à ce modèle: ainsi l'uniformisation des tarifs au niveau suisse, qui exclut toute négociation tarifaire et qui, au regard des différences cantonales existantes, laisse prévoir un nivellement au niveau moyen, ainsi la complexité des procédures de fixation et d'adaptation des tarifs, ainsi les questions de

1954 définition délicates (notamment la définition de «l'intégralité des coûts», à savoir le 100 % des coûts correspondants). 2.4.5 Extension de la reconnaissance des bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS Depuis l'entrée en vigueur de la 10e révision de l'AVS en 1997, les assurés qui prennent en charge des membres de leur famille au bénéfice d'une allocation de l'AVS/AI pour impotence de degré moyen au moins et avec lesquels ils font ménage commun peuvent prétendre à une bonification pour tâches d'assistance⁶⁶. Cette bonification doit être demandée à la caisse cantonale de compensation. Au 1er janvier 1998, 1116 demandes de bonification pour tâches d'assistance avaient été enregistrées, et 1852 au 1er janvier 2004⁶⁷. Ce nombre plutôt bas devrait s'expliquer par le caractère relativement exigeant des conditions d'octroi. Aussi la 11e révision de l'AVS, rejetée par le peuple le 16 mai 2004, prévoyait-elle d'étendre le droit aux bonifications pour tâches d'assistance, en ceci que les allocations pour impotent de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire auraient également été prises en compte. De plus, l'exigence du ménage commun aurait été remplacée par la possibilité de «se rendre facilement auprès de la personne prise en charge» (projet d'art. 29septies, al. 1, E-LAVS68). L'absence de lien immédiat avec la thématique des soins invite à reprendre la question d'une éventuelle adaptation de la bonification pour tâches d'assistance dans une révision de l'AVS indépendante. 2.4.6 Impôt fédéral sur les successions, source complémentaire de financement Ces dernières années, l'on a proposé à plusieurs reprises de financer les assurances sociales – et notamment l'AVS – en prélevant un impôt fédéral sur les successions. Le Conseil fédéral a rejeté ces propositions au motif que la perception d'un impôt fédéral sur les successions pour financer les œuvres sociales affaiblirait les recettes des cantons et irait à l'encontre de la réforme de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons (voir la motion 96.3213 Hafner Contribution au financement de l'AVS, impôt fédéral sur les successions et les donations). Toutefois, personne ne conteste que les éventuelles améliorations des PC constituent une forme de protection de la succession puisque le solde de la fortune ne doit pas être affecté au règlement des prestations de soins mais peut être transmis aux héritiers.

66 La bonification pour tâches d'assistance est un montant annuel fictif qui est pris en compte pour le calcul de la rente au moment où s'ouvre le droit à la rente. 67 Relevés de l'Office fédéral des assurances sociales. 68 FF 2003 6073

1955 2.5 Interventions parlementaires L'adoption de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins permettra de classer les interventions parlementaires suivantes: – le postulat Loepfe du 4 octobre 2002 (02.3626; N 20.6.2003), qui demandait notamment au Conseil fédéral de rédiger un rapport montrant comment sont réparties les différentes prestations des assurances sociales en matière de soins. Le message du Conseil fédéral contient une description circonstanciée de la situation actuelle des soins en Suisse du point de vue tant qualitatif que quantitatif (ch. 1.1) et répond donc au vœu de l'auteur du postulat; – le postulat du 14 novembre 2002 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (02.3645; N 8.12.03) demande au Conseil fédéral d'également examiner, en relation avec le financement des hôpitaux, le financement dual fixe pour le domaine des homes. Etant donné que ce modèle de financement a été amplement traité dans

deux rapports d'experts, le mandat peut être considéré comme étant rempli, même si le financement dualfixe dans le secteur des hommes n'a pas été retenu dans le cadre du présent message, en particulier à cause des conséquences financières. – la motion du 4 décembre 2003 (03.3597; N 8.12.2003, E 3.6.2004), par laquelle les Chambres fédérales chargeaient le Conseil fédéral de présenter au Parlement en 2004 une proposition sur la réforme du financement des soins, en accordant une attention particulière à la questions des soins de longue durée, en coordination avec l'obligation de prise en charge de la part d'autres assurances sociales (y compris les prestations complémentaires). Par son message, le Conseil fédéral remplit avec un léger retard le mandat de la motion.

3 Commentaire des différents articles

3.1 Modifications de l'assurance-maladie

La mise en œuvre du modèle proposé requiert des modifications tant au niveau de la loi qu'à celui de l'ordonnance: en effet, la loi ne décrit que le principe des prestations non médicales (art. 25, al. 2, let. a, LAMal pour les soins), tandis que les différentes prestations sont définies dans les listes positives de l'ordonnance. Dans la perspective de la mise en œuvre du modèle, ce principe de la définition des prestations dans le droit de l'assurance-maladie signifie que s'il suffit d'inscrire les principes du modèle au niveau de la loi, il y a lieu de redéfinir les prestations de soins prises en charge par les caisses-maladie dans l'ordonnance départementale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

1956

3.1.1 Modifications au niveau de la loi

Art. 25, al. 2, let. a et abis, LAMal

Au niveau de la loi, il faut, d'une part, introduire dans la définition des prestations générales de l'art. 25 LAMal le couple de concepts soins de base/soins de traitement, et, d'autre part, inscrire le principe selon lequel l'assurance ne verse qu'une participation aux frais des soins de base.

Art. 50 LAMal

Alors que, selon les normes de délégation en vigueur, la participation aux frais des soins de base devra être définie dans l'OPAS, le remboursement des frais des soins de traitement suivra les principes tarifaires du droit en vigueur, c.-à-d. qu'il sera négocié et fixé par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. La liberté existant en principe quant aux termes de la convention sera toutefois limitée dans le domaine des établissements médico-sociaux⁶⁹, dans la mesure où les partenaires tarifaires seront tenus par la loi de définir un mode de rémunération forfaitaire pour le remboursement des soins de traitement. Une telle règle est indiquée du point de vue de la maîtrise des coûts, car l'expérience a montré que le tarif à la prestation peut inciter à fournir des prestations et, de ce fait, favorise une augmentation de leur volume.

Art. 104a LAMal

Comme, lors de la phase d'introduction de la LAMal, l'on a constaté un manque de transparence en matière de coûts dans les domaines des soins à domicile et des établissements médico-sociaux, une délégation de compétence a été ajoutée dans l'OAMal en automne 1997 (art. 59a): cette délégation repose sur l'art. 43, al. 7, LAMal, selon lequel «le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation» et peut, si la transparence des coûts des organisations de soins et d'aide à domicile et des établissements médico-sociaux est insuffisante, habiliter le département à édicter des tarifs-cadres à ne pas dépasser. Conscient de cette difficulté de mise en œuvre, le législateur a adopté en 2000 l'art. 104a LAMal. Cette disposition transitoire constitue une base légale formelle qui octroie expressément à la Confédération la compétence d'édicter des normes. L'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins ôte toute justification à cette norme autorisant l'adoption de tarifs-cadres, qui doit donc être abrogée.

3.1.2 Perspective: modifications au niveau de l'ordonnance

En vertu de l'organisation du droit de l'assurance-maladie, toutes les autres

modifications de cette assurance doivent être effectuées au plan de l'ordonnance: à l'art. 33 LAMal, le législateur donne notamment au Conseil fédéral la compétence de préci-

69 En ce qui concerne les soins à domicile, une telle norme contraignante devrait moins être de mise, car dans ce domaine les conventions prévoient généralement des tarifs au temps consacré.

1957 ser les prestations décrites à l'art. 25, al. 2, LAMal ou d'en confier le soin au département ou à l'office fédéral. Comme dans le droit en vigueur, on peut supposer que le Conseil fédéral délèguera sa compétence législative, de sorte que tant la (nou- velle) définition des soins de base et des soins de traitement que la participation aux frais des soins de base et le renforcement des instruments de maîtrise des coûts pourront figurer dans l'OPAS. L'adaptation de l'OPAS devrait comprendre avant tout les éléments suivants: – Nouvelle définition des soins de base et des soins de traitement (Art. 7 OPAS): les définitions des soins de base et des soins de traitement actuelle- ment en vigueur, inscrites à l'art. 7 OPAS, proviennent pour l'essentiel de normes du droit antérieur à la LAMal, qui ont été reprises dans le texte de l'OPAS en 1995. Il paraît dès lors indiqué de vérifier ces définitions et de les préciser, le cas échéant, pour qu'elles correspondent à la doctrine et à la pra- tique qui prévalent. De manière générale, il faudra veiller, lors de la mise à jour des définitions, à ne pas oublier les besoins des personnes dépendantes de soins dans des situations particulières (comme les soins palliatifs ou les soins prodigués en cas de maladie psychique ou de démence sénile). Il y a lieu en outre d'adapter les soins de base définis dans le catalogue des presta- tions à la définition internationalement reconnue des activités de la vie quo- tidienne (AVQ)⁷⁰. – Définition de la contribution aux frais des soins de base: la contribution aux frais des soins de base due par les assureurs devrait être définie au niveau de l'ordonnance du département, comme c'est déjà le cas dans le droit en vigueur pour la participation aux frais de cure balnéaire (art. 25 OPAS) et aux frais de transport et de sauvetage (art. 26 et 27 OPAS). Par analogie avec les tarifs-cadres en vigueur, on peut supposer qu'un montant en francs (par jour ou par heure) sera fixé, échelonné le cas échéant suivant le niveau de soins requis. – Révision des procédures d'évaluation des soins requis et de contrôle: pour maîtriser l'évolution du volume des prestations en matière de soins, il sera indispensable de revoir les mécanismes d'évaluation des soins requis et de contrôle (et en particulier la durée limitée de la prescription et la possibilité de la renouveler), mécanismes actuellement définis aux art. 8 et 8a OPAS, et, si nécessaire, de les compléter notamment par une norme sur le recours aux géiatres.

3.2 Modifications de l'AVS Art. 43bis LAVS Les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui présentent une impotence faible ont désormais droit à une allocation pour impotent pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (soins de base), qui permet, combinée avec la contribution de l'assurance-maladie aux frais de base, de couvrir les prestations des soins à domi- cile. Toutefois, l'allocation en cas d'impotence faible ne sera servie qu'aux person- nes qui habitent chez elles et non à celles qui vivent dans un home. Il s'agit d'inciter

70 Voir ch. 2.2.1 ci-dessus.

1958 ainsi les personnes à éviter aussi longtemps que possible de recourir aux infrastruc- tures de soins de type hospitalier.

3.3 Modifications en matière de prestations complémentaires Art. 3a, al. 3, LPC Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut actuelle- ment dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art 3b, al. 1, let. a, LPC, soit actuellement 30

900 francs par an ou 2575 francs par mois. Le nouveau régime supprime cette limite, en présumant que les cantons prévoient généralement un plafond pour les taxes journalières réputées dépenses reconnues. Actuellement, 23 cantons sur 26 ont déjà fait usage de la possibilité de plafonner les taxes de home prises en compte. Il faut souligner que l'abolition de la limite de prestations doit être coordonnée dans le temps avec la réalisation de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (voir à ce propos ch. 5).

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Remarques générales

La dynamique générale de l'évolution des coûts ou des dépenses dans le domaine des soins est déterminée principalement par des variables exogènes. Ce domaine sera influencé surtout par deux variables qui interagissent, l'évolution démographique et les progrès de la médecine. L'évolution des coûts est difficile à quantifier (voir aussi ch. 1.2.2 et en particulier l'étude de l'observatoire suisse de la Santé effectuée spécialement à ce propos), mais à long terme il est très vraisemblable que les facteurs exogènes provoqueront dans l'ensemble du domaine des soins une hausse qui se répercutera sur tous les agents financeurs et représentera donc aussi une charge accrue pour les pouvoirs publics. A propos des conséquences financières du modèle, on retiendra qu'aujourd'hui déjà, les coûts des soins non pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts par d'autres sources de financement, à commencer par les ménages, ainsi que les cantons et les communes par le biais des prestations complémentaires et de l'aide sociale. Il s'ensuit que le nouveau régime ne produira en général pas de surcoûts à proprement parler, mais des transferts de charges entre les sources de financement, et ce principalement entre les ménages et les pouvoirs publics (prestations complémentaires, aide sociale).

1959

4.1.2 Conséquences financières pour les différentes assurances sociales

Les conséquences financières du projet de révision pour les différentes assurances sociales peuvent se résumer comme suit⁷¹ : – Conséquences financières pour l'assurance-maladie: on peut supposer que la contribution aux frais des soins de base sera définie de manière à laisser à peu près inchangée la charge de l'assurance-maladie selon les tarifs-cadres (env. 1,4 milliard de francs aujourd'hui). Mais si l'on admet que les tarifs-cadres ne permettent plus de couvrir intégralement les prestations obligatoires dans le domaine des soins comme au moment de leur introduction (au 1er janvier 1998), il faut dans la situation actuelle déjà compter avec un surcoût hypothétique que l'on peut estimer à 500 millions de francs⁷² (ce qui porterait les coûts actuels à 1,9 mia. de fr.). Si, de plus, on admet logiquement que ce surcoût suivra la même évolution que les autres coûts de l'assurance-maladie, il pourrait tripler d'ici à 2030, donc atteindre 1,5 milliard de francs. Le modèle de financement proposé a donc un effet modérateur sur l'évolution des coûts et des primes dans l'assurance-maladie, effet d'une importance capitale au vu de l'évolution démographique et de l'augmentation du besoin en prestations de soins qui va de pair. – Conséquences financières pour l'AVS: le surcoût de l'introduction d'une allocation pour impotent pour les rentiers présentant une impotence de faible degré est estimé à 20 millions de francs. – Conséquences financières pour les prestations complémentaires et l'aide sociale: d'un côté, la modification des PC devrait entraîner pour les cantons (et la Confédération) une charge supplémentaire (estimée à 236 mio. de fr.⁷³), de l'autre ce relèvement des PC devrait permettre de décharger notamment l'aide sociale cantonale et communale (d'env. 100 mio. de fr.), et de réduire le cas échéant le besoin de subventionnement des EMS publics et des services publics de soins à domicile. L'un dans l'autre, l'extension des PC devrait cependant peser plus lourd, si bien que l'on doit s'attendre à un surcoût net pour les pouvoirs publics.

71 Pour une estimation des conséquences à long terme, voir l'annexe 1. 72 Il est difficile d'estimer le volume de la couverture intégrale des coûts, car avec le système actuel cette estimation dépend dans une mesure déterminante de la manière de délimiter les prestations de soins de base obligatoirement prises en charge de celles qui ne le sont pas, car la définition que l'art. 7 OPAS donne de la notion de soins de base est très ouverte. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sanitaires estime le surcoût à plus d'un milliard de francs dans le domaine des EMS, à partir d'une définition apparemment très extensive de cette notion. En partant d'une définition moins extensive, assurément plus proche de l'esprit de la LAMal, on arrive à une estimation nettement inférieure. 73 La suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home se traduirait par un surcoût total estimé à 236 millions de francs (PC à l'AVS et à l'AI). Si l'on ne prend en compte que les PC à l'AVS, on arrive à 158 millions de francs.

1960 4.1.3 Conséquences financières pour les pouvoirs publics Les modifications des PC et l'introduction dans l'AVS d'une allocation pour impotence de faible degré entraîneront directement une charge supplémentaire pour la Confédération et les cantons. Selon les clés de financement actuellement en vigueur (c.-à-d. sans prise en considération de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, voir à ce propos ch. 5), les coûts annuels estimés pour l'AVS et les PC se répartiront comme suit entre la Confédération et les cantons: Tableau 10 Conséquences financières pour la Confédération et les cantons (en mio. de fr.)

Confédération Cantons AOS 0 0 API AVS74 + 3,3 + 0,7 PC à l'AVS + 35,5 + 122,5 PC à l'AI + 17,5 + 60,5

Total I + 56,3 + 183,7 Aide sociale 0 – 100

Total II + 56,3 + 83,7

Légende: AOS assurance obligatoire des soins API AVS allocation pour impotent de l'AVS PC prestation complémentaire

A moyen et à long termes, il faut s'attendre à ce que ces coûts supplémentaires annuels augmentent en termes réels pour la Confédération et les cantons, mais de manière moins dynamique que les coûts de la santé. Selon des estimations pour l'année 2030 (voir annexe 1), cette augmentation devrait être proportionnellement moindre que celle des coûts des soins. Par voie de conséquence, la part des prestations complémentaires et des allocations pour impotent au financement du secteur des soins devrait diminuer, de même que, proportionnellement, la charge des pouvoirs publics. 4.1.4 Conséquences financières pour les ménages ou les personnes dépendantes de soins Aujourd'hui déjà, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts autrement. A court terme, le nouveau régime de financement des soins n'entraînera donc pas de charge supplémentaire pour les ménages; au contraire,

74 Selon le droit en vigueur, les pouvoirs publics (Confédération et cantons) participent au total à 20 % des dépenses de l'AVS; en l'espèce, leur participation se montera donc à 4 millions de francs pour une dépense supplémentaire de 20 millions de francs.

1961 l'extension des prestations complémentaires et l'introduction d'une allocation pour impotence de faible degré devraient globalement alléger quelque peu la charge pesant sur les personnes nécessitant des soins. Mais comme les prestations complémentaires sont accordées sous condition de ressources, l'allègement effectif dépendra de la situation de

chaque ménage (voir à ce propos les exemples-types à l'annexe 3). Avec la participation proposée de l'assurance-maladie aux frais des soins de base, il faut cependant s'attendre, à moyen ou à long terme, à ce que la charge augmente pour les ménages (voir à ce propos les tableaux de l'annexe 1 sur l'évolution à long terme). Il est en effet à prévoir que cette participation n'évoluera pas au même rythme que les coûts du secteur des soins, si bien qu'à long terme la part de financement de l'assurance-maladie diminuera proportionnellement. La situation des ménages risque également de se détériorer du fait que la dynamique d'adaptation des différents éléments du revenu des personnes âgées (rentes AVS selon l'indice mixte, rentes LPP sans obligation de compensation du renchérissement) sera selon toute vraisemblance plus faible que l'évolution des coûts de la santé et des soins.

4.2 Conséquences pour le personnel On ne peut exclure que la mise en œuvre du modèle proposé amène à une augmentation du nombre de bénéficiaires de PC, ce qui entraînera une légère hausse du besoin de personnel dans les cantons.

4.3 Conséquences pour l'économie publique La proposition de nouveau régime de financement des soins n'aura qu'un effet marginal, voire imperceptible, sur le volume des coûts dus aux prestations de soins. Ce qui changera, c'est la répartition de ces coûts entre agents payeurs. Aujourd'hui déjà, les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts par d'autres sources de financement. D'un point de vue statique, on ne devrait donc assister qu'à un transfert entre sources de financement. Si l'assurance obligatoire des soins voit ses coûts consacrés aux soins de longue durée se stabiliser ou même diminuer par l'effet de sa participation (réduite) aux coûts des soins de base, la part non prise en charge de ces coûts devra être couverte par d'autres sources de financement, soit essentiellement les ménages, les PC à l'AVS et les pouvoirs publics. La modification proposée ne libère donc pas de fonds qui pourraient être consacrés à d'autres fins. Comparées au produit intérieur brut (433 mia. de fr. en 2003), les charges redistribuées entre les agents payeurs sont trop petites pour avoir un effet sur l'économie publique. Du fait que la proposition ne changera rien ni à la quantité ni à la qualité des prestations fournies, il ne devrait pas non plus en résulter d'effet sur le marché de l'emploi.

1962 5 Rapport avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons L'arrêté fédéral du 3 octobre 2003 concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁷⁵, accepté par le peuple le 28 novembre 2004, a des effets sur le nouveau régime de financement des soins dans le domaine des prestations complémentaires et des allocations pour impotence dans l'AVS ainsi que dans le domaine de l'aide et des soins à domicile: le domaine de compétence des PC sera partiellement désenchevêtré, ce qui – d'après les modifications prévues dans les lois spéciales selon le message du Conseil fédéral⁷⁶ – aura pour conséquence que la Confédération assumera, dans le régime des prestations complémentaires, la plus grande partie des frais liés à la couverture des besoins vitaux (5/8 des frais) tandis que les cantons, outre une participation à cette couverture (3/8 des frais), assumeront intégralement les prestations complémentaires liées aux frais de maladie et d'invalidité. Les cantons doivent ainsi assumer le montant des taxes de home qui dépasse le minimum vital. Ils peuvent limiter la taxe journalière pour un séjour dans un home ou un hôpital, et influencer ainsi sur le montant des PC qu'ils doivent financer eux-mêmes. Dans ce système, la fixation d'un plafond annuel pour les PC versées aux pensionnaires de home n'a pas de sens, et il faut donc l'abolir. En outre, les cantons continueront à avoir, avec la RPT, la possibilité de tenir plus ou moins compte de la fortune des pensionnaires. Tableau 11 Conséquences financières pour la Confédération et les

cantons en tenant compte de la RPT (en mio. de fr.)⁷⁷

Confédération Cantons AOS 0 0 API AVS78 + 4 0 PC 0 + 236

Total I + 4 + 236 Aide sociale 0 – 100

Total II + 4 + 136

Légende: AOS assurance obligatoire des soins API AVS allocation pour impotent de l'AVS
PC prestations complémentaires

75 FF 2003 6035 ss. 76 FF 2002 2295 ss. 77 Les charges supplémentaires et les allègements résultant du modèle se compensent dans le bilan global de la RPT. 78 Voir note 73; avec la RTP, la totalité de la part des pouvoirs publics sera prise en charge par la Confédération.

1963 La RPT transfère pour l'essentiel aux cantons la responsabilité du financement des taxes de home, également dans le domaine des PC. De la sorte, les charges dues aux prestations complémentaires mentionnées sont entièrement supportées par les cantons. Par ailleurs, la charge prévue dans le domaine des allocations pour impotent incombera entièrement à la Confédération. Par contre, dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, la responsabilité est notablement transmise aux cantons. Mais l'ensemble des nouvelles charges et des allègements financiers se compensent dans le bilan global de la RPT, si bien que la réorganisation des tâches est neutre en termes budgétaires pour la Confédération et l'ensemble des cantons. Afin d'éviter des problèmes de politique financière sur le bilan global de la RPT, il est impératif d'abolir le plafond des PC en même temps que la mise en vigueur de la RPT. Si la limitation des prestations était supprimée avant l'entrée en vigueur de la RPT, cela aboutirait en effet à un renforcement de l'incongruité existante entre les responsabilités administratives et financières de la Confédération et des cantons dans le domaine des prestations complémentaires. En outre, cela mènerait à des dépenses excédentaires indésirables pour le budget de la Confédération et pour les budgets des cantons avant l'entrée en vigueur de la RPT, avec les répercussions correspondantes sur la balance globale de la RPT. Il s'agit donc d'empêcher cela dans l'intérêt des budgets publics et dans l'intérêt d'un passage sans problèmes au projet RPT. La coordination temporelle doit donc être explicitement réglée dans les dispositions finales.

6 Rapport avec le programme de la législature Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législature 2003–2007, où il figure comme objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

7 Aspects juridiques

7.1 Constitutionnalité Le projet s'appuie sur les normes constitutionnelles qui régissent la compétence de la Confédération pour légiférer dans le domaine des diverses assurances sociales (art. 112 Cst. pour l'AVS/AI, art. 117 Cst. pour l'assurance-maladie et accidents, disposition transitoire ad art. 112 Cst. pour les prestations complémentaires).

7.2 Relation avec le droit européen

7.2.1 Le droit de la Communauté européenne Le droit communautaire n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les questions relatives à la structure et aux modalités de financement des régimes de soins de santé et de soins de longue durée ne font pas partie de l'acquis communautaire. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent. Néanmoins, la recommandation du 27 juillet 1992

1964 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale⁷⁹ invite les Etats membres à prendre des mesures appropriées en faveur des personnes âgées en tenant compte de leurs besoins spécifiques lorsqu'elles sont dépendantes des soins et des services d'autrui. Par ailleurs, plusieurs communications de la Commission relèvent les intérêts

économique et social d'une couverture obligatoire de la population contre le risque de dépendance⁸⁰. La nécessité des soins de longue durée est considérée comme un risque social majeur qui doit être couvert par les régimes de sécurité sociale. Les personnes âgées dépendantes doivent pouvoir disposer de soins médicaux et paramédicaux ainsi que d'une aide à domicile pour leurs besoins quotidiens. Les Etats membres sont appelés à favoriser leur indépendance et à les inciter à vivre chez elles aussi longtemps que possible.

7.2.2 Les instruments du Conseil de l'Europe Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977⁸¹. Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause. Le Code européen de sécurité sociale ne prévoit aucune disposition spécifique concernant les soins de longue durée servis aux personnes âgées. Quant aux recommandations du Comité des Ministres aux Etats membres ayant trait aux soins de longue durée⁸², le projet de révision va dans le sens de ce qu'elles préconisent. La recommandation n° R (98) 9 du Conseil de l'Europe relative à la dépendance dispose que des prestations devraient être servies, en nature ou en espèces, aux personnes dépendantes, tant à domicile qu'en institution, et qu'elles devraient correspondre aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les personnes dépendantes ayant besoin de soins et d'aide.

7.3 Assujettissement au frein aux dépenses Aux termes de l'art. 159, al. 3, let. b, Cst., l'art. 43bis LAVS et l'art. 3a LPC doivent être adoptés à la majorité des membres des deux Chambres, car la décision entraîne des dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs par année.

79 JOCE n° L 245 du 26 août 1992, p. 49. 80 Notamment la communication de la Commission du 12 mars 1997 «Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'Union européenne» COM (97) 102 final. 81 RO 1978 1491. 82 La résolution (74) 31 du 22 septembre 1974 relative à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées vivant à domicile, la recommandation n° R (80) 15 du 14 novembre 1980 concernant une meilleure distribution des soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux, la recommandation n° R (86) 5 du 17 février 1986 sur la généralisation des soins médicaux, la recommandation n° R (98) 9 du 18 septembre 1998 relative à la dépendance, la recommandation n° Rec (2000) 18 du 21 septembre 2000 sur les critères de développement des politiques de promotion de la santé.

1965 7.4 Délégation de compétences législatives Les compétences de réglementation nécessaires en matière de pratique des diverses assurances sociales touchées par la présente révision (pouvoir d'édicter des ordonnances d'application) sont déléguées au Conseil fédéral par l'art. 96 LAMal, l'art. 154, al. 2, LAVS et l'art. 19, al. 2, LPC. Le projet s'appuie sur les normes existantes et ne délègue aucune nouvelle compétence législative au Conseil fédéral.

1966 Annexe 1 Tableaux relatifs aux prévisions à long terme Tableau A Etablissements médico-sociaux: conséquences du nouveau régime de financement et estimation de l'évolution jusqu'en 2030

2001 (situation de départ) 2001 (nouveau régime de financement)

Prévisions 2030 (nouveau régime de financement) Agents payeurs en mio. de fr. en % en mio. de fr. en % AMal (net) 1 071,8 19,21 1 071,8 19,21 * 2 002,0 15,99 Ménages 2 640,9 47,34 2 617,9 46,93 6 891,0 55,05 Cantons/communes 1 270,3 22,77 1

266,3 22,70 2 498,6 19,96 – dont contributions/ subventions etc. 479,7 8,60 479,7 8,60 1 076,4 8,60 – dont aide sociale 97,0 1,74 0 0,00 ** 0,0 0,00 – dont part PC 693,6 12,43 786,6 14,10 *** 1 422,2 11,36 Confédération (part PC) 201,4 3,61 228,4 4,09 *** 413,0 3,30 AVS 308,9 5,54 308,9 5,54 521,8 4,17 – dont API 308,9 5,54 308,9 5,54 521,8 4,17 – dont subventions directes 0,0 0,00 0,0 0,00 0,0 0,00 Autres assurances (AA, AM, privées) 1,8 0,03 1,8 0,03 4,0 0,03 Autre financement privé 83,8 1,50 83,8 1,50 188,0 1,50

Total 5 578,9 100,00 5 578,9 100,00 12 518,5 100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP Notes: * Maintien du volume de financement actuel ** Allégement pour l'aide sociale, extension des PC *** Extension des PC: selon les calculs de l'Obsan, l'extension des PC équivaldrait pour l'année 2001 à 120 millions de francs au total (contre les 158 millions estimés par l'OFAS et annoncés pour l'année 2003 dans le message)

1967 Tableau B Soins à domicile: conséquences du nouveau régime de financement et estimation de l'évolution jusqu'en 2030

2001 (situation de départ) 2001 (nouveau régime de financement)

Prévisions 2030 (nouveau régime de financement) Agents payeurs en mio. de fr. en % en mio. de fr. en % en mio. de fr. en % AMal (net) 230,3 24,61 230,3 24,61 * 387,8 16,77 Ménages 41,1 4,39 21,1 2,25 309,6 13,38 Cantons/communes 343,4 36,70 343,4 36,70 847,8 36,65 – dont contributions/ subventions etc. 341,3 36,47 341,3 36,47 842,6 36,43 – dont aide sociale 2,1 0,22 2,1 0,22 5,2 0,22 – dont part PC 0,0 0,00 0,0 0,00 0,0 0,00 Confédération (part PC) 0,0 0,00 0,0 0,00 0,0 0,00 AVS 237,2 25,35 257,2 27,48 560,8 24,24 – dont API 77,2 8,25 97,2 10,39 ** 164,3 7,10 – dont subventions directes 160,0 17,10 160,0 17,10 396,5 17,14 Autres assurances (AA, AM, privées) 37,7 4,03 37,7 4,03 93,2 4,03 Autre financement privé 46,1 4,93 46,1 4,93 113,9 4,92

Total 935,8 100,00 935,8 100,00 2 313,1 100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP Notes: * Maintien du volume de financement actuel ** Introduction d'une API pour impotence faible: + 20 millions de francs

1968 Tableau C EMS et soins à domicile: conséquences du nouveau régime de financement et estimation de l'évolution jusqu'en 2030

2001 (situation de départ) 2001 (nouveau régime de financement) Prévisions 2030 (nouveau régime de financement) Agents payeurs en mio. de fr. en % en mio. de fr. en % en mio. de fr. en % AMal (net) 83 1 302,1 19,99 1 302,1 19,99 2 389,8 16,11 Ménages 2 682,0 41,17 2 639,0 40,51 7 200,6 48,55 Cantons/communes 1 613,7 24,77 1 609,7 24,71 3 346,4 22,56 – dont contributions/ subventions etc. 821,0 12,60 821,0 12,60 1 919,0 12,94 – dont aide sociale 99,1 1,52 2,1 0,03 5,2 0,04 – dont part PC 693,6 10,65 786,6 12,07 1 422,2 9,59 Confédération (part PC) 201,4 3,09 228,4 3,51 413,0 2,78 AVS 546,1 8,38 566,1 8,69 1 082,6 7,30 – dont API 386,1 5,93 406,1 6,23 686,1 4,63 – dont subventions directes 160,0 2,46 160,0 2,46 396,5 2,67 Autres assurances (AA, AM, privées) 39,5 0,61 39,5 0,61 97,2 0,66 Autre financement privé 129,9 1,99 129,9 1,99 301,9 2,04

Total 6 514,7 100,00 6 514,7 100,00 14 831,6 100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP

83 Ces résultats pour l'assurance-maladie diffèrent considérablement de l'estimation figurant dans le tableau 8, et cela pour deux raisons: d'une part, les calculs ci-dessus ne prennent pas en compte la participation aux coûts; d'autre part, sur la base du nouveau modèle de financement pour les soins de base, seule l'évolution démographique est prise en considération.

1969 Annexe 2 Estimations à titre d'exemple des coûts des soins dans l'AOS dans un home sur la base de l'évolution démographique et de la répartition des frais des soins Scénario de base: Pas de transfert dans le futur de cas dans les niveaux de soins

nombre 2030 personnes dans homes & EMS

119 292 dont avec soins

95,9 % 114 401

niveaux de soins prix/jour coûts/année nombre de cas en % coûts 2030 1 20 7 300 25,0 %
208 990 415 2 40 14 600 33,5 % 559 855 138 3 60 21 900 25,2 % 632 455 054 4 70 25 550
16,2 % 473 859 530

100,0 % 1 875 160 138

Scénario A: Progrès médical + prévention mènent à une diminution du besoin des soins (transfert de cas à charge des niveaux 1 + 2 de 5 % chacun)

nombre 2030 personnes dans homes & EMS

119 292 dont avec soins

95,9 % 114 401

niveaux de soins prix/jour coûts/année nombre de cas en % coûts 2030 1 20 7 300 30,0 %
250 746 653 2 40 14 600 38,5 % 643 367 616 3 60 21 900 20,2 % 507 186 338 4 70 25 550
11,2 % 327 712 695

100,0 % 1 729 013 303

1970 Scénario B: L'évolution démographique mène à une augmentation du besoin des soins (transfert de cas à la charge des niveaux 3 + 4 de 5 % chacun)

nombre 2030 personnes dans homes & EMS

119 292 dont avec soins

95,9 % 114 401

niveaux de soins prix/jour coûts/année nombre de cas en % coûts 2030 1 20 7 300 20,0 %
167 234 176 2 40 14 600 28,5 % 476 342 661 3 60 21 900 30,2 % 757 723 770 4 70 25 550
21,2 % 620 006 366

100,0 % 2 021 306 973

Sources: – Scénario de base: nombre de cas par niveaux de soins établi approximativement selon les frais de soins dans la statistique des établissements non hospitaliers de l'OFS. – Prix/jour correspond aux tarifs-cadres maximaux de chaque niveau (état 1.1.2004). – Nombre estimé de personnes en EMS selon scénario démographique «Tendance» de l'OFS.

1971 Annexe 3 Exemples-types Remarque préliminaire: Ces deux exemples ont pour but d'illustrer les effets fondamentaux du nouveau modèle de financement par rapport au droit

en vigueur, ce qui explique certaines simplifications (p. ex. dans le calcul des prestations complémentaires). Les effets (ou l'absence d'effet) sur les prestations des assurances sociales qui connaissent des adaptations avec le nouveau modèle sont marqués en gris.

Exemple 1: Rentière AVS seule vivant en EMS (jour de référence 1.12.2004) Pour une rentière seule vivant en EMS et dont le revenu sous forme de rentes correspond à la moyenne helvétique, le nouveau modèle de financement ne change rien – du moins à court terme – à la prestation qu'elle reçoit de l'assurance-maladie: selon le tarif-cadre en vigueur, cette rentière, qui présente une impotence de degré moyen, reçoit 60 francs par jour (= 21 900 fr./an) pour les soins de base et les soins de traitement; avec la réforme proposée, le montant serait le même, mais composé différemment: contribution de 45 fr./jour aux frais de soins de base et remboursement intégral (estimé ici à 15 fr./jour) des frais de traitement. A moyen et à long terme, la contribution de 45 fr./jour, si elle n'est pas augmentée, couvrira une part de plus en plus réduite des dépenses et occasionnera ainsi une charge financière supplémentaire pour la rentière. Dans le domaine des prestations complémentaires, le plafonnement des prestations est supprimé avec le nouveau modèle, si bien que la rentière n'a plus besoin de recourir à l'aide sociale.

Droit en vigueur Réforme proposée Revenu

– Rente 1er pilier 20 500 20 500 – Rente 2e pilier 16 000 16 000 – Allocation p. impotent 6 300 6 300 – Prestations AMal 21 900 21 900 Revenu total 64 700 64 700

Dépenses

– Taxes de home 90 000 90 000 – Dépenses personnelles 3 500 3 500 – Primes AMal 3 000 3 000 Total des dépenses 96 500 96 500

Excédent de dépenses 31 800 31 800

Prest. complémentaires 30 300 31 800

Aide sociale 1 500 0

1972 Exemple 2: Rentière AVS seule, soins à domicile (jour de référence 1.12.2004) La rentière, qui vit de ses rentes du 1er et 2e pilier, présente une impotence de faible degré et a besoin chaque jour de deux heures d'aide et de soins à domicile: une pour les soins de base (45 fr.) et une pour des prestations ménagères (22 fr.). La contribution de l'assurance-maladie aux frais des soins de base est égale à ce qu'elle est sous le droit en vigueur (365×45 fr. = ~ 16 400 fr.). Mais là aussi, à moyen et à long terme, la contribution de 45 fr./jour, si elle n'est pas augmentée, couvrira une part de plus en plus réduite des dépenses et occasionnera ainsi une charge financière supplémentaire pour la rentière. Ce qui change pour elle avec la réforme proposée, c'est qu'elle reçoit de l'AVS une allocation pour impotence de faible degré.

Droit en vigueur Réforme proposée Revenu

– Rente 1er pilier 22 500 22 500 – Rente 2e pilier 22 500 22 500 – Allocation p. impotent 0 2 500 – Prestations AMal 16 400 16 400 Revenu total 61 400 63 900

Dépenses

– Besoins vitaux 17 300 17 300 – Loyer 13 200 13 200 – Prestations Spitex

– soins de base 16 400 16 400 – aide à domicile 8 000 8 000 – Primes AMal 3 000 3 000

Total des dépenses 57 900 57 900

Excédent du revenu 3 500 6 000

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins In Bundesblatt Dans Feuille fédérale In Foglio federale Jahr 2005 Année Anno Band 1 Volume Volume Heft 10 Cahier Numero Geschäftsnummer 05.025 Numéro d'affaire Numero dell'oggetto Datum 15.03.2005 Date Data Seite 1911-1972 Page Pagina Ref. No 10 138 447 Die elektronischen Daten der Schweizerischen Bundeskanzlei wurden durch das Schweizerische Bundesarchiv übernommen. Les données électroniques de la Chancellerie fédérale suisse ont été reprises par les Archives fédérales suisses. I dati elettronici della Cancelleria federale svizzera sono stati ripresi dall'Archivio federale svizzero.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.