

POLIT-NEWS DE CURAVIVA SUISSE

4/2018



APERÇU DES OBJETS POLITIQUES PERTINENTS À L'ÉCHELLE NATIONALE

Aspects principaux de la CI Financement des soins

La CI Financement des soins regroupe les principaux prestataires et les principales organisations de patients pour traiter la question du financement des soins. La CI a eu l'occasion, lors de diverses auditions qui se sont tenues au mois de novembre 2018, d'exposer les points principaux suivants devant la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États et devant le chef du DPI, le conseiller fédéral Alain Berset: règlement du financement résiduel, ajustement des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et amélioration des soins aigus et transitoires (SAT). De même, la CI a posé le problème du besoin urgent d'action concernant le remboursement du matériel de soins. Quant au financement résiduel, la CI a insisté sur la responsabilité des cantons dans le remboursement des frais y afférents, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral suisse rendu au mois de juillet 2018 (ATF 9C_4462017). Sur la question des contributions de l'AOS, la CI estime qu'une augmentation est nécessaire, vu l'évolution des coûts due aux situations de soins plus onéreuses et plus complexes. Elle estime, par ailleurs, que l'adaptation annuelle à l'évolution des coûts dans le domaine de la santé publique doit être ancrée dans la loi. À cette fin, la part de tous les participants aux coûts des soins doit être maintenue. En outre, la CI a demandé des améliorations dans le domaine des soins aigus et transitoires. Concrètement, cela implique qu'elle puisse demander que la durée des SAT soit prolongée de quatre semaines au plus et, en cas de besoin et sur présentation d'une ordonnance médicale, de quatre semaines supplémentaires au plus. Les frais de séjour et de restauration doivent être remboursés. Les exigences de la CI concernant le matériel de soins sont présentées ci-dessous (voir plus bas).

Modification de l'OPAS « Neutralité des coûts et évaluation des soins requis »

Le Conseil fédéral a ouvert, durant l'été 2018, une procédure de consultation quant à la modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) en ce qui concerne la neutralité des coûts et l'évaluation des soins requis. CURAVIVA Suisse considère que le projet mis en consultation est clairement insuffisant et décevant. En outre, l'approche adoptée par l'Office fédéral de la santé publique (l'OFSP) pour calculer la neutralité des coûts

n'est pas la bonne. En effet, au lieu de tenir compte de l'évolution dynamique, le calcul correctif des contributions de l'AOS est basé exclusivement sur des analyses statistiques. CURAVIVA Suisse demande plutôt que l'ajustement des contributions de l'AOS aux prestations de soins soit fait conformément à la réalité. L'association faîtière nationale demande également une extension correspondante des compétences du personnel soignant. En ce qui concerne la définition d'exigences minimales pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médicosociaux, CURAVIVA Suisse demande la constitution d'un comité chargé de résoudre les questions relatives à la structure tarifaire, ainsi que la définition d'une méthode uniforme de saisie du temps.

Conciliation entre le travail et la prise en charge de proches

Sachant que la prise en charge de proches revêt une importance capitale pour la prévoyance santé, le Conseil fédéral a décidé, au moyen de trois mesures, de permettre une meilleure conciliation entre le travail et l'accompagnement dans les soins fournis aux proches. CURAVIVA Suisse est en principe favorable au maintien du salaire pour les proches aidants en cas de maladie ou d'accident. La fixation d'une durée d'absence maximale de trois jours par événement semble appropriée. CURAVIVA Suisse approuve l'idée que les parents d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou à la suite d'un accident puissent obtenir un congé. Étant donné que cette mesure représente un défi de taille pour les entreprises, tant sur le plan organisationnel que sur le plan financier, CURAVIVA Suisse se prononce pour une durée maximale de 10 semaines au lieu de 14, dans un délai de 18 mois. CURAVIVA Suisse approuve également la proposition de mesure d'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance, qui doit selon elle déjà être accordé aux cas d'impotence légère. En outre, on salue aussi la prise en compte nouvelle des couples vivant en concubinage.



Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs
CURAVIVA Suisse
y.golay@curaviva.ch
www.curaviva.ch/politique
www.twitter.com/curaviva_ch

Matériel de soins

Selon le droit en vigueur, le matériel de soins figurant sur la liste des moyens et appareils (produits figurant sur la LiMA) qui sont utilisés par les patients eux-mêmes sont pris en charge par les assurances-maladies jusqu'à un montant maximum de remboursement, en plus de la participation aux coûts des soins. Il en va différemment des produits figurant sur la LiMA qui sont utilisés par le personnel soignant et/ou les prestataires. En effet, ces frais font partie des coûts des soins totaux et doivent être pris en charge par les financeurs résiduels (cantons/communes), conformément à deux arrêts du Tribunal administratif fédéral rendus à l'automne 2017. Cela s'applique tant aux soins ambulatoires qu'aux hospitalisations.

Cette jurisprudence est cependant quasi impraticable s'agissant des demandes de remboursement; actuellement, la mise en œuvre des arrêts du Tribunal administratif fédéral est différente selon les assurances-maladies, certaines ayant commencé à demander le remboursement de montants versés pour du matériel de soins il y a cinq ans. On estime à environ 300 millions de francs la somme dépensée dans le seul secteur hospitalier. CURAVIVA Suisse est d'avis que les assurances-maladies doivent pouvoir renoncer à cette charge administrative démesurée dans le cadre des remboursements. L'Office fédéral de la santé publique partage cet avis.

La jurisprudence du Tribunal administratif fédéral occasionne un défaut actuel et à venir de couverture des produits figurant sur la LiMA de 60 millions de francs par an. De plus, les cantons et les communes sont de fait compétents pour couvrir ce déficit en augmentant la part de leur financement résiduel. Certains cantons ont accepté cette obligation et prennent désormais en charge les forfaits partiels actuellement applicables à la LiMA à titre de financement résiduel. D'autres cantons, en revanche, refusent de payer.

Après avoir entendu divers acteurs, dont CURAVIVA Suisse, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a rendu une motion (18.3710) au mois de juillet 2018 visant à ce que les prestataires puissent facturer le matériel de soins dans tous les cas, qu'il soit utilisé par les assurés eux-mêmes ou par le personnel soignant. Afin que le remboursement éprouvé autrefois accordé par les assurances-maladies dans les deux cas d'application soit de nouveau possible, CURAVIVA Suisse a appuyé la motion, en collaboration avec

d'autres associations membres de la CI Financement des soins. Le Conseil national a suivi l'avis de sa Commission de la sécurité sociale et de la santé publique au mois de septembre 2018. Le Conseil des États rendra sa décision durant la session de printemps 2019. Une autre motion a été adressée à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique par le Conseil des États dans ce contexte (18.3425) au mois de septembre 2018 aux fins de son examen préliminaire. Celle-ci demande que les contributions de l'AOS soient revues à la hausse afin de rembourser le matériel de soins. CURAVIVA Suisse, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'association des villes et des communes et d'autres associations collaborent activement afin que cette deuxième motion soit elle aussi adoptée, dans le cas où la pratique des tribunaux devait être maintenue après le rendu des arrêts du Tribunal administratif fédéral. Il faut que le matériel de soins continue d'être pris en charge par les assurances-maladies ou alors, une nouvelle augmentation des contributions de l'AOS est nécessaire. Toutefois, une telle facturation forfaitaire ne résoudrait pas la distinction inappropriée faite entre l'utilisation du matériel de soins par les assurés eux-mêmes et l'utilisation par un tiers.

Mesures de maîtrise des coûts

Le Conseil fédéral a adopté, au printemps 2018, un programme de maîtrise des coûts basé sur un rapport d'experts, afin de soulager l'assurance obligatoire des soins. CURAVIVA Suisse a pris position, au mois de décembre 2018, sur un premier volet de propositions formulées par le Conseil fédéral. L'association faîtière nationale salue l'introduction d'un article expérimental, mais elle demande que la réglementation de la prise en charge des coûts des projets soit clarifiée. CURAVIVA Suisse salue l'obligation des partenaires tarifaires d'établir une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire et propose de mettre en place une organisation tarifaire spécifique au secteur des soins. En revanche, elle rejette les contrats de pilotage des coûts dans le secteur des soins, de même que l'obligation pour les prestataires de remettre une copie de la facture à la personne assurée. Par ailleurs, l'association faîtière nationale rejette le droit de recours pour les fédérations d'assureurs en ce qui concerne l'autorisation d'établissements médicosociaux. Enfin, CURAVIVA Suisse propose, comme autres mesures de maîtrise des coûts, d'améliorer la rémunération des soins palliatifs et de renforcer la coordination de la prise en charge.

CURAVIVA.CH