



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Focus

«Soins de transition. Adapter les règles de financement à la pratique»

Initiative parlementaire 14.448

VOILÀ DE QUOI IL S'AGIT

L'initiative parlementaire 14.448 demande la rémunération de l'ensemble des prestations de soins aigus et soins de transition. Outre les prestations de soins, les frais d'hébergement devraient désormais aussi être pris en charge.

Les soins aigus et les soins de transition sont des prestations de soins qui s'avèrent indispensables après un séjour stationnaire à l'hôpital. De telles prestations sont notamment fournies par les homes et établissements médico-sociaux, mais également par d'autres prestataires (dont les services d'aide et de soins à domicile). Les coûts sont remboursés selon les règles du financement hospitalier: le canton assume au moins 55% des coûts des prestations de soins, le reste étant payé par l'assurance-maladie.

POSITION DE CURAFUTURA

curafutura rejette l'initiative parlementaire. Le financement demandé de l'intégralité des soins aigus et des soins de transition contredit le financement des prestations de soins figurant à l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). À cet égard, le principe en vigueur veut que les frais d'hébergement ne sont pas pris en charge dès lors que la nécessité d'une hospitalisation n'est plus avérée. De plus, un financement de l'intégralité des coûts impliquerait une inégalité de traitement par rapport aux soins de longue durée. Pour ces soins, l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne prend pas non plus en charge les frais d'hébergement, toujours en raison d'une nécessité d'hospitalisation non avérée.

JUSTIFICATION

(1) Pas d'inégalité de traitement vis-à-vis des patients bénéficiant de soins de longue durée

Le financement des soins aigus et des soins de transition repose sur le principe selon lequel aucuns frais d'hébergement ne peuvent être pris en charge. Ce principe est quant à lui fondé sur la nécessité d'hospitalisation, qui n'est plus avérée dès lors que les critères médicaux pour un séjour stationnaire à l'hôpital ne sont plus réunis. Or, la nécessité d'hospitalisation n'est avérée ni pour les patients bénéficiant de soins aigus ou de soins de transition, ni pour ceux bénéficiant de soins de longue durée. L'AOS fournit alors une contribution aux soins (art. 25a LAMal), mais ne prend pas en charge les frais d'hébergement.

Cette initiative parlementaire instaurerait un financement différent pour deux domaines de prestations qui sont comparables d'un point de vue médical (pas de nécessité d'hospitalisation). Les soins de longue durée continueraient ainsi à être soumis à un financement de la contribution, alors que les soins aigus et les soins de transition seraient financés en intégralité. L'initiative parlementaire 14.448 génère ainsi une nouvelle situation problématique, à savoir une inégalité de traitement en matière de financement des prestations de soins.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

En ce qui concerne la nécessité d'hospitalisation, il y a également lieu de prendre en considération la possibilité de réadaptations stationnaires. Les patients qui nécessitent encore une hospitalisation après avoir séjourné de manière stationnaire dans un hôpital pour soins aigus sont en effet transférés vers une clinique de réadaptation pour y recevoir des soins stationnaires. À l'inverse, des offres alternatives d'approvisionnement en soins sont aussi envisageables si la nécessité d'hospitalisation n'est pas avérée, par exemple l'aide et les soins à domicile. Selon la situation de chaque patient, diverses structures sont en mesure de prodiguer de manière adéquate des soins après un séjour stationnaire à l'hôpital.

(2) Pas de sortie précoce pour les patients stationnaires

L'initiative parlementaire reprend l'argument déjà maintes fois avancé des sorties précoces dont feraient l'objet les patients stationnaires. L'introduction à l'échelon national des forfaits par cas axés sur les prestations pour les hospitalisations en établissements pour soins aigus (DRG) en 2012 aurait conduit à ce que des patients quittent l'hôpital de manière précoce.

La statistique médicale des hôpitaux, dressée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), indique toutefois que cette affirmation n'est qu'une allégation: entre 2011 et 2012 (année d'introduction des DRG), la durée de séjour moyenne dans les hôpitaux de soins aigus est demeurée quasiment constante. La faible baisse constatée de 5,8 à 5,7 jours correspond à une tendance pérenne (6,8 jours en 2004; 5,6 jours en 2014).¹ Des sorties précoces de l'hôpital devraient apparaître dans cette statistique, qui enregistrerait alors une baisse significative. La thèse avancée dans l'initiative parlementaire, selon laquelle les patients quitteraient de manière précoce l'hôpital, n'est donc pas corroborée.

(3) Pas de flous en termes législatifs

Dans son développement, l'initiative parlementaire précise que lors de l'introduction du nouveau financement des soins en 2011, le législateur souhaitait un financement intégral des soins aigus et des soins de transition (hébergement compris). Les faits révèlent cependant une image bien différente: le 10 juin 2009, le Conseil fédéral écrivait ainsi, dans l'optique de la révision de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), ce qui suit à propos de l'article 7b:

«Prise en charge des soins aigus et de transition (art. 7b).

Cet article décrit la prise en charge des soins aigus et de transition. La rémunération est définie aux al. 1 et 2 selon les dispositions légales sur le financement hospitalier. Il s'agit ici uniquement de la prise en charge des prestations de soins au sens de l'art. 7, al. 2 OPAS, ces prestations étant de type ambulatoire les frais d'hôtellerie ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie.»

Cinq ans après l'introduction du nouveau financement des soins, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) précisait par ailleurs dans son rapport explicatif sur l'initiative parlementaire 14.417 «Amender le régime de financement des soins» ce qui suit :

«Le canton de résidence de l'assuré et les assureurs prennent proportionnellement en charge les coûts des prestations des soins aigus et de transition, la part cantonale s'élevant au moins à 55%. Les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent convenir de forfaits pour ces prestations qui, en termes de contenu, correspondent à l'art. 7 OPAS (art. 25a, al. 2, LAMal). La réglementation légale est donc suffisamment claire.»

¹ Source: Observatoire suisse de la santé (Obsan): <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus> [consultation le 10.03.2016]



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Il n'est ici nullement question d'un financement intégral des coûts des soins aigus et des soins de transition. Au contraire: le Conseil fédéral et le Conseil des États affectent correctement les soins aigus et les soins de transition à la catégorie des autres prestations de soins, dont les frais d'hébergement ne sont pas pris en charge par l'AOS.

Berne, mars 2016