

**Rapport explicatif du 28 juillet 2011**

**Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons – Questions complémentaires**

---

**1. Introduction**

Le Parlement a adopté le 13 juin 2008 la loi sur le nouveau financement des soins (FF 2008 4751). Avec celle-ci sont notamment entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 les modifications suivantes de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10):

- le versement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) d'une contribution en francs en fonction des besoins en soins (art. 25a, al. 1, LAMal);
- les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales sont financés par les personnes assurées jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au maximum à 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (art. 25a, al. 5, LAMal) ;
- les cantons règlent le financement résiduel (art. 25a, al. 5, LAMal, dernière phrase) ;
- les dispositions transitoires : introduction du principe de la neutralité des coûts et fixation d'un délai de trois ans maximum pour l'adaptation des tarifs par les gouvernements cantonaux.

Sur mandat du 28 avril 2010 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a réalisé, en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), un sondage auprès des départements de santé publique cantonaux. Ce sondage a donné lieu au rapport du 26 avril 2011 de l'OFSP.

**2. Résumé des conclusions des rapports de l'OFSP du 26 avril 2011 et de la CSSS-N du 13 mai 2011**

Le nouveau régime de financement des soins prévoit que les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'AOS sont financés par les assurés (participation de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, art. 25a, al. 5, LAMal) et par les cantons pour le solde (financement résiduel). Les cantons établissent dans ce cadre le besoin en financement résiduel et à qui il est imputé, bien que de facto seuls les cantons et les communes entrent en ligne de compte comme financeurs. La participation de l'assuré ne peut lui être imputée que pour autant que les coûts des soins fournis ne soient pas entièrement couverts par les montants prévus dans l'OPAS. Les assurés sont également tenus de s'acquitter de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal (franchise et quote-part).

Quelques cantons ont évoqué la question du financement résiduel en cas de séjours en EMS hors canton. La question n'est pas explicitement réglée par la LAMal, et doit donc être réglée par les cantons. Selon la jurisprudence, un séjour en EMS ne constitue pas forcément un domicile au sens des art. 23 et suivants du code civil (CC ; RS210). Selon le sondage, certains cantons prennent en charge ce financement alors que ce n'est pas le cas dans

d'autres, ce qui peut poser un problème, en particulier pour les assurés déjà hébergés depuis un certain temps. A moins que les cantons hôtes garantissent ce financement, ces personnes pourraient être amenées à retourner dans leur canton de domicile. Cette solution semble peu satisfaisante et pourrait conduire à une inégalité de traitement entre assurés. Le problème pourrait être résolu par un changement de lieu de domicile de l'assuré ou mieux encore par une convention intercantonale.

La CDS recommande d'appliquer par analogie les règles de financement de la LAMal relatives au libre choix de l'hôpital (art. 41 LAMal) aux séjours en EMS, c'est-à-dire de financer ces séjours à hauteur de la taxe du canton de résidence.

La participation à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale ne peut être facturée à l'assuré que si les coûts des prestations fournies ne sont pas entièrement couverts par les contributions prévues par la LAMal. Etant donné que la disposition offre cette possibilité, elle ne peut pas être obligatoire. Dans ce contexte, il est admis que les cantons prévoient une participation des patients plus basse et prennent volontairement en charge un financement résiduel plus élevé. La majorité des cantons a fixé pour les soins ambulatoires une participation de 10% des assurés ou même a renoncé à toute participation, favorisant ainsi le recours aux soins ambulatoires plutôt qu'aux soins en EMS. Pour la même raison, la contribution des assurés aux soins en EMS est d'ailleurs le plus souvent fixée à 20%.

La CSSS-N a discuté du rapport lors de sa séance du 13 mai 2011 et donné mandat à l'administration d'établir l'année prochaine un nouveau rapport concernant la mise en œuvre du nouveau financement des soins, en tenant aussi compte de la mise en œuvre de la réglementation dans le domaine des prestations complémentaires.

### 3. Thèmes

a Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a pris connaissance de l'existence du rapport de l'OFSP lors de sa séance du 5 mai 2011 et souhaité discuter elle aussi du thème de la mise en œuvre du financement des soins. En vue de sa séance du 18 août 2011, la CSSS-E a en outre demandé de clarifier les questions suivantes:

- Prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) lors d'un séjour en EMS hors du canton de domicile
- Etat de situation dans le domaine des conventions intercantionales relatives à des séjours hors canton
- Prestations de l'AOS lors de séjours de Suisses de l'étranger dans un EMS suisse
- « Protection tarifaire » en matière de financement résiduel

#### 3.1. Prestations de l'assurance obligatoire des soins lors d'un séjour en EMS hors du canton de domicile

Les prestations de la LAMal lors d'un séjour hors canton sont les mêmes que si les soins sont fournis dans le canton de domicile. L'AOS verse une contribution en francs uniforme au niveau suisse (art. 7a, al. 3, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance-maladie, OPAS ; RS 832.112.31), en fonction du temps nécessaire à la fourniture des prestations définies à l'art. 7, al. 2, OPAS.

Ce qui peut changer, ce sont les modalités réglées par le canton concerné, notamment la question de la prise en charge du financement résiduel, cette compétence étant cantonale (art. 25a, al. 5, LAMal).

Comme l'a rappelé le Conseil fédéral en réponse à de récentes interventions parlementaires, les différences cantonales en matière de financement des soins résultent de la marge de manœuvre laissée aux cantons par le législateur (interpellation 11.3243 Steiert. Soins

ambulatoires. Inégalités de traitement ; interpellation 11.3252 Schenker. Le nouveau régime de financement des soins frappe durement les personnes dépendantes soignées à domicile ; interpellation 11.3337 Leutenegger Oberholzer. Financement des soins. Importantes charges supplémentaires pour les personnes ayant besoin d'assistance ; interpellation 11.3447 Weber-Gobet. Nouveau régime de financement des soins. Exécution lacunaire).

Les cantons définissent en partie leur participation au financement résiduel au moyen d'une taxe de soins maximale, avec pour conséquence que le financement résiduel peut différer d'autant entre cantons. De plus, chaque canton peut aussi définir le pourcentage de contribution des assurés en finançant entièrement, partiellement ou pas du tout la participation des patients. Le financement résiduel varie donc d'un canton à l'autre. Pour cette raison, l'OFSP a proposé de conclure des conventions intercantionales pour les séjours en EMS en dehors du canton de domicile.

Le législateur ayant laissé la compétence de régler le financement résiduel aux cantons, la Confédération n'est pas en mesure d'intervenir et d'assurer une surveillance dans ce domaine.

### **3.2. Etat de situation dans le domaine des conventions intercantionales relatives à des séjours en EMS hors canton**

Pour le financement d'un séjour en EMS se pose principalement la question du lieu de domicile. Celui-ci est déterminé selon les art. 23 à 26 du code civil (CC ; RS 210). Pour les prestations complémentaires (PC), selon l'art. 21, al. 1 de la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30) c'est le canton de domicile qui est compétent pour fixer et verser les prestations, en précisant que le séjour dans un home ne fonde aucune nouvelle compétence. Dès lors, même si une personne change de lieu de domicile pour bénéficier du financement résiduel du canton de séjour, les PC restent de la compétence du canton initial. Il existe donc une difficulté pour les personnes qui résident dans un canton, dans un home qu'ils ont eux-mêmes volontairement choisi au moment de leur entrée dans ce home, et qui reçoivent des PC pour le financement des soins d'un autre canton, celui où elles avaient leur domicile préalablement à l'entrée dans ce home. Cela conduit également à des absurdités au niveau de la prise en charge du financement résiduel. Les dispositions d'application du nouveau régime de financement et les taxes de soins pouvant être différentes selon les cantons, cette situation peut conduire à un défaut d'indemnisation si les cantons concernés ne se mettent pas d'accord sur cette prise en charge.

Des règles de coordination devraient prochainement faire l'objet d'une discussion entre l'OFSP et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

Selon les informations de la CDS, les cantons n'ont pas conclu de convention à ce jour. Les cantons sont actuellement en discussion et la CDS examine cette possibilité. Néanmoins, de telles conventions pourraient être complexes au vu des différences de modalités d'application cantonales.

### **3.3. Prestations de l'AOS lors de séjours de Suisses de l'étranger dans un EMS suisse**

En ce qui concerne la prise en charge de séjours dans un EMS suisse de personnes suisses de l'étranger, le financement dépend des législations applicables dans les Etats concernés. Il s'agit en particulier de déterminer s'il existe un accord bilatéral et si c'est un Etat tiers ou un Etat membre de l'UE. De plus, cas échéant, des prestations peuvent être prises en charge par une assurance complémentaire.

Le droit aux prestations des Suisses de l'étranger d'un pays tiers dépend de la couverture d'assurance dans le pays concerné et de la prise en charge de prestations par une éventuelle assurance complémentaire.

En ce qui concerne, les Suisses de l'étranger résidant dans un Etat de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), les personnes qui ne reçoivent pas de rentes de la Suisse et seulement des rentes d'un ou plusieurs Etats membres (EM), doivent s'assurer dans l'Etat dans lequel elles ont été assurées le plus longtemps. Sont exemptées de cette obligation, sur requête, les personnes dont l'assurance suisse péjorerait leur protection d'assurance ou la couverture des frais et ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire en raison de leur âge ou de leur état de santé (art. 2, al. 8, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal ; RS : 832.102). En d'autres termes, les retraités suisses domiciliés dans un EM de l'UE ou de l'AELE sont tenus de s'assurer en Suisse s'ils perçoivent une rente suisse et ne touchent pas de rente de leur pays de domicile. Il en est de même s'ils reçoivent une rente de l'un des Etats précités, mais ont été assurés plus longtemps en Suisse. Si la personne est assurée dans l'un des EM de UE ou de l'AELE, c'est la législation de cet Etat qui détermine les prestations prises en charge en Suisse. Les conventions bilatérales sont réservées. Cas échéant, il faut tenir compte de prestations couvertes par une assurance complémentaire.

Selon le Règlement (CEE) no 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, les Suisses de l'étranger assurés en Suisse bénéficient des mêmes prestations LAMal que les Suisses domiciliés en Suisse. Durant un séjour provisoire, le droit aux prestations en Suisse existe pour toutes les prestations en nature qui se révèlent être nécessaires sur le plan médical sous considération du genre de prestations et de la durée de séjour. Si une personne se rend en Suisse ou dans un Etat de l'UE/AELE dans le but de recevoir un traitement, il n'existe aucun droit aux prestations. Il en résulte que si une personne veut résider dans un EMS, elle doit prendre un domicile en Suisse pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-maladie et du financement résiduel du canton concerné.

### **3.4. « Protection tarifaire » en matière de financement résiduel**

Les coûts d'un séjour en EMS comprennent les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS, ainsi que d'autres prestations, comme notamment l'accompagnement et le service d'hôtellerie. Ces prestations n'étant pas financées par l'assurance obligatoire des soins, la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal ne leur est pas applicable.

Selon l'art. 44 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par les autorités et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies dans le cadre de la LAMal.

Le nouveau régime de financement des soins prévoit un financement des prestations de soins par l'assurance-maladie sous la forme d'une contribution, laquelle ne doit pas nécessairement couvrir les coûts. Dès lors la notion de « protection tarifaire » au sens de l'art. 44 LAMal n'est pas applicable et ne devrait plus être mentionnée comme telle. Comme les contributions sont fixées par les autorités, il n'existe plus de convention tarifaire. La question ne se pose donc plus en termes de protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal, mais doit être réglée et garantie par le financement résiduel au niveau cantonal.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

28 juillet 2011