

Intervention parlementaire. Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention: 232-2018
Type d'intervention: Interpellation
Motion ayant valeur de directive: ☐
N° d'affaire: 2018.RRGR.688

Déposée le: 19.11.2018

Motion de groupe: Non
Motion de commission: Non
Déposée par: Striffeler-Mürset (Münsingen, PS) (porte-parole)
Gerber (Schüpfen, PBD)
Cosignataires: 0

Urgence demandée: Non
Urgence accordée: Non

N° d'ACE: 350/2019 du 24 avril 2019
Direction: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
Classification: -



Répercussions financières de l'arrêt du Tribunal fédéral (9C_446/2017) : prise en charge intégrale par les cantons du financement résiduel des soins ?

Dans la mesure où les coûts des soins ne sont pas couverts par les participations légalement limitées de l'assurance obligatoire des soins et des personnes assurées, les cantons (ou leurs communes) devront, d'après un communiqué du Tribunal fédéral, prendre intégralement en charge les coûts résiduels des soins.

La nouvelle réglementation concernant le financement des soins est entrée en vigueur en 2011. Celle-ci a pour objet la participation aux coûts des prestations de soins dispensées sous forme ambulatoire ou dans des établissements médico-sociaux sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré. Selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LA-Mal), une partie des coûts est à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La participation de l'AOS a été fixée par le Conseil fédéral de façon échelonnée à une fourchette entre neuf et 108 francs par jour. Au maximum 21,60 francs peuvent être reportés sur les personnes assurées ; les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de Saint-Gall a fixé les montants maximaux du financement résiduel des coûts des soins devant être supportés par les communes politiques compétentes dans la mesure où ces coûts ne sont pas couverts par les participations de l'AOS et des personnes assurées. Les montants maximaux sont compris entre douze et 254 francs par jour selon le niveau des soins. Dans le cas concret, les coûts des soins d'une personne assurée dépassaient les montants maximaux fixés par le canton. La caisse de

compensation du canton de Saint-Gall a limité la participation aux coûts de la commune à ce montant maximal. Le Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall a décidé en 2017 que la commune ne devait pas seulement prendre en charge le montant cantonal maximal, mais aussi les coûts des soins qui dépassaient ce montant.

Le Tribunal fédéral a pour l'essentiel rejeté le recours que la caisse de compensation du canton de Saint-Gall avait interjeté contre cette décision. Il a estimé qu'il est en principe permis aux cantons de remplir leur devoir de financement résiduel des coûts des soins par la détermination d'un tarif forfaitaire, mais que ce n'est pas compatible avec le devoir de financement résiduel des cantons selon l'article 25a LAMal, si les montants maximaux fixés par les cantons ne couvrent pas les coûts dans le cas particulier.

Le Conseil-exécutif est prié de répondre aux questions suivantes :

1. Quelles seront les répercussions financières concrètes de cet arrêt du TF pour le canton de Berne ?
2. Comment et quand cet arrêt du Tribunal fédéral sera-t-il appliqué ?
3. Quelles seront les conséquences de cet arrêt pour les personnes âgées qui nécessitent des soins, pour ce qui est également des prestations complémentaires ?

Réponse du Conseil-exécutif

Introduit le 1^{er} janvier 2011, le nouveau régime de financement des soins a remodelé le système de participation aux coûts. En vertu de l'article 25a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), les contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et de la personne assurée sont fixées en fonction du besoin en soins. Il incombe aux cantons de régler le financement résiduel. A Berne, celui-ci est pris en charge par le canton sous la forme de coûts normatifs.

Que se passe-t-il lorsqu'un canton définit un plafond légal et que l'entité chargée d'assumer le financement résiduel refuse de rémunérer les montants qui le dépassent ? Examinant cette question dans le cadre de l'arrêt 9C_446/2017 du 20 juillet 2018, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que le financement des soins doit couvrir l'intégralité des coûts. Il y a donc lieu d'agir dans les cantons où la couverture des frais est insuffisante.

Le Conseil-exécutif prend position comme suit sur les questions formulées dans l'interpellation.

Question 1

Pour définir les modalités du financement résiduel des soins, le canton de Berne s'est fondé sur le principe « à prestation égale, prix égal » et sur des considérations d'économicité, d'où le modèle des coûts normatifs qu'il a retenu. Ce système a pour avantage de garantir une rétribution identique des prestations à tous les fournisseurs. Les coûts normatifs constituent par ailleurs une solution qui reste pertinente sous l'angle du pilotage des coûts.

Pour calculer le montant des coûts normatifs, le canton se base pour l'essentiel sur trois paramètres : premièrement, le volume des soins saisi à l'aide des outils d'évaluation des besoins RAI ou BESA ; deuxièmement, la dotation en personnel requise en termes quantitatifs et qualitatifs ; troisièmement, les classes salariales des différentes professions soignantes. Les frais matériels sont pris en compte de manière subsidiaire. Les coûts normatifs sont en outre adaptés chaque année en fonction de la croissance de la masse salariale du personnel cantonal arrêtée par le

Conseil-exécutif. Le modèle de financement résiduel qui en résulte garantit une couverture suffisante des coûts des soins. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) n'a pas connaissance d'éléments montrant le contraire. Par conséquent, il ne faut s'attendre à aucune répercussion financière de l'arrêt du Tribunal fédéral, et le Conseil-exécutif ne constate aucun besoin d'agir.

Cela étant, force est de constater que le domaine des soins devra de plus en plus faire face à des cas complexes de soins palliatifs et de démence lourde ainsi qu'à des besoins d'encadrement gérontopsychiatrique. Compte tenu de cette évolution, il faut se demander si, à l'avenir, les catégories de soins actuellement définies couvriront suffisamment les coûts liés à ces situations spécifiques. La SAP prévoit d'examiner cette problématique dans le cadre d'un projet et, le cas échéant, de prendre les mesures qui s'imposent.

Question 2

Il incombe aux cantons de garantir une exécution conforme au droit fédéral du financement résiduel des soins. Sachant que les modalités actuelles permettent de couvrir les coûts dans le canton de Berne, aucune action n'est requise.

Question 3

Comme indiqué précédemment, l'arrêt du Tribunal fédéral n'exige aucune réaction de la part du canton. De plus, le montant du financement résiduel n'est pas déterminant pour calculer la contribution de la personne assurée, qui est définie par la loi. Selon l'article 25a, alinéa 5 LAMal, les coûts des soins ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 pour cent au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. La part d'une personne résidant dans une institution de long séjour est ainsi limitée à 21,60 francs par jour. Ce montant fait partie de la taxe d'EMS reconnue comme dépense dans le calcul du droit aux prestations complémentaires. Une adaptation éventuelle du financement résiduel des soins n'aura aucune incidence sur la contribution due par les pensionnaires d'EMS.

Destinataire

- Grand Conseil