

Résumé de l'étude sur «La nouvelle réglementation du financement des soins»

Sur mandat du

Groupe parlementaire socialiste de l'Assemblée fédérale

Matthias Wächter, Heidi Stutz

Berne, février 2007

Table des matières

Table des matières	I
1 Point de départ	1
1.1 Évolution des coûts des soins de 1998 à 2005	1
1.2 Détermination du «manco» dans la couverture des coûts, entre l’application intégrale de la LAMal et la part que prennent effectivement à leur charge les caisses maladie aujourd’hui	2
1.3 Problèmes du financement futur : évolution des coûts des soins jusqu’en 2030	3
2 Effets d’une application intégrale de la LAMal au sens de la loi de 1996	4
3 Optimisation du système actuel de financement mixte de manière à disposer d’une vraie sécurité sociale couvrant les coûts des soins.	5
3.1 Nécessité d’adapter la contribution financière des caisses maladie à l’évolution des coûts	6
3.2 Protection de la classe moyenne par l’introduction d’une limite supérieure légale à la participation financière des patient-e-s	7
3.3 Les autres adaptations de la LAVS, de la LPC et de la LAMal	8
4 Propositions politiques visant à introduire une assurance obligatoire pour les soins et à encourager la prévoyance soins privée	8
5 Bibliographie	10

1 □ Point de départ

1.1 Évolution des coûts des soins de 1998 à 2005

Au cours de l'année 2005, on a largement tiré argument de la croissance permanente des cotisations de l'assurance maladie et des coûts des soins pour chercher de nouvelles formes de financement des soins de longue durée et tenter d'échapper ainsi à l'obligation de l'article 7 OPAS (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) de couvrir l'entier des coûts des soins en prenant en charge la totalité des frais y relatifs. On a notamment jugé la situation en utilisant la croissance supérieure à la moyenne des coûts des années 2001 à 2003, croissance qui s'est d'ailleurs normalisée depuis.

Évolution des prestations de soins dans l'assurance maladie obligatoire

Cependant, l'analyse de l'évolution des coûts des soins entre 1998 et 2005 montre que la hausse annuelle moyenne de 5,5% pour les dépenses de l'assurance maladie obligatoire dans les EMS se situe au même niveau que la hausse de toutes les dépenses des caisses maladie (également 5,5%). En comparaison, les coûts de l'aide et des soins à domicile (spitex) ont connu une augmentation annuelle moyenne de 8,2%, soit plus élevée que l'augmentation de l'ensemble des dépenses des caisses, mais il faut dire que ce secteur partait d'un niveau de dépenses inférieur. Ce taux de croissance a entraîné une augmentation des dépenses pour l'aide et les soins à domicile de 164 millions de francs de 1998 à 2005. En comparaison toujours, c'est pratiquement la même augmentation que celle des dépenses pour les médicaments (médecins et pharmaciens) qui s'établit à 144 millions de francs pour la seule année 2005 par rapport à 2004. Sous l'angle de la politique de la santé, cette évolution des dépenses pour l'aide et les soins à domicile est loin d'être inadéquate, dans la mesure où ce type de prestations permet d'éviter des transferts dans les structures plus coûteuses que sont les EMS.

Il ne faut dès lors pas relativiser la part des dépenses des assureurs maladie pour les soins de longue durée (à domicile et en EMS). Nous voyons bien pourtant que la part du coût des soins dans l'ensemble des prestations brutes des caisses maladie est restée stable ces huit dernières années ; oscillant entre 9,4% et 10%, cette part était de 9,7% en 2005.

Évolution des coûts globaux du financement des soins

Les participations financières des caisses maladies aux coûts des soins ne représentent qu'une partie de la facture globale. En 2004/2005, celles-ci se sont élevées à seulement **un tiers** des coûts totaux de l'aide et des soins **à domicile** et à seulement un **quart** des coûts totaux des **EMS** (coûts bruts, avant déduction des franchises et participations des assuré-e-s).

De 1998 à 2005, l'évolution de la part des coûts des soins de longue durée s'avère plutôt stable par rapport à l'ensemble des coûts de la santé. Pour ces mêmes années, la part des coûts des EMS oscille entre 11,9% et 12,4% et, pour l'aide et les soins à domicile, entre 2% et 2,1%. Pour ces deux secteurs, et toujours pour cette même période, l'augmentation moyenne annuelle respective de 4,5% et 4,4% se situe légèrement en-dessus des 4% d'augmentation moyenne de l'ensemble des coûts de la santé. Après une augmentation légèrement au dessus de la moyenne en 2001/2002 pour les EMS, et en 2001/2003 pour l'aide et les soins à domicile, ces valeurs sont redescendues nettement en dessous de la moyenne dans les années 2004/2005. D'un point de vue économique, la croissance des coûts de la santé et des soins de longue durée se situe nettement en dessus de la croissance annuelle moyenne du PIB qui se situe, elle, à 2,2% pour la période de 1998 à 2005.

On retrouve d'ailleurs la même image s'agissant du financement de l'assurance maladie obligatoire. La situation des soins de longue durée (à domicile et en EMS) correspond donc à l'évolution générale du domaine de la santé. En conséquence, il n'y a pas lieu de la dramatiser ni de l'extraire du contexte global du marché en croissance qu'est la santé. Privatiser davantage les coûts des soins n'aurait aucun effet de frein décisif sur la pression générale des coûts dans le secteur de la santé. On voit donc que l'intérêt politique devrait se porter davantage sur l'efficacité et l'efficacités des soins dans le cadre d'un système de santé intégré.

1.2 Détermination du «manco» dans la couverture des coûts, entre l'application intégrale de la LAMal et la part que prennent effectivement à leur charge les caisses maladie aujourd'hui

L'application du principe de la couverture intégrale des coûts, revenant à la charge des caisses maladie en raison de l'application sans restriction de la loi de 1996 sur l'assurance maladie (LAMal), dans l'esprit dans lequel elle a été adoptée, entraîne des coûts supplémentaires qui sont source de conflit. Ces dernières années, le décompte des prestations de soins est établi sur la base de tarifs cadre qui ne couvrent pas l'intégralité des coûts. Ce sont les ménages privés et les pouvoirs publics qui doivent couvrir ce manco dans la couverture du coût des soins.

S'agissant de l'aide et des soins à domicile, ce sont essentiellement les subventions des cantons et de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) qui permettent de couvrir la plus grande partie des coûts non pris en charge par les caisses maladie, soit plus de 50% des coûts globaux de ce secteur qui s'élèvent à 1'068 millions de francs (2004). Les participations financières des ménages privés ne couvrent quant à elles qu'une part minime, de même que les prestations complémentaires de l'AVS (PC) qui pour l'instant dépendent de la preuve du besoin effectif des assuré-e-s. Cependant, diverses sources (ASI et consorts 2004, CDS 2005, OFSP 2005) estiment que les participations financières des caisses maladie aux coûts totaux des prestations de soins du secteur de l'aide et des soins à domicile seraient de 55% à 60%. Il en découle pour 2004 (selon les statistiques spitex) un coût global effectif des soins ambulatoires (au sens de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins - OPAS) de quelque 576 à 628 millions de francs. On peut donc dire que le «manco de couverture» par les caisses maladie s'élève à un montant situé entre 230 et 283 millions de francs, qui est effectivement pris en charge par les cantons, les communes et les subventions de l'AVS versées en application de l'article 101^{bis} LAVS, mais pas par les ménages privés. Mais si la LAMal était appliquée dans son intégralité, ce montant supplémentaire de 230 à 283 millions de francs aurait dû être couvert par les assureurs maladie en 2004 pour le secteur des soins ambulatoires, ce qui représente entre 1,2% et 1,5% des dépenses brutes de l'assurance obligatoire.

En ce qui concerne le secteur des EMS, les assureurs maladie ont pris à leur charge un montant net de 1'339,5 millions de francs, soit 21% des coûts totaux de 6'369 millions de francs en 2004. Les cantons et les communes ont versé des subventions directes pour un montant de 639,9 millions de francs (10%). La part à la charge des ménages privés est donc très supérieure ici à ce qu'elle est pour les soins ambulatoires, car les coûts des EMS englobent également les frais de pension et d'accompagnement (plus de 2 milliards de francs). En 2004, les dépenses des ménages privés se sont élevées à 4'304,9 millions de francs (67,6% des coûts totaux des EMS). Mais une part d'1,400 millions de francs de cette somme ont été pris en charge via des prestations de soutien des pouvoirs publics. Les PC de l'AVS en faveur des résident-e-s d'EMS s'élèvent à 1'036,7 millions de francs (16,3% des coûts globaux des soins de longue durée ou un quart des dépenses des ménages privés) et représentent donc la part la plus importante. La rente d'impotence constitue, elle aussi, une contribution substantielle.

Diverses sources (ASI et consorts 2004, CDS 2005, OFSP 2005) donnent également un taux de couverture des coûts des EMS par les prestations de l'assurance maladie de l'ordre de 55% à 60%. En 2004, la dépense brute pour les soins était effectivement de 1'573 millions de francs alors que les coûts globaux des soins se sont élevés à un niveau variant entre 2'621 et 2'860 millions de francs. Le «manco» dans la couverture se situe donc entre 1'050 et 1'287 millions de francs. Grâce à un mode de financement mixte, ce manco est couvert à la fois par des subventions directes, par des prestations complémentaires versées en fonction du besoin et par les paiements des ménages privés. Cette triple source de financement correspond en gros à trois tiers : le premier tiers est financé par le canton et la commune, à travers des subventions directes, le second tiers par la Confédération et le canton, par le biais des PC pour résident-e-s d'EMS, et le dernier tiers par les versements des ménages privés. En chiffres, cela donne entre 350 et 430 millions de francs à la charge des ménages et entre 700 et 860 millions de francs à la charge de la Confédération (à travers sa part aux PC avant l'application de la RPT), des cantons et des communes.

Si l'on introduisait un tarif des soins couvrant les coûts globaux, les client-e-s de l'aide et des soins à domicile, les résident-e-s d'EMS et leur famille se verraient dès lors soulager pour un montant de 350 à 430 millions de francs seulement (2% à 2,5% du volume des primes d'assurance maladie) et non pas de la totalité des 1'280 à 1'570 millions de francs (total 2004 soins à domicile et en EMS). Ce sont les cantons et les communes qui y gagneraient le plus. Si ces derniers laissent à la disposition du système de santé les moyens qu'ils y consacrent aujourd'hui, que ce soit par le biais du financement des hôpitaux ou par celui d'une répartition proportionnelle des coûts des soins avec les caisses maladie, la hausse des cotisations d'assurance maladie n'atteindrait jamais les 8% à 10% souvent évoqués aujourd'hui.

1.3 Problèmes du financement futur : évolution des coûts des soins jusqu'en 2030

Ces dernières années, diverses études ont paru en Suisse (p. ex. OFSP 2003 ; Pellegrini, Jaccard Ruedin, Jeanrenaud 2006) qui posaient la question de savoir si la croissance des coûts des soins telle qu'on l'a vue jusqu'ici, de 4,5% par an en moyenne (nominale, sans l'inflation), allait se poursuivre à ce rythme ou si l'évolution démographique allait en faire un facteur décisif d'une augmentation encore plus rapide.

Les trois facteurs les plus importants de l'évolution à venir sont la **démographie, la morbidité** dans la vieillesse (et partant aussi du besoin en soins) et la **structure des coûts du système de santé**. La démographie se caractérise non seulement par l'élévation de la durée moyenne de la vie et le déplacement de la structure des âges (sans oublier le taux de natalité), mais aussi par l'évolution du **potentiel de soins informels** (structures familiales : p. ex. nombre d'enfants en recul, modes de vies, décalage temporel des générations, intégration des femmes au marché du travail, alors que jusqu'ici ces dernières assumaient seules et traditionnellement des tâches de soins). Suivant les hypothèses d'évolution des facteurs d'influence énumérés que l'on retiendra, les scénarios possibles seront fortement divergents quant aux perspectives des coûts des soins de longue durée en 2030. Si l'on admet comme scénario de référence que les tendances actuelles se poursuivent, qu'il s'agisse des scénarios démographiques, des prévisions sur l'état de santé et sur les coûts unitaires des prestations médicales et qu'on admet également que l'environnement social (familial) et institutionnel s'agissant des soins de longue durée ne se modifiera pas non plus, plusieurs études concordent et estiment qu'il faudra compter avec le fait que les coûts réels des soins et de l'aide à domicile et aussi des séjours en EMS vont plus que doubler d'ici

2030. Le facteur démographique du déplacement de la structure des âges dans la population ne représente à lui seul qu'un tiers de l'ensemble.

Les scénarios tendance retiennent (de 2001 à 2030) un taux de croissance annuel moyen des coûts (réels, sans l'inflation) des soins de longue durée dans les EMS de 2,9% (étude Obsan 2006) et des soins de longue durée et de l'aide à domicile de 3,4% (étude Obsan 2006).

Des scénarios alternatifs montrent cependant la grande influence que peut avoir la morbidité et des besoins en soins dans la vieillesse. Si l'on réussit à repousser ne serait-ce que d'une année le moment du recours à des soins institutionnels à travers des soins à domicile ou en EMS, on obtient déjà une différence des coûts de 14% en 2030 par rapport au scénario tendance. Il est dès lors vital que la prévention revête une importance toujours plus forte. Le deuxième facteur le plus influent consiste à retarder l'augmentation des coûts par cas en réduisant les coûts médicaux. Toutefois, c'est le développement des soins informels qui devrait à l'avenir déployer le plus grand effet sur la structure des coûts, quand bien même il n'est pas possible de donner ici des chiffres pour des scénarios alternatifs.

Bien qu'on estime que les changements démographiques au sens strict (taux de natalité, mortalité, espérance de vie) n'interviennent qu'à raison d'un tiers dans la dynamique de croissance, ce facteur exogène ne doit pas être sous-estimé. Les estimations publiées à ce jour sur l'évolution des coûts de longue durée se fondent encore toutes sur les scénarios démographiques de l'OFS à partir des chiffres de l'an 2000. Ce n'est que cinq ans après que sont parus des scénarios actualisés sur l'évolution démographique qui ont dû prendre en compte une augmentation sensiblement plus forte de l'espérance de vie pour les années 1999 à 2004. Rien qu'au cours de ces dernières cinq années, l'espérance de vie des femmes âgées de 65 ans a augmenté de 0,9 an et celle des hommes du même âge de 1,4 ans. Les scénarios tendance corrigés parlent maintenant pour 2050, par rapport aux premiers scénarios, d'une espérance de vie supérieure de 2 ans pour les femmes de 65 ans et de 3 ans pour les hommes du même âge.

2 □ Effets d'une application intégrale de la LAMal au sens de la loi de 1996

Le fait d'alléger globalement la charge des ménages privés d'un montant estimé entre 350 et 430 millions de francs en introduisant la couverture intégrale des coûts dans le cadre de la LAMal ne conduira pas à faire exploser les primes d'assurance maladie pour autant que les cantons, les communes et l'AVS laissent à disposition du système de santé l'allègement dont ils bénéficient ensemble et qui représente 700 à 860 millions de francs. On peut concrétiser ceci aussi bien dans le nouveau système de financement des hôpitaux que dans une nouvelle répartition proportionnelle des tarifs de soins entre les caisses maladies et les pouvoirs publics. C'est pourquoi il n'est pas utopique dans ce contexte de vouloir appliquer intégralement la LAMal sans du tout faire participer les patient-e-s en augmentant démesurément leurs primes.

S'agissant du besoin en soins, c'est surtout la catégorie des revenus moyens, qui précisément n'a pas droit à des PC, qui bénéficierait en premier lieu du fait de renoncer à faire participer davantage les patient-e-s (indépendamment de leur revenu) au moment du passage à une application intégrale de la LAMal. Grâce à la couverture intégrale des coûts des soins, il devient inutile de distinguer entre les soins aigus, de transition et de longue durée. Les prestations de l'assurance maladie se rapprocheraient également de celles de l'assurance accident et de l'assurance militaire.

Les calculs effectués dans le cadre de notre étude montrent toute l'importance qu'il y a à compenser la charge supplémentaire des assureurs maladie au moment où l'on passe au principe de la couverture intégrale des coûts, dans une proportion équivalant aux allègements évoqués ci-dessus dont bénéficieront les cantons et les communes. Sans cela, le coût des soins pour les caisses maladie serait multiplié par quatre ou même cinq d'ici l'année 2030 et passerait de 1,65 milliards de francs (2004) à 6,3 voire 7,7 milliards de francs. En 2030, la part des prestations de soins dans le coût brut global des prestations des caisses selon la LAMal devrait être de presque 20% (actuellement 8,6% net), ce qui ferait fortement augmenter la pression à la hausse des primes.

L'introduction d'un impôt sur les successions au plan fédéral, tel que le PS l'a proposé, pourrait fortement alléger les charges financières de l'assurance maladie obligatoire et des pouvoirs publics lors du passage à la couverture intégrale des coûts des soins. Pour pouvoir introduire la couverture intégrale des coûts des soins par l'assurance maladie obligatoire sans devoir augmenter les primes il faut un rendement de l'impôt sur les successions d'au moins 350 millions de francs par an, ce qui paraît tout à fait réaliste.

La pression sur le système de réduction des primes à travers la croissance des primes d'assurance maladie ira en augmentant ces prochaines années. C'est pourquoi notre étude consacre un chapitre complet à l'évolution du système de réduction des primes. On a artificiellement construit, pour des raisons largement politiques, l'argument selon lequel pour faire baisser la charge financière des primes pesant sur la classe moyenne, notamment les familles avec enfants, et pour garantir l'équité entre les générations, il fallait limiter les prestations des caisses maladie en matière de couverture du coût des soins. Aujourd'hui déjà, la Confédération et les cantons ne font pas tout leur possible pour décharger les catégories de la population concernées. Ainsi, ces dernières années, les subventions de la Confédération et des cantons pour la réduction des primes n'ont que partiellement suivi le besoin croissant. Ceci résulte en partie des distorsions du système actuel de financement qui disparaîtront avec l'application de la RPT (critère de la capacité financière des cantons). Mais l'essentiel de cet écart reste dû au manque de transparence causé par la diversité des dispositions légales cantonales et aussi à l'absence d'un lien direct clair entre la croissance des primes et les subventions promises. Reconnaître sans ambiguïté que le financement intégral des soins fait partie de l'assurance maladie obligatoire ne doit pas entraîner des charges supplémentaires pour la classe moyenne et les familles avec enfants si la réduction des primes est adaptée en conséquence.

3 □ Optimisation du système actuel de financement mixte de manière à disposer d'une vraie sécurité sociale couvrant les coûts des soins.

L'alternative à l'application intégrale de la LAMal consiste à développer et optimiser le système actuel de financement mixte des soins de longue durée : mise à contribution parallèle de l'assurance maladie, des assurances vieillesse et invalidité (rente d'impotence et subventions directes), prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI, subventions directes des cantons et des communes et prestations propres des ménages privés eux-mêmes. Aujourd'hui déjà, les ménages privés participent financièrement de manière indirecte via des augmentations des forfaits journaliers de pension, d'accompagnement et de soins à raison de quelque 10% des coûts totaux des soins. Dans la mesure où ce type de participation financière des patient-e-s peut être clairement limité et aménagé de manière transparente et étendu en même temps à toutes les formes de soins et pour toutes les étapes du besoin en soins, on peut déboucher sur une charge financière limitée et acceptable pour les personnes nécessitant des soins et leur famille, pour

autant qu'on lie le tout avec des mesures d'accompagnement. La limitation de la participation des patient-e-s dans le cadre de l'augmentation attendue des coûts revêt ici un caractère décisif.

Les premières simulations montrent les effets sur le revenu disponible des ménages privés ayant besoin de soins, de plusieurs variantes de financement mixte mettant à contribution l'assurance maladie, l'AVS et l'AI (rente d'impotence), les PC AVS/AI, les subventions directes des cantons et des communes et les prestations propres des ménages privés eux-mêmes. Dans l'optique d'un financement approprié des soins, l'étude fait ressortir les paramètres critiques suivants :

1. la nécessaire adaptation à l'avenir de la contribution financière des caisses maladie à l'évolution des coûts des soins ;
2. la limite fixée dans la loi à la participation financière des patient-e-s ;
3. l'augmentation de la limite maximale de fortune excluant le droit aux PC AVS/AI ;
4. l'introduction d'une réglementation spéciale pour les soins aigus et de transition.

3.1 Nécessité d'adapter la contribution financière des caisses maladie à l'évolution des coûts

S'agissant de l'avenir du financement des soins, on a souvent tendance à sous-estimer les conséquences de la nouvelle péréquation financière intercantonale et de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). Celles-ci sont en fait bien plus marquées que les effets de la suppression de la subvention de l'article 101^{bis} LAVS ou ceux du transfert direct aux cantons des coûts des PC AVS/AI, qui tous deux ont pu être compensés dans le bilan RPT global.

La RPT a débouché sur un désenchevêtrement des tâches en soi logique, qui a néanmoins vu les cantons reprendre à leur compte une responsabilité importante dans le financement des soins et de l'accompagnement ambulatoires de même qu'en matière de PC pour les personnes nécessitant des soins (que ceux-ci soient ambulatoires et englobés dans les décomptes de l'assurance maladie ou invalidité ou qu'il s'agisse d'une prise en charge en EMS). Aujourd'hui déjà, les cantons sont incités à influencer favorablement l'évolution de la demande de soins, par des investissements dans la prévention, par la mise en place d'une véritable politique de la vieillesse et par la mise à disposition d'une palette innovatrice de soins.

L'analyse détaillée figurant dans l'étude montre que les cantons se sont vus transférer, à l'avenir, l'essentiel des risques financiers de l'évolution des besoins en soins et de la demande en subventions en fonction des besoins de couverture des coûts des soins privés. La part de contribution financière de la Confédération au financement des PC AVS/AI ne dépend pas du degré de besoin en soins, ni pour les bénéficiaires de PC à domicile, ni pour celles et ceux qui résident en EMS. En revanche, les dépenses de financement à la charge des cantons dépendent directement et fortement du besoin en soins (qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires).

Déjà maintenant, les cantons doivent supporter des charges financières supplémentaires du fait de la suppression de la subvention des soins via l'article 101^{bis} LAVS et de la limite supérieure excluant le droit aux PC, de leur part accrue à la réduction des primes de l'assurance maladie et de la reprise quasi intégrale à leur compte des coûts supplémentaires des soins lors du calcul des PC dans le cadre de la RPT. Si maintenant, en plus, à la faveur de la modification de la LAMal, l'assurance maladie se retirait du financement, en découplant sa participation aux coûts des soins de l'accroissement attendu des coûts, les cantons – et avec eux, les ménages privés – auraient alors à supporter quasiment seuls même la charge financière résultant de facteurs de risque exogènes qu'ils ne peuvent de plus pas influencer (évolution démographique et des structures de salaire, coûts médicaux). Voilà pourquoi il est impératif et juste de

disposer **d'une base légale claire prévoyant l'adaptation de la contribution financière des assureurs maladie à l'évolution des coûts des soins.**

Ceci résulte aussi des modélisations effectuées à propos de l'évolution des coûts et la répartition de leur prise en charge. Retarder l'adaptation des contributions des caisses maladie au renchérissement des coûts des soins sans compenser ces derniers par de nouvelles sources de financement revient à moyen terme à laisser tomber en dessous de 50% la part des assureurs maladie aux coûts de soins, aux larges dépens des ménages privés, qui en outre ne disposent plus de la possibilité de recevoir une compensation via des PC octroyées en fonction de leurs besoins.

3.2 Protection de la classe moyenne par l'introduction d'une limite supérieure légale à la participation financière des patient-e-s

La situation de la classe moyenne est un instrument de mesure important pour évaluer l'optimisation du financement des soins. En abolissant la limite maximale donnant droit à l'octroi de PC aux personnes résidant dans un EMS, on garantit de manière efficace la sécurité financière des groupes de population dont les revenus sont les plus bas. Ceci reste d'ailleurs valable même en cas d'introduction d'une participation financière minimale des patient-e-s. Dans ce système, les ménages les plus aisés disposent également et dans une large mesure de la même garantie pour autant que toute augmentation de la participation financière des patient-e-s se fasse dans des limites appropriées. Le gros problème réside dans la situation de la classe moyenne.

La présente étude a effectué une simulation en partant de l'exemple du canton de Bâle-Ville et qui montre, à partir de catégories concrètes de revenu, quelles sont celles qui poseront des problèmes dans l'hypothèse d'une augmentation trop brutale de la participation financière des patients dans le système actuel. Pour un revenu situé juste au-dessus de la limite donnant droit à des PC (et en admettant un besoin moyen en soins), une participation des patient-e-s aux coûts des soins et de l'accompagnement de l'ordre de 20% représente déjà, cumulée aux primes d'assurance maladie, le 30% du revenu brut, et ce malgré la rente d'impotence éventuelle ; puis, plus le revenu augmente, plus cette proportion baisse. Dans l'exemple analysé d'une personne vivant seule (locataire avec une fortune de 40'000 fr.) et ayant un besoin moyen en soins à domicile, la charge maximale mentionnée ci-dessus frappe la catégorie de revenu disposant de 55'000 francs par année de rentes.

À ceci s'ajoute la problématique qui apparaît pour une large palette de catégories de revenus lorsque le revenu disponible baisse. En effet, en raison de l'impôt sur le revenu et après avoir déduit les dépenses de loyer, les primes d'assurance maladie et la part de l'assuré-e aux coûts des soins, la personne vivant seule dans l'exemple, qui a un besoin moyen en soins, en supporte 20% des coûts à titre de participation et dont le revenu annuel de rentier-ère se situe entre 30'000 et 55'000 francs (chiffres arrondis), dispose finalement d'un revenu disponible inférieur aux normes de minimum vital appliquées pour le calcul du droit aux PC et ce revenu sera donc aussi inférieur au revenu disponible d'un ménage de condition analogue dont le revenu des rentes est inférieur à 30'000 francs par an.

Cette étude montre les limites du système performant en soi des PC s'agissant du financement des soins. Plus la participation financière des patient-e-s est élevée, plus ces effets pervers sont forts. Les seuls moyens de limiter la charge pesant sur la classe moyenne à des proportions acceptables sont la limitation de la participation financière des patient-e-s aux coûts des soins, l'augmentation des subventions directes ou une augmentation de la rente d'impotence.

Ces analyses débouchent sur la recommandation suivante : **L'introduction d'une participation financière des patient-e-s au financement du coût des soins, qui soit transparente et documentée,**

présuppose impérativement qu'on en fixe la limite maximale dans la loi, en tenant compte de la charge financière pesant sur la classe moyenne et de l'importance qu'il y a pour les ménages de savoir à quoi s'attendre.

3.3 Les autres adaptations de la LAVS, de la LPC et de la LAMal

Si le système actuel de financement mixte des soins par l'assurance maladie, l'AVS et les PC se poursuit, il faut alors examiner de manière approfondie encore trois points, selon la décision prise à propos de l'introduction d'une participation financière des patient-e-s : 1. la limite maximale de fortune dans les PC ; 2. une réglementation spéciale pour les soins aigus et de transition ; 3. le rôle de la rente d'impotence et l'adaptation du délai de carence. L'étude a élaboré des bases devant permettre de prendre des décisions politiques, qui dépendront toutefois fortement de la décision de principe sur la participation financière des patient-e-s aux coûts des soins.

Voici les objectifs des propositions :

- Augmenter la limite maximale de fortune exemptée dans les PC dans la mesure où les PC deviendraient une assurance de soins orientée sur les besoins avec l'introduction d'une participation financière des patient-e-s aux coûts des soins,
- Renoncer à une participation financière des patient-e-s aux coûts des soins aigus et de transition de manière à garantir une offre de soins optimale entre l'hôpital, la réhabilitation et les soins ambulatoires.
- Examiner le rôle de la rente d'impotence et diminuer le délai de carence de 12 mois.

4 □ Propositions politiques visant à introduire une assurance obligatoire pour les soins et à encourager la prévoyance soins privée

L'évolution démographique ne se perçoit pas uniquement par l'augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins mais aussi par les défis à relever en terme de soins et d'accompagnement que constituent la démence, les maladies psychiques, la multi-morbidité et la solitude. Le besoin en soins va se modifier d'un point de vue qualitatif. L'accompagnement tout comme des soins plus intensifs et plus proactifs prennent de l'importance. Une réglementation dans le cadre de la LAMal pose des limites à cette croissance, alors même que la demande en soins de haute qualité augmente parallèlement à la croissance des revenus de la population âgée et que baisse la perspective de bénéficier de soins informels. Les propositions politiques visant à introduire une assurance obligatoire pour les soins ou à promouvoir une prévoyance privée pour le financement des soins cherchent à élargir l'assiette financière dont on disposerait pour couvrir les coûts des soins de longue durée. C'est pourquoi notre étude évoque brièvement ces deux propositions dans son dernier chapitre.

Les charges financières pesant sur la classe moyenne en raison de la part croissante de la participation financière des patient-e-s aux coûts des soins et de l'accompagnement pourraient effectivement être abaissées de manière efficace en introduisant une nouvelle **assurance obligatoire des soins**. Au plan politique, il faut toutefois commencer par définir les contours des prestations qu'il s'agit de couvrir, avant de procéder de manière plus précise à l'estimation des coûts que cela pourrait entraîner. Deux éléments surtout ont une influence directe sur les coûts : la question de la couverture des frais de pension en EMS et celle du soutien financier à accorder aux proches prodiguant soins et accompagnement. La présente étude s'est déjà livrée à des premières estimations sur le niveau des primes qui serait nécessaire et les répercussions que ceci aurait sur le système de réduction de ces nouvelles primes. Stéphane Rossini a

esquissé un modèle d'extension de l'assurance maladie obligatoire aux prestations d'accompagnement, au défraiement des proches prodiguant soins et accompagnement et éventuellement encore à une partie des frais de pension en EMS ; l'étude décrit donc brièvement cette variante intéressante au système d'une assurance obligatoire supplémentaire pour les soins.

Comme alternative politique supplémentaire visant à alléger les charges de l'assurance maladie obligatoire, des pouvoirs publics et des ménages privés, citons la motion déposée en 2006 pour **encourager la prévoyance soins privée sur le modèle du 3^{ème} pilier de la prévoyance vieillesse**. Cette motion envisage la déduction fiscale de montants affectés par le contribuable à une assurance privée pour les soins (prévoyance couverte par un capital), déductions pouvant atteindre le même plafond que ceux admis pour le 3^{ème} pilier de la prévoyance vieillesse. Il en résulterait un socle de capital disponible pour faire face à des besoins en soins et permettre de financer en partie ces soins en allégeant du même coup la charge des ménages privés concernés et des pouvoirs publics. Si ce capital ne devait pas être utilisé, il serait transmis aux héritiers au décès de l'assuré-e.

Dans le temps qui nous était imparti, il ne nous a pas été possible de procéder dans le cadre de cette étude à une modélisation détaillée des catégories de revenu et de la situation financière des ménages privés par rapport aux déductions fiscales envisagées et au montant du capital qu'il serait possible d'accumuler. Les premières simulations entreprises montrent cependant que les charges financières les plus lourdes dans les soins de longue durée, aussi bien à charge des ménages privés que des pouvoirs publics, proviennent des situations où le revenu des rentes de vieillesse correspondent à des revenus d'activités professionnelles qui ne permettront pour ainsi dire jamais d'opérer des déductions fiscales pour une prévoyance soins sur le modèle du 3^{ème} pilier A. Il est à prévoir que ces déductions fiscales iront constituer un capital de couverture de prévoyance soins pour des catégories de revenus qui de toute manière nécessitent le moins un soutien de l'état en cas de soins de longue durée. Mais il faudrait ici procéder à des calculs estimatifs plus précis.

5 □ Bibliographie

Rapport du réseau économie de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (2003), Financement des soins et besoin : prévisions d'évolution, rapport de recherche 22/03, OFAS

Conseil fédéral (2005), Message à propos de la loi sur la nouvelle réglementation du financement des soins

Conseil fédéral (2005), Message sur la législation d'exécution de la nouvelle péréquation financière et de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

Office fédéral de la santé publique OFSP (2006), 05.025 s Loi fédérale sur la nouvelle réglementation du financement des soins. Bases du modèle de compromis et calculs des contributions financières de la LAMal. Rapport explicatif du 12 avril 2006, Berne

Office fédéral de la santé publique OFSP (2005), Financement des soins : Conséquences financières des trois modèles proposés, Zurich

Office fédéral des assurances sociales (2006), Statistique de l'aide et des soins à domicile 2005, Berne

Office fédéral des assurances sociales (2005), Statistique de l'aide et des soins à domicile 2004, Berne

Office fédéral des assurances sociales (2006), Statistique des prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI 2005, Bern

Office fédéral des assurances sociales (2005), Statistique des prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI 2004, Berne

Office fédéral de la statistique (2005), Coûts de la santé et démographie. Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution de 1985 à 2020, OFS actuel, Neuchâtel, 2005

Commission fédérale de coordination des questions de la famille CFCF (2006), Soigner, accompagner, payer. Les familles dans les phases tardives de la vie, CFCF, Berne

Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2005), Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires Familiale, dans la vieillesse. Perspectives pour la Suisse, collection de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), Hans Huber, Berne

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

Pellegrini, Sonja, Jaccard, Hélène, Jeanrenaud, Claude (2006), Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Prévisions à l'horizon 2030, Document de travail N°18, Obsan, Neuchâtel

Hélène Jaccard Ruedin, Alexander Weber, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud (2006), Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail N°17, Obsan, Neuchâtel

ASI et consorts (2004), Financement des soins. Avis commun des prestataires de soins, ASI, Association suisse des soins et de l'aide à domicile, Forum des soins stationnaires représenté par Curaviva, association faitière des EMS de Suisse et H⁺ hôpitaux suisses, Berne, Zurich

Conférence suisse des directeurs et des directrices de la santé (CDS) (2005), Nouvelle réglementation du financement des soins, document du 24.8.2005 en vue des auditions de la CSSS-CE du 29.8.05