



Fiche d'information

Date :

7 octobre 2024

Soins à domicile et en EMS : Le financement aujourd'hui et avec le financement uniforme

Financement actuel des prestations de soins

Aujourd'hui, les prestations de soins que ce soit à domicile ou en établissement médico-social (EMS) sont financées par trois sources : l'assurance-maladie (contribution de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par personne nécessitant des soins, fixée par le Conseil fédéral, la hauteur de la contribution dépend du niveau de besoin en soins), les cantons (financement résiduel) et les assurés eux-mêmes (contribution maximale des patients aux prestations de soins, fixée par le Conseil fédéral). Les cantons sont responsables de régler le financement résiduel, c'est-à-dire les coûts qui restent une fois versées les contributions de l'assureur et des bénéficiaires des soins. Il existe aujourd'hui une grande diversité cantonale dans la manière de mettre en œuvre ce financement résiduel. L'évaluation du financement actuel des soins a montré que le financement résiduel est partiellement insuffisant. Les contributions des assureurs (prestations nettes, sans participation aux coûts) représentaient environ 3,1 milliards de francs en 2022, le financement résiduel des cantons étant estimé à environ 2,7 milliards de francs. Le financement résiduel des cantons n'est pas connu avec précision, car il n'est pas présenté séparément par les cantons. La base des estimations est une étude¹ sur le financement résiduel des cantons pour les années 2016 à 2019.

Comme la contribution de l'AOS fixée par le Conseil fédéral est due pour chaque personne nécessitant des soins, l'AOS, et donc les payeurs de primes, cofinancent entièrement, dans le système actuel, une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins, par exemple en raison du vieillissement de la société. Si, par exemple, le nombre de personnes nécessitant des soins double, la contribution de l'AOS et donc des payeurs de primes double également, toutes choses égales par ailleurs. En revanche, dans le système actuel, l'AOS n'est pas touchée par les hausses de prix, c'est-à-dire par l'augmentation des coûts par heure de soins, par exemple en raison de l'inflation, tant que le Conseil fédéral n'adapte pas la contribution de l'AOS.

Le canton peut prendre en charge volontairement tout ou partie de la contribution des assurés s'il le souhaite. De nombreux cantons réduisent la contribution que les personnes dépendantes doivent verser, surtout pour les soins à domicile.

¹ Infrac 2021, Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG (en allemand, résumé en français intégré); disponible sur www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports de recherche > Assurance-maladie et accidents.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

Exemple actuel pour les EMS:

Assurance-maladie paie 9,60 CHF par niveau de soins, défini comme tranche de 20 minutes de soins par jour, (niveau maximal 12, correspondant à un besoin en soins de plus de 220 minutes par jour, soit CHF 115.20/jour).

Résident paie au maximum CHF 23.00/jour pour les coûts des soins.

Commune/canton prend en charge le financement résiduel des coûts des soins.

Ce principe devrait permettre de financer tous les coûts des soins reconnus et justifiés.

Exemple actuel pour les soins à domicile :

Assurance-maladie paie selon la prestation entre CHF 52.60 et 76.90/heure.

Patient participe à hauteur de CHF 15.35/jour maximum aux coûts des soins.

Canton/commune prend en charge le financement résiduel.

Ce qui va changer avec le financement uniforme

Avec le financement uniforme, le système actuel de contributions de l'AOS et de financement résiduel des cantons est remplacé par des tarifs pour les prestations de soins. Les fournisseurs de prestations, y compris les infirmières et infirmiers indépendants, les assureurs et les cantons seront représentés dans l'organisation tarifaire compétente pour la structure tarifaire. Les fournisseurs de prestations pourront négocier des tarifs avec les assureurs et les soumettre, selon le champ d'application, aux cantons ou à la Confédération pour approbation. Les nouveaux tarifs de rémunération des prestations de soins devront respecter les exigences de la loi sur l'assurance maladie (LAMal ; RS 832.10). Les tarifs devront ainsi être déterminés en fonction des coûts d'une fourniture efficiente des prestations.

Ces deux points sont avantageux pour les établissements de soins et donc aussi pour le personnel soignant. Ils auront à l'avenir plus d'influence sur la fixation des tarifs et pourront faire valoir directement leurs intérêts. Il existe également un cadre juridique plus clair pour les tarifs de l'assurance-maladie qu'avec le financement résiduel actuel par les cantons, ce qui apporte plus de stabilité et de prévisibilité aux institutions de soins et donc au personnel soignant.

Les personnes nécessitant des soins continuent à verser une contribution aux coûts des prestations de soins. Le montant de cette contribution est fixé par le Conseil fédéral, comme aujourd'hui. Lors du changement du système de financement, le Conseil fédéral doit fixer la contribution de manière à ce qu'elle ne soit pas plus élevée qu'auparavant et ne peut pas l'augmenter pendant au moins quatre ans. Comme aujourd'hui, les cantons ont toujours la possibilité de prendre en charge, sur une base volontaire, tout ou partie de la contribution des patients aux prestations de soins.

Pourquoi un délai plus long pour intégrer les soins de longue durée ?

L'intégration des prestations de soins aura lieu quatre ans après que les prestations ambulatoires et stationnaires auront été financées de manière uniforme (2028). La raison en est que les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs) doivent d'abord convenir de tarifs pour les prestations de soins, qui remplaceront les contributions actuelles de l'AOS et le financement résiduel des cantons. Pour fixer les tarifs, ils ont besoin d'une base de données transparente sur les coûts des différentes prestations. Pour que celle-ci puisse être créée, à partir de 2028, la saisie des prestations et de leurs coûts dans le domaine des prestations de soins se fera de manière uniforme dans toute la Suisse. Cela créera la base nécessaire pour que les partenaires tarifaires puissent convenir des tarifs d'ici 2032.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, www.ofsp.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.