

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über
die Krankenversicherung**

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946
über die Alters- und Hinterlassenenversicherung**

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 19. März 1965 über
Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und
Invalidenversicherung**

Neuordnung der Pflegefinanzierung

Erläuternder Bericht

Noch nie in unserer Gesellschaft erreichten die Menschen im Durchschnitt ein so hohes Alter. Allein in den letzten 20 Jahren (1982 bis 2000) stieg die Lebenserwartung der Männer von 72,6 auf 76,9 Jahre und bei den Frauen von 79,3 auf 82,6 Jahre. Die Gründe für diese Entwicklung liegen im medizinischen, wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt: Höherer Lebensstandard, Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit, Verbesserung der Hygiene, Fortschritte in der präventiven und kurativen Medizin. In der öffentlichen Diskussion werden häufig die negativen Folgen dieser Entwicklung betont. Despektierlich ist von „Überalterung der Gesellschaft“ und der „Altersfalle“ die Rede, die Zunahme älterer Menschen wird als Bedrohung für die Finanzierung des Sozialstaates wahrgenommen. Alte Menschen werden mit Klischees wie konservativ, desorientiert, einsam, hilfsbedürftig und depressiv versehen. Diese Wahrnehmung entspricht dem traditionellen Defizit-Modell des Alters.

Es gibt eine ganz andere Optik: Die Gesellschaft wird nicht älter, sie bleibt länger jung. Die Menschen werden nämlich nicht nur älter, sie sind auch länger körperlich und geistig gesund. Die Situation und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten laufend verbessert. Der frühere „Ruhestand“ wird zunehmend zur ausgedehnten Lebensphase, die in hohem Mass gestaltbar ist und neue Lebenschancen bietet. Die Statistik bestätigt diese Tendenz. Zwischen 1981/82 und 1997/99 erhöhten sich die behinderungsfreien Lebensjahre bei Frauen um gut fünf Jahre, die Lebensjahre mit Behinderung gingen um zwei Jahre zurück. Bei den Männern erhöhten sich die behinderungsfreien Jahre in der gleichen Periode um mehr als vier Jahre, die behinderten Lebensjahre reduzierten sich um ein halbes Jahr.¹ Für die Entwicklung des Pflegebedarfs ist diese Erkenntnis wichtig: Wenn ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, als dies aufgrund der demographischen Fortschreibung zu erwarten wäre.

Diese kommende „Gesellschaft des langen Lebens“ hat auch Auswirkungen auf den Pflegebereich: Die Pflegebedürftigkeit, verstanden als dauernder, individueller Autonomieverlust in den alltäglichen Lebensverrichtungen, war lange Zeit ein Risiko, das durch Hilfeleistungen informeller Netzwerke (wie Familie, Freunde oder Nachbarn) abgedeckt werden musste. Obwohl die Bedeutung dieser informellen Hilfe nach wie vor gross ist, ist die Pflegebedürftigkeit zunehmend als strukturelles Problem und unverschuldetes Lebensrisiko anerkannt worden, das grundsätzlich nicht individuell, sondern finanziell über kollektive Sicherungssysteme der Sozialen Sicherheit gelöst werden muss. So sind mit dem Entstehen der ersten Systeme sozialer Sicherheit ab dem Ende des 19. Jahrhunderts sukzessive Sozialversicherungsleistungen für Situationen von Pflegeabhängigkeit eingeführt worden, die häufig mit dem Eintritt sozialversicherungsrechtlich geregelter Risiken – wie Alter, Invalidität, Krankheit oder Unfall – verbunden sind.

¹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003

Dieses Zusammenspiel von formeller und informeller Hilfe wird gegenwärtig durch zwei Entwicklungen nachhaltig beeinflusst, die sich bereits seit einiger Zeit abzeichnen: Zum einen durch die demografische Entwicklung, die durch eine längere Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten geprägt ist, und die – mag auch das genaue Ausmass umstritten sein – annehmen lässt, dass mit dem Anteil älterer und betagter auch der Anteil pflegebedürftiger Menschen in der Gesellschaft steigen wird; diese Entwicklung gewinnt dadurch an Bedeutung, dass gleichzeitig mit den geringeren Kinderzahlen auch das Potential an informell pflegenden Personen schrumpfen wird. Zum anderen wirkt sich zunehmend ebenfalls der Wandel der Sozialstrukturen aus, in dem der Anteil der Einpersonen- und Kleinfamilienhaushalte, aber auch der Anteil der erwerbstätigen Frauen steigt, womit die informelle Hilfe tendenziell ab- und der Bedarf an institutioneller Pflege zunimmt. Dieser Wandel in den demografischen und sozialen Strukturen lässt es als Notwendigkeit erscheinen, das Gleichgewicht zwischen formeller und informeller Hilfe im Lichte dieser beiden Entwicklungen einer genaueren Prüfung zu unterziehen und allenfalls neu auszu-tarieren.

Vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklungen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im März 2004 die Vorarbeiten für ein Projekt „Altern und Gesundheit“ begonnen. Dies mit dem Ziel, bei den Diskussionen und Entscheiden in den Themenkreisen „Altern und Gesundheit“, „Altern und Medizin“, „Altern und Pflege“ sowie „Altern und soziale Sicherheit im Krankheits- und Pflegefall“ eine aktive Rolle zu übernehmen. Mit diesem Projekt will das BAG unter anderem seine Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention einbringen und damit zu einem gebremsten Wachstum der Pflegekosten und zur langfristigen Sicherung der Pflegefinanzierung beitragen. Mit dem Transfer der Kranken- und Unfallversicherung vom Bundesamt für Sozialversicherung zum BAG wird es zudem erleichtert, gesundheitspolitische Themen ganzheitlich und „aus einer Hand“ anzugehen.

1.2

Begriff und Gegenstand der Pflege

Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht. Ausgehend von Ziel und Zweck der Pflege finden sich in der Literatur² immerhin Definitionsansätze, die Pflege generell als menschliche Dienstleistung an einzelnen Menschen oder Gruppen im Spannungsfeld von Gesundheit und Krankheit umschreiben. Diese Dienstleistung zielt darauf ab, mit den Mitteln der Pflege Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen, Leiden zu lindern bzw. zu verhüten, mit wechselnden Gesundheitszuständen umgehen zu können oder ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Der Zweck der Dienstleistung ist es, Patienten und Patientinnen, deren Autonomie in ihren alltäglichen Lebensverrichtungen eingeschränkt ist, darin zu unterstützen, dass sie ihr Alltagsleben wieder aufnehmen, weiterführen, angepasst fortsetzen oder neu aufbauen können. Wie auch immer die Pflege aber umschrieben werden mag: Allen Definitionsansätzen gemein ist die starke Verknüpfung medi-

² Vgl. für einen Überblick den Bericht „Aufwertung der Pflegeberufe“ des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie zum Postulat 02.3211 der Kommission des Ständerates für soziale Sicherheit und Gesundheit (noch unveröffentlicht)

zinischer, psychischer, sozialer und funktioneller Aspekte, der bei der Leistungserbringung im Einzelfall Rechnung getragen werden muss³.

1.3 Die rechtliche Regelung der Pflege

1.3.1 Verfassungsrechtliche Rahmenordnung der Pflege

Die geltende Bundesverfassung kennt nur eine Bestimmung, die ausdrücklich auf die Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit Bezug nimmt: Gemäss dem in Art. 41 Abs. 1 Bst. b BV⁴ verankerten Sozialziel setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und Initiative dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Die mit der Pflegebedürftigkeit in der Regel einhergehende qualifizierte Schutzbedürftigkeit der betroffenen Personen erhöht die Bedeutung, die diesem Sozialziel, das als Handlungsmaxime des formellen Verfassungsrechts auch den Gesetzgeber bindet, zuzusprechen ist. Dies gilt auch für andere grundrechtliche Positionen, die eine besondere Nähe zur Pflegeproblematik aufweisen: Zu erwähnen gilt es namentlich den Grundsatz der Menschenwürde (Art. 7 BV), das durch die persönliche Freiheit geschützte Recht auf Selbstbestimmung (Art. 10 Abs. 2 BV) oder das Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV), welches unter anderem gerade ältere oder behinderte, und damit häufig auch pflegebedürftige Menschen vor qualifizierten, ausgrenzenden Ungleichbehandlungen schützt. Wie alle Grundrechte weisen auch diese grundrechtlich geschützten Positionen eine programmatische Schicht auf, die der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers verbindliche, materielle Leitplanken setzt.

1.3.2 Primäre Pflegeleistungen der Sozialversicherungen

Als primäre Pflegeleistungen sind Geld-, Sach- oder Dienstleistungen zu verstehen, die bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit durch die Sozialversicherungen ausgerichtet werden. Im Vordergrund stehen drei Kategorien von Leistungen:

1.3.2.1 Heilbehandlungen

Der Heilbehandlungsanspruch, wie er in verschiedenen Sozialversicherungszweigen gewährt wird, umfasst immer Pflegeleistungen, die stationär oder ambulant erbracht werden können, sich insbesondere in den Anspruchsvoraussetzungen und im Leistungsumfang aber doch deutlich unterscheiden:

- Krankenversicherung

Die Krankenversicherung übernimmt nach Art. 25 KVG⁵ die Kosten für Leistungen, die generell „der Diagnose oder Behandlung *einer Krankheit und ihrer Folgen* dienen“. Darunter fallen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG auch Pflegemassnahmen, „die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem

³ SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (Vernehmlassungsentwurf), Schweizerische Ärztezeitung, 2003; 84, Nr. 24, S. 1281ff.

⁴ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101

⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, SR 832.10

Pflegeheim durchgeführt werden“. Mit dieser allgemeinen Leistungsdefinition knüpft die Krankenversicherung – zumindest theoretisch – an die krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit, unter Ausschluss der rein altersbedingten Pflegebedürftigkeit, an. Diese allgemeine Leistungsdefinition wird gesetzlich bzw. verordnungsrechtlich wie folgt näher präzisiert:

▪ *Leistungen im Spital oder Pflegeheim:*

Mit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 wurden bei spitalstationären Behandlungen anstelle der nach altem Recht auf zwei Jahre beschränkten eine zeitlich unlimitierte Leistungspflicht eingeführt, die neben der medizinischen Behandlung auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung⁶ umfasst. Bei einem Aufenthalt im Pflegeheim, das erst mit dem KVG als Leistungserbringerkategorie anerkannt worden ist, übernimmt der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (Art. 50 KVG). Da die Spitexpflege nur bestimmte, abschliessend aufgezählte Pflegeleistungen vergütet, wird bei der Pflege im Heim – innerhalb der verordnungsrechtlich definierten Rahmentarife – ausschliesslich die Pflorgetaxe, nicht aber die Taxe für Unterkunft und Verpflegung vergütet. Auch die Kosten für die Betreuung werden nicht erstattet.

▪ *Ambulante Leistungen ausserhalb stationärer Strukturen (Spitex):*

Das KVG hat auch eine Leistungsausweitung im Bereich der spitalexternen Krankenpflege gebracht, deren Leistungsumfang in der KLV⁷ abschliessend definiert wird: Zum Pflichtleistungsbereich gehört zum einen die *Behandlungspflege*, welche die medizinischen Hilfeleistungen mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung umfasst, wozu auch Massnahmen der Abklärung des Pflegebedarfs und der Beratung bei der Durchführung der Pflege gehören (Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV). Unter der *Grundpflege* sind Leistungen nicht-medizinischer Art zu verstehen, welche nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung sind, sondern die Folgen der Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen ausgleichen. Die KLV umschreibt diese als Tätigkeiten, welche die Patienten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anziehen, Betten, Lagern usw. (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV). Schliesslich sind auch die Leistungen der psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege im Katalog der KLV aufgeführt, womit vor allem der höhere zeitliche Aufwand in der Grundpflege, begründet durch den psychischen Zustand der Patienten, berücksichtigt wird. Patienten mit psychischen Erkrankungen oder Altersdemenzen benötigen zu ihrem eigenen oder zum Schutz Dritter oft dauernde Überwachung und Betreuung. Besonders bei Langzeitpatienten mit psychischer Erkrankung stellt sich deshalb die Frage der Abgrenzung zwischen Spital- und Pflegebedürftigkeit. Entscheidend ist dabei, ob die Behandlung der Krankheit oder die Betreuung des Patienten überwiegt.

⁶ Die Versicherten selbst leisten an die Hotellerie-Kosten des Spitalaufenthaltes einen Beitrag von 10 CHF/Tag (Art. 64 Abs. 5 KVG i.V.m. Art. 104 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]).

⁷ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, SR 832.112.31

- *Massnahmen der medizinischen Rehabilitation:*

Neben der eigentlichen Krankheitsbehandlung und der Pflegemassnahme sieht das KVG in Art. 25 Abs. 2 lit. d auch Massnahmen der medizinischen Rehabilitation vor. Diese setzt dort an, wo die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und die durch die Krankheit beeinträchtigte berufliche, funktionale oder soziale Eingliederung wieder hergestellt werden soll. Wenn durch die medizinische Rehabilitation keine Verbesserung mehr zu erwarten ist, muss von einem Pflegefall gesprochen werden.

- Unfallversicherung

Nach Art. 10 UVG⁸ hat die versicherte Person Anspruch auf die *zweckmässige* Behandlung der Unfallfolgen, welche unter anderem

- die ambulante Behandlung (durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie durch den Chiropraktor⁹),
- die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals und
- eine ärztlich angeordnete Hauspflege erfasst, sofern diese durch eine krankenversicherungsrechtlich zugelassene Pflegefachperson oder Organisation der Krankenpflege zu Hause (Spitex) durchgeführt wird (Art. 18 Abs. 1 UVV¹⁰). Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung gibt es keinen Leistungskatalog analog Artikel 7 KLV. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat jedoch den Begriff der Hauspflege definiert und die Leistungspflicht umschrieben¹¹. Gemäss EVG ist der Begriff der Hauspflege in der obligatorischen Unfallversicherung vielschichtig und kann im Wesentlichen wie folgt kategorisiert werden:
 - *Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung*, welche von einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden;
 - *Medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege*, der zwar die therapeutische (heilende) Zielrichtung fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch unerlässlich ist (wie z.B. Katheterisieren, Wundversorgung oder Infusionen; vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG).
 - *Nichtmedizinische Pflege*, sei es am Betroffenen selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen (z.B. An- und Auskleiden, Körperpflege, Ernährung), sei es als Hilfestellungen in seiner Umgebung durch Führung des Haushaltes oder Besorgung anderer alltäglicher Angelegenheiten.

Gemäss der Rechtsprechung des EVG ist die Leistungspflicht auf die *Heilbehandlung* und die *medizinische Pflege* beschränkt. *Kein Anspruch besteht auf die Übernahme der Kosten für die nichtmedizinische Pflege resp. der nichtmedizinischen Hilfestellung*. Das Erfordernis der ärztlichen Anordnung ist zudem

⁸ Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung, SR 832.20

⁹ Anders als in der Krankenversicherung (Kostenvergütungsprinzip) gilt in der Unfallversicherung das *Naturalleistungsprinzip*, welches den Vorteil hat, dass der Versicherte direkt auf die Heilbehandlung - durch seine Mitsprache bei der Wahl der Heilanstalt, der Medizinalpersonen und der Behandlungsart - Einfluss nehmen kann.

¹⁰ Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung, SR 832.202

¹¹ Vgl. BGE 116 V 41; RKUV 1993 U 163, S. 55

nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen, sondern es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind.

Die UVG-Versicherer übernehmen in der Regel darüber hinaus einen angemessenen Beitrag an die nichtmedizinische unfallkausale Pflege/Hilfestellung.

Der Anspruch auf Hauspflege besteht, solange der Anspruch auf die Heilbehandlung gegeben ist (d.h. solange als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

- Militärversicherung

Die Militärversicherung haftet für alle Schädigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit der versicherten Personen und für die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen solcher Schädigungen (Art 4 Abs. 1 MVG¹²). Im Rahmen der Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlung, die geeignet ist, ihren Zustand oder ihre Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder vor weiterer Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 16 Abs. 1 MVG). Die Heilbehandlungen umfassen die medizinische Untersuchung und Behandlung sowie die Pflege, die ambulant, zu Hause, teilstationär oder stationär durchgeführt werden können. Untersuchung und Behandlung haben mit Mitteln und nach Methoden zu erfolgen, für die der Wirkungsnachweis erbracht ist (Art. 16 Abs. 2 MVG). Die Militärversicherung definiert zudem, unter welchen Voraussetzungen die Leistungserbringer zugelassen sind. So gelten als Pflegeanstalten die öffentlichen oder anerkannten gemeinnützigen privaten Heime, die der Unterbringung, Pflege und Betreuung von Gebrechlichen und Betagten dienen (Art. 11 Abs. 3 MVV¹³).

- Invalidenversicherung

IV-versicherte Personen haben bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 IVG¹⁴). Nach dem vollendeten 20. Lebensjahr übernimmt die Krankenversicherung die Behandlungskosten im Rahmen des KVG. Als medizinische Massnahmen gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV¹⁵).

1.3.2.2 Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, deren Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag, im Hinblick auf die berufliche oder soziale Eingliederung oder die funktionelle Angewöhnung der anspruchsberechtigten Person. Die Anspruchsvoraussetzungen und der Leistungsumfang nach den einzelnen Sozialversicherungen sind unterschiedlich geregelt:

¹² Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung, SR 833.1

¹³ Verordnung vom 10. November 1993 über die Militärversicherung, SR 833.11

¹⁴ Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, SR 831.20

¹⁵ Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen, SR 831.232.21

- Die *Invalidenversicherung* stellt den versicherten Personen Hilfsmittel zur Verfügung, die sie wegen ihrer Invalidität zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt), zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- oder Weiterbildung oder zum Zweck der funktionellen Angewöhnung bedürfen (Art. 21 Abs. 1 IVG). Versicherte, die für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, haben auch *ohne Rücksicht auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit* Anspruch auf solche Hilfsmittel (Art. 21 Abs. 2 IVG). Zusätzlich kann die IV anstelle der Abgabe von Hilfsmitteln auch bestimmte Ersatzleistungen gewähren (Art. 21^{bis} IVG). Darunter fallen auch die Beiträge an die Kosten von Dienstleistungen Dritter, wenn versicherte Personen persönliche Hilfeleistungen an Stelle eines Hilfsmittels benötigen, beispielsweise um den Arbeitsweg zu überwinden, den Beruf auszuüben oder um besondere Fähigkeiten zu erwerben, welche die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit der Umwelt ermöglichen (Art. 21^{bis} Abs. 2 IVG; Art. 9 HVI¹⁶).
- In der *Alters- und Hinterlassenenversicherung* haben Altersrentnerinnen und -rentner mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge Anspruch auf Hilfsmittel (Art. 43ter Abs. 1 AHVG¹⁷). Die AHV sieht auch die Abgabe von Hilfsmitteln für Bezüger und Bezügerinnen von Altersrenten zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich vor (Art. 43ter Abs. 2 AHVG). Die Liste der Hilfsmittel der AHV ist kürzer als diejenige der IV. Versicherten mit Besitzstandsgarantie (bereits im IV-Alter entsprechende Hilfsmittel gutgesprochen) bleibt der Anspruch auf Leistungen in Art und Umfang analog den Bestimmungen in der IV erhalten (Art. 4 HVA¹⁸).
- Die durch die *Unfallversicherung* an die versicherten Personen gewährten Hilfsmittel bezwecken, die durch Unfall oder Berufskrankheit bedingten körperlichen Schädigungen oder Funktionsausfälle auszugleichen (Art. 11 Abs. 1 UVG). Die Liste der abgegebenen Hilfsmittel ist im Anhang zur Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung aufgeführt¹⁹.
- In der *Militärversicherung* besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel für die Verbesserung des Gesundheitszustandes, für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder für die Tätigkeit im Aufgabenbereich des Versicherten, für die Schulung und Ausbildung, für die funktionelle Angewöhnung, für die Fortbewegung, für die Selbstsorge und für den Kontakt mit der Umwelt (Art. 21 Abs. 1 MVG). Für die nötigen Dienstleistungen Dritter anstelle der Hilfsmittel gewährt die Militärversicherung ebenfalls Beiträge (Art. 21 Abs. 4 MVG). Im Gegensatz zu den anderen Sozial-

¹⁶ Verordnung vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung, SR 831.232.51

¹⁷ Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, SR 831.10

¹⁸ Verordnung vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung, SR 831.135.1

¹⁹ Verordnung vom 18. Oktober 1984 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung, SR 832.205.12

versicherungszweigen kennt die Militärversicherung keinen abschliessenden Hilfsmittelkatalog.

- Die *Mittel und Gegenstände* in der *Krankenversicherung* sind nicht mit den Hilfsmitteln der anderen Sozialversicherungen gleichzusetzen. Während die Hilfsmittel einen länger dauernden Ausfall körperlicher Funktionen ausgleichen, verfolgen die Mittel und Gegenstände diagnostische, therapeutische oder pflegerische Zwecke oder dienen der medizinischen Rehabilitation. Die Abgrenzung zu den Hilfsmitteln ist nicht in allen Fällen offensichtlich, da bestimmte Gegenstände wie Brillen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe sowohl der Heilbehandlung als auch dem Ausgleich des Ausfalls von körperlichen Funktionen dienen können. Für die Abgrenzung ist auf die objektive Zweckbestimmung abzustellen. Die Mittel und Gegenstände sind in einer separaten Liste (MiGel) aufgeführt, welche den Anhang 2 zur KLV darstellt.

1.3.2.3 Hilflosenentschädigungen

Verschiedene Sozialversicherungszweige gewähren Menschen, „die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen“²⁰, eine Geldleistung, die als Hilflosenentschädigung bezeichnet wird und die – mit Ausnahme der Militärversicherung – in typisierter Form, d.h. unabhängig von der Höhe der Kosten im Einzelfall ausgerichtet wird. Während der Begriff und der Zweck der Hilflosenentschädigung in allen Sozialversicherungszweigen grundsätzlich einheitlich ist, gibt es in den einzelnen Zweigen Unterschiede und Besonderheiten, so vorab im Bezügerkreis, in den Anspruchsvoraussetzungen und in der konkreten Leistungsdefinition:

- *Die Hilflosenentschädigung in der Invalidenversicherung:*
In der Invalidenversicherung wird die Hilflosenentschädigung an invalide, versicherte Personen ab Geburt bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters ausgerichtet (Art. 42 Abs. 1 IVG), wobei die Entschädigung nach drei Graden (leicht, mittelschwer und schwer) der Hilflosigkeit abgestuft wird. Mit der 4. IV-Revision, welche am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, wurden im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen einige materielle Verbesserungen eingeführt. Ziel dieser Revision war es, Menschen mit Behinderungen, die auf persönliche Hilfeleistungen angewiesen sind, vermehrt zu ermöglichen, selbstständig und selbstbestimmt zu leben. Im Bereich der Hilflosenentschädigung sind folgende Revisionspunkte hervorzuheben:
 - *Einheitliche Hilflosenentschädigung:* An die Stelle der bisherigen Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung für volljährige Personen, der Pflegebeiträge für Minderjährige und der Beiträge an die Kosten der Hauspflege ist mit der 4. IV-Revision eine einheitliche Hilflosenentschädigung getreten.
 - *Erweiterung des Hilflosigkeitsbegriffs:* Mit der 4. IV-Revision wurde der Hilflosigkeitsbegriff des ATSG für den Bereich der Invalidenversicherung erweitert.

²⁰ So die Legaldefinition der Hilflosigkeit in Art. 9 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1)

Neu gelten als hilflos auch Personen, welche zu Hause leben und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung – d.h. auf praktische Begleitung zur Bewältigung des Alltags – angewiesen sind (vgl. Art. 42 Abs. 3 IVG).

- *Erhöhung der Hilflosenentschädigung: Erhöhung der Hilflosenentschädigung:* Die Beträge der Hilflosenentschädigung für betreuungsbedürftige Personen, welche nicht in einem Heim wohnen, wurden mit der Gesetzesrevision im Vergleich zu bisher verdoppelt (Art. 42^{ter} Abs. 1 IVG). Im Zuge dieser Erhöhung wurden auch die von den Ergänzungsleistungen gewährten Beträge für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, zu denen auch die ausgewiesenen Kosten für ambulante Hilfe, Pflege und Betreuung gehören, erhöht²¹. Für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, beträgt die Hilflosenentschädigung die Hälfte der Ansätze für Personen, die nicht im Heim wohnen (Art. 42^{ter} Abs. 2 IVG).
- *Einführung eines Intensivpflegezuschlags:* Hilflose Minderjährige, welche eine intensive Betreuung brauchen und nicht in einem Heim wohnen, haben zusätzlich zur Hilflosenentschädigung Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag (Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG).
- *Die Hilflosenentschädigung in der AHV:*
In der AHV werden die Hilflosenentschädigungen an in der Schweiz wohnhafte Bezüger und Bezügerinnen von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen ausgerichtet, die in schwerem oder mittlerem Grad hilflos sind. In betraglicher Hinsicht hat die 4. IVG-Revision keine Änderungen gebracht, ausser für Personen, die vor dem 65. Altersjahr bereits eine höhere Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung bezogen haben (sog. Besitzstandsfälle gemäss Art. 43^{bis} Abs. 4 AHVG).
- *Die Hilflosenentschädigung in der Unfallversicherung:*
Die Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung wird Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen bei Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie bei Berufskrankheiten gewährt. Die Hilflosenentschädigung wird nach drei Graden der Hilflosigkeit bemessen und knüpft in der Höhe an den Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes an, indem die Hilflosenentschädigung mindestens den doppelten und höchstens den sechsfachen versicherten Tagesverdienst beträgt.
- *Die Hilflosenentschädigung in der Militärversicherung:*
Ist einer militärversicherten Personen, insbesondere Militär-, Zivilschutz- oder Zivildienstleistende, Hauspflege oder ein privater Kuraufenthalt bewilligt worden und erwachsen ihr dabei durch die versicherte Gesundheitsschädigung oder durch Hilflosigkeit Mehrkosten für Unterkunft, Ernährung, Pflege oder Betreuung, so gewährt die Militärversicherung Zulagen. Weisungsrechtlich ist festgelegt, dass die Zulagen kostendeckend sein sollen, wobei der Bedarf - im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungszweigen - individuell abgeklärt wird.

²¹ Vgl. hierzu Ziffer 1.3.3.1

Tabelle 1: Die Hilflosenentschädigung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen im Überblick (Stand 1.1.2004)

	Höhe der Hilflosenentschädigung (HE) in Franken/Monat					
	im Heim			ausserhalb eines Heims		
	bei leichter Hilflosigkeit	bei mittlerer Hilflosigkeit	bei schwerer Hilflosigkeit	bei leichter Hilflosigkeit	bei mittlerer Hilflosigkeit	bei schwerer Hilflosigkeit
IV	211	528	844	422	1'055	1'688
+ ev. IPZ				422 – 1'266	422 – 1'266	422 – 1'266
AHV	0	528	844	0	528	844
UV	586	1'172	1'758	586	1'172	1'758
MV	konkrete Kosten	konkrete Kosten	konkrete Kosten	konkrete Kosten	konkrete Kosten	konkrete Kosten

IPZ = Intensivpflegezuschlag

1.3.3 Subsidiäre Pflegeleistungen der übrigen Sozialleistungssysteme

Die subsidiären Pflegeleistungen werden dann ausgerichtet, wenn Eigenmittel und primäre Pflegeleistungen der Sozialversicherungen nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu decken.

1.3.3.1 Ergänzungsleistungen

Ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen, die aus einer monatlich ausgerichteten Geldleistung und der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bestehen, steht, vereinfacht formuliert, grundsätzlich Personen zu, die bestimmte Leistungen der AHV oder IV beziehen (Renten, Hilflosenentschädigungen, Taggelder) und deren anerkannte Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen bzw. deren allfällige Krankheits- und Behinderungskosten nicht gedeckt sind. Für Personen, die Pflegeleistungen beanspruchen, unterscheidet sich die Anspruchsermittlung bei einem Aufenthalt zu Hause und bei einem dauernden Heimaufenthalt jedoch in verschiedenen Punkten:

- Personen zu Hause

Neben der jährlichen Ergänzungsleistung, die als Geldleistung monatlich ausbezahlt wird, besteht für Personen, die zu Hause leben, zudem - im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten - ein Anspruch auf die Deckung von ausgewiesenen Kosten für „Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen“ (Art. 3d Abs. 1 Bst. b ELG²²). In der departementalen Ausführungsverordnung²³ wird präzisiert, dass diejenigen Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig ist und

²² Bundesgesetz vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, SR 831.30

²³ Verordnung vom 29. Dezember 1997 über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen, SR 831.301.1

von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht wird, vergütet werden. Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet. Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen. Die Vergütung ist in jedem Fall aber auf folgende Jahresbeträge begrenzt (Art. 3d Abs. 2 ELG):

Tabelle 2: Jährliche Maximalbeträge für die Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten

Alleinstehende, verwitwete Personen, Ehegatten von in Heimen wohnenden Personen (Art. 3d Abs. 2 ELG)	25'000 CHF
Ehepaare (Art. 3d Abs. 2 ELG)	50'000 CHF
Vollwaisen (Art. 3d Abs. 2 ELG)	10'000 CHF
Alleinstehende Bezüger einer Hilflosenentschädigung der IV oder UV	
- schweren Grades (Art. 3d Abs. 2bis ELG)	90'000 CHF
- mittelschweren Grades (Art. 19b ELV ²⁴)	60'000 CHF
Ehepaare mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV oder der UV (je nach Anzahl Ehegatten, die eine HE beziehen und je nach Grad der Hilflosigkeit) (Art. 19b Abs. 2 ELV)	85'000 bis 180'000 CHF

- Personen im Heim :

Während die Pflegekosten von Personen, die zu Hause leben, im EL-System schwergewichtig über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten abgedeckt werden, erfolgt der finanzielle Ausgleich für Heimbewohner und Heimbewohnerinnen insbesondere über die monatliche Geldleistung, welche durch die Gegenüberstellung der Ausgaben (insbesondere Heimtaxe) und den anrechenbaren Einkünften ermittelt wird. Für Heimbewohner und -bewohnerinnen bedeutet dies, dass die gesamten Heimkosten, d.h. insbesondere auch für Pflege und Betreuung, in die Berechnung der Geldleistung einfließen, so dass die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für in Heimen wohnende Personen von Gesetzes wegen auf jährlich 6000 CHF begrenzt wird (Art. 3d Abs. 3 ELG). Zu beachten ist allerdings, dass die Ergänzungsleistung einer doppelten Begrenzung unterliegt:

- Zum einen haben die meisten Kantone²⁵ von der gesetzlich (Art. 5 Abs. 3 Bst. a ELG) eingeräumten Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Kosten, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim berücksichtigt werden, zu begrenzen: Die Obergrenze²⁶ für die Heimtaxen schwankt dabei zwischen rund 28'000 CHF (Tessin) und rund 79'000 CHF (Basel-Stadt), der gesamtschweizerische Durchschnittswert liegt bei rund 59'000 CHF.
- Zum anderen darf die jährliche Ergänzungsleistung (Art. 3a Abs. 3 ELG) für Heimbewohner und Heimbewohnerinnen nicht mehr als gegenwärtig 30'275 CHF betragen.

²⁴ Verordnung vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, SR 831.301

²⁵ Von ihrer Kompetenz haben bisher einzig die Kantone Neuenburg, Basel-Landschaft und St. Gallen gar keinen Gebrauch gemacht.

²⁶ Es handelt sich dabei um einen Durchschnittswert aus den Heimtaxen der Alters-, Invalidenwohn- und Pflegeheime sowie Spitäler und/oder der verschiedenen Pflegebedarfsstufen.

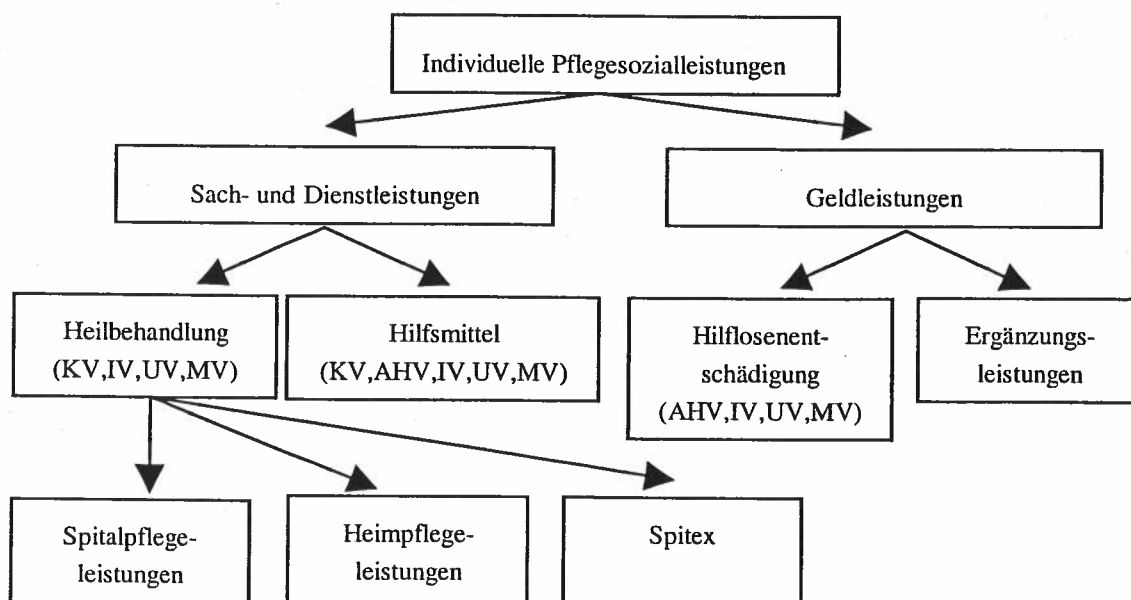
1.3.3.2

Sozialhilfe

Die kantonale rechtlich geregelte Sozialhilfe hat zum Zweck, insbesondere wirtschaftliche Notlagen - unabhängig von den Ursachen - im Einzelfall zu beheben, sofern keine (oder bloss ungenügende) Eigenmittel oder Leistungen anderer Leistungssysteme, wie insbesondere Sozialversicherungen, vorhanden sind (Primat der Sozialversicherungen bzw. Subsidiarität der Sozialhilfe). Im Rahmen des verfassungsrechtlich verankerten Rechts auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) sind dabei diejenigen Mittel zuzusprechen, „die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind“, womit grundsätzlich auch Pflegekosten durch die Sozialhilfe finanziert werden müssen, sofern andere Leistungen der Sozialversicherungen und die privaten Quellen nicht ausreichen.

Die Bemessung der sozialhilferechtlichen Leistungen orientiert sich in der Praxis grundsätzlich an den Grundbedürfnissen, die sich an den zivilisatorischen, sozialen und kulturellen Errungenschaften der Gesellschaft messen (sog. soziale Existenzminimum, welches über das absolute Existenzminimum hinaus auch die Teilnahme am Sozial- und Arbeitsleben garantiert). Nach den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) sollte die Sozialhilfe deshalb - neben den ungedeckten Heim- oder Spitexkosten - für bedürftige Personen zu Hause auch einen Beitrag zur freien Verfügung bzw. für bedürftige Personen in stationären Einrichtungen wie Heimen und Kliniken, in therapeutischen Wohngemeinschaften oder in Pensionen eine Pauschale zur Deckung der nicht im Pensionsarrangement enthaltenen Ausgabepositionen gewähren. Die Höhe der Pauschale ist nach der körperlichen und geistigen Mobilität abzustufen und beträgt gemäss den geltenden SKOS-Richtlinien 255 bis 510 CHF im Monat.

Grafik 1: Überblick über die individuellen Pflegeleistungen des Sozialversicherungsrechts



1.3.4

Koordinationsregeln

Die Koordination der Leistungen von verschiedenen Sozialversicherungszweigen ist in dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) geregelt. Daneben existieren Koordinationsbestimmungen in den Spezialgesetzen. Das ATSG koordiniert grundsätzlich nur die Leistungen *gleicher Art und Zweckbestimmung* (Kongruenzprinzip). Für die Pflege ist zudem die Koordination beim Zusammentreffen der verschiedenen Geldleistungen aus den verschiedenen Quellen bedeutsam, was im ATSG unter dem allgemeinen Verbot von *Überentschädigungen* beim Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen (Art. 69) geregelt wurde. Nach dem Kongruenzprinzip dürfen nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung bei der Berechnung der Überentschädigung berücksichtigt werden. Pflegerechtlich bemerkenswert ist dabei, dass das ATSG zwischen Vergütungen für Heilungs- und Eingliederungskosten und Vergütungen für Pflegekosten in Bezug auf Hilflosigkeit (Art. 74 Abs. 2 lit. a und d) unterscheidet.

1.4 Heutige Finanzierung der Pflege

1.4.1 Finanzierung auf der Makroebene

Die folgende Darstellung zeigt die Finanzierung des Pflegesektors (im Heim und zu Hause) im Jahr 2001 nach Finanzierungsträgern auf:

Tabelle 3: Finanzierung der Pflege im Jahr 2001 (Ist-Zustand)

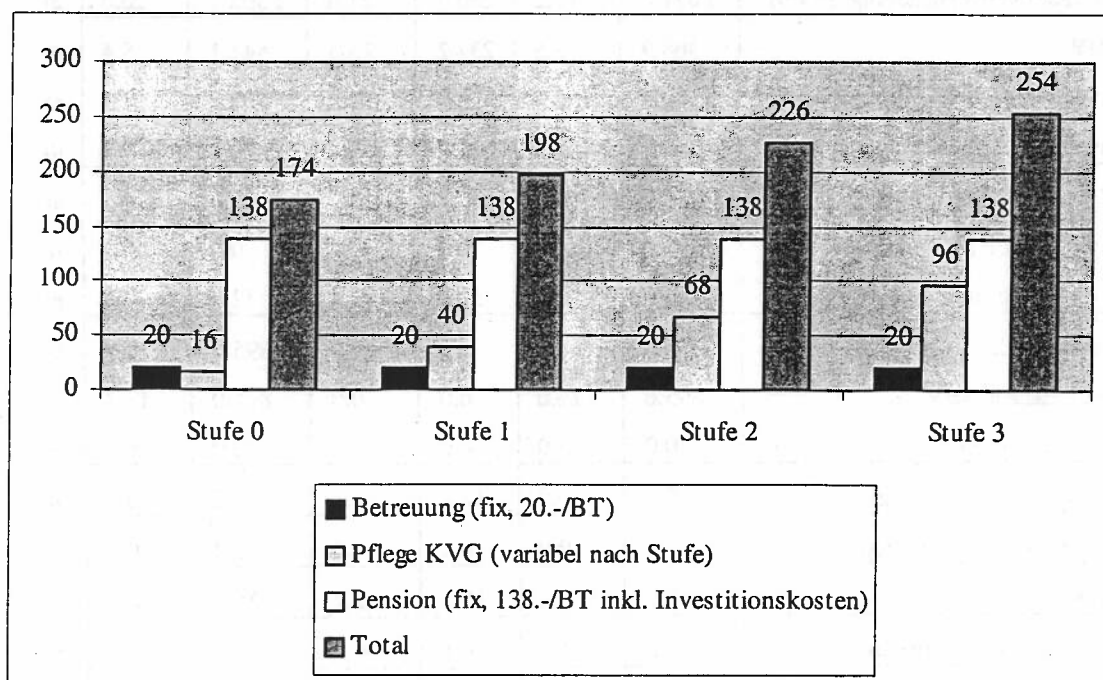
Finanzierungsträger	Pflegeheime		Pflege zu Hause		Total		
	Mio. CHF	in %	Mio. CHF	in %	Mio. CHF	in %	
KV (Krankenversicherung, Netto)	1'071.8	19.2	230.3	24.6	1'302.1	20.0	a)
AHV	308.9	5.5	237.2	25.3	546.1	8.4	b)
davon direkte Subventionen	0.0	0.0	160.0	17.1	160.0	2.5	c)
davon Hilfenentschädigung	308.9	5.5	77.2	8.2	386.1	5.9	d)
IV (Invalidenversicherung)	0.0	0.0	32.0	3.4	32.0	0.5	e)
davon direkte Subventionen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	f)
davon Hilfenentschädigung	0.0	0.0	32.0	3.4	32.0	0.5	g)
Ergänzungsleistungen (EL)	895.0	16.0	0.0	0.0	895.0	13.7	h)
davon EL zur AHV	895.0	16.0	0.0	0.0	895.0	13.7	i)
davon EL zur IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	j)
UV (Unfallversicherung)	0.0	0.0	12.2	1.3	12.2	0.2	a)
MV (Militärversicherung)	1.8	0.0	0.4	0.0	2.2	0.0	a)
Privatversicherung	0.0	0.0	25.1	2.7	25.1	0.4	a)
Andere private Finanzierung	83.8	1.5	46.1	4.9	129.9	2.0	a)
Kantone/Gemeinden	479.7	8.6	341.3	36.5	821.0	12.6	a)
Sozialhilfe	97.0	1.7	2.1	0.2	99.1	1.5	k)
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2'640.9	47.3	9.1	1.0	2'650.0	40.7	l)
Total	5'578.9	100.0	935.8	100.0	6'514.7	100.0	a)
Unentgeltliche Hilfe					1'223.0		m)
Quellen und Erläuterungen a) BFS, Kosten des Gesundheitswesens 2001, Neuchâtel 2003 b) Summe von c), d) c) BFS, Kosten des Gesundheitswesens 2001 / Basis: AHVG Art. 101bis d) BSV, AHV-Statistik 2002 (Total 386.1 Mio); BSV-intern geschätzte Aufteilung Heime/Spitex: 80%/20% e) Summe von f) und g) f) Annahme, dass keine IV-Subvention in Pflegeheime und Spitex fliessen g) BSV-interne Schätzung auf Basis der Spitex-Statistik 2001 (Einnahmen für die unter 65-jährigen aus hauswirts./ sozialbetr. Leistungen) h) Summe von i) und j) i) BSV, EL-Statistik 2001; EL für Heimbewohner j) Annahme, dass IV-EL nur an BewohnerInnen von Behindertenheimen ausgerichtet werden k) Schätzung BSV-intern gemäss Aufteilung bei den Haushalten l) Residualgrösse (Total der Kosten abzüglich aller anderen Finanzierungen) m) BFS und BSV-interne Schätzung für das Jahr 2000							

1.4.2

Finanzierung auf der Mikroebene

Die Einführung der einheitlichen Kostenrechnung und Leistungserfassung, wie sie verordnungsrechtlich auch für Pflegeheime gefordert wird²⁷, macht es möglich, die Tageskosten für einen Heimaufenthalt auszuwerten und Betriebsvergleiche anzustellen. Die nachfolgende Grafik²⁸ zeigt, als beispielhafte Annäherung an den Finanzierungsbedarf, der sich dem einzelnen Heimbewohner stellen kann, die durchschnittlichen Aufenthaltskosten von ca. 20 privaten und öffentlichen Heimen im Kanton Bern im Jahre 2001 auf. Vergleichbare gesamtschweizerische Auswertungen sind gegenwärtig nicht verfügbar.

Grafik 2: Durchschnittliche Aufenthaltskosten im Pflegeheim pro Bohnertag im Kanton Bern



Bei den *Tageskosten* sind die Infrastrukturkosten miteinberechnet. Die Kosten für Mittel und Gegenstände sind ebenfalls mitberücksichtigt, nicht aber die Medikamenten-, Arzt- und Therapiekosten. Die *Pflegekosten* enthalten die Personal- und Pflegematerialkosten, jedoch keine Infrastrukturkosten.

Die für die Krankenpflege berechneten Kosten beziehen sich auf die Situation wie sie bei konsequenter Umsetzung des geltenden Rechts aussehen würde. Aufgrund der unten in Ziffer 2.3.1. erwähnten Rahmentarife für die Vergütung der Pflegekosten im Heim fällt der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer jedoch geringer aus.

²⁷ Vgl. hierzu hinten Ziffer 2.3.1.

²⁸ Beat Wenger, Finanzierung der stationären Langzeitpflege, sipp focus 1/2003, S. 1ff.

Angesichts der Bedeutung, welche die Langzeitpflege in der Gesundheitspolitik der OECD-Länder in den letzten Jahren gewonnen hat, hat die OECD die verschiedenen Systeme für Langzeitpflege in 19 Ländern²⁹ unter dem Blickwinkel der vergangenen und künftigen Reformen bezüglich Finanzierung und Leistungen untersucht und in einer Studie³⁰ publiziert. Folgende allgemeine Aussagen lassen sich aus dem Bericht entnehmen.

Die meisten der untersuchten Länder haben ein System entwickelt, das bedürftigen älteren Personen ermöglicht, Pflege in einer Institution zu erhalten, wenn auch die Pflegeleistungen in sehr unterschiedlichen Formen angeboten werden (Geldleistungen, Sachleistungen, Abgeltung der informellen Hilfe etc.). Ebenso vielfältig sind die Finanzierungssysteme der Langzeitpflege für ältere Leute aufgebaut (Steuern, Beiträge, Eigenleistungen). Ein gemeinsames zentrales Anliegen der Reformbemühungen in allen Ländern stellt jedoch die Koordination der Pflegeleistungen und –institutionen für Pflegebedürftige dar. In einer Mehrheit von Ländern dienen die Steuern als Hauptquelle zur Finanzierung der Pflege, während eine Minderheit ein Sozialversicherungssystem für die Deckung der Langzeitpflegekosten und anderer aussergewöhnlicher Ausgaben errichtet hat (Österreich, Deutschland, Japan, Niederlande und Luxemburg)³¹. In einigen wenigen Ländern werden die Pflegeleistungen in Spitälern im beschränkten Masse durch die Krankenversicherung finanziert, mangels speziell für die Langzeitpflege errichteter Institutionen (Ungarn, Korea, Mexiko und Polen).

Von den 19 untersuchten Ländern kennen sieben (Österreich, Deutschland, Japan, die Niederlande, Norwegen, Luxemburg und Schweden) ein bedarfsunabhängiges Leistungssystem mit einer allgemeinen Deckung, welche die Langzeitpflege in der gleichen Art wie andere gesundheitliche Bedürfnisse im gesamten Sozialversicherungssystem regelt. Die zwölf anderen Länder haben ein ganz oder teilweise bedarfsabhängiges System, welches auf dem Einkommen und/oder Vermögen beruht. Innerhalb dieser beiden Gruppierungen sind die Systeme sehr heterogen aufgebaut.

Der Bericht kommt zum Schluss, dass eine zunehmende Anzahl von Ländern dazu tendiert, die Prinzipien der öffentlichen Finanzierung der akuten Krankheitspflege auch auf die Langzeitpflege anzuwenden. In diesen Ländern findet die Idee einer obligatorischen Versicherung analog der Versicherung für akute Krankheiten zunehmende Akzeptanz. Andere Länder sind bezüglich eines Systemwechsels von einer bedarfsabhängigen und beschränkten Deckung des Pflegerisikos zu einer bedarfsunabhängigen Deckung noch zurückhaltend. Doch auch in den Ländern mit einem bedarfsunabhängigen Leistungssystem sind die privaten Haushalte zur Beteiligung an den Kosten verpflichtet, und dies in stärkerem Masse als bei der Pflege für akute Krankheiten.

²⁹ Australien, Österreich, Kanada, Deutschland, Ungarn, Irland, Japan, Korea, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Polen, Spanien, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich, USA

³⁰ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care, vorgesehen zur Veröffentlichung bis Mitte 2004

³¹ Vgl. Anhang 1

Die unter Ziffer 1 dargestellte geltende Ordnung der Pflege und ihrer Finanzierung wirft verschiedene Probleme auf, die auf unterschiedlichen Ebenen anzusiedeln sind, und daher auch unterschiedliche Lösungsstrategien erfordern werden:

2.1 Ungenügendes Leistungsniveau bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit

Die Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit kein eigenständiges sozialversicherungsrechtlich geregeltes Risiko darstellt, sondern über die kausal orientierten primären Sozialversicherungen mitgeregelt wird, führt dazu, dass die Leistungen bei einer alters-, krankheits- oder unfallbedingten Pflegebedürftigkeit grundsätzlich unterschiedlich ausfallen³². Bei der Analyse der einzelnen Leistungsordnungen fällt auf, dass das Leistungsniveau gerade bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit de lege lata als eher tief bezeichnet werden muss:

- Die AHV kennt keine Hilflosenentschädigung bei einem leichten Hilflosigkeitsgrad.
- Das finale Korrektiv der Ergänzungsleistungen ist mehrfach begrenzt, was insbesondere bei schwer pflegebedürftigen Personen wegen der grossen finanziellen Last zu einem erhöhten Sozialhilferisiko führt. Hier gilt es insbesondere die EL-Begrenzung bei Heimbewohner und –bewohnerinnen zu erwähnen: Gemäss Art. 3a Abs. 3 ELG darf die jährliche Ergänzungsleistung für Personen, die dauernd oder für längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, nicht mehr als 175 Prozent des Höchstbetrages für den Lebensbedarf von Alleinstehenden nach Art. 3b Abs. 1 Bst. a ELG betragen (Fr. 30'275/Jahr oder Fr. 2'525/Monat)

³² Vgl. hierzu eingehend Hardy Landolt, Das soziale Pflegesicherungssystem, Bern 2002, S. 109ff.

2.2

Entwicklung der Pflegekosten

Im Jahr 2001 flossen rund 6,5 Milliarden Franken in den Pflegebereich (Pflegeheime und Spitex). Im Vergleich mit dem Jahr 1995, in welchem der Pflegebereich 4,2 Milliarden Franken ausmachte, bedeutet dies eine Zunahme von über 30 Prozent. Nicht eingeschlossen ist die unentgeltliche Hilfe für Pflegebedürftige, deren Wert für das Jahr 2002 auf 1,2 Milliarden Franken geschätzt wird³³ und deren Integration in die Gesamtkosten eine deutliche Erhöhung (rund 20 Prozent) bewirken würde.

Tabelle 4: Entwicklung der Kosten im Pflegebereich

Jahr	Pflegeheime	Pflege zu Hause (Spitex)	Pflege insgesamt	Zunahme
1995	4'206.9	702.3	4'909.2	
1996	4'429.1	772.5	5'201.6	3.96%
1997	4'593.3	768.4	5'361.7	3.08%
1998	4'830.1	814.5	5'644.6	5.28%
1999	4'935.2	848.4	5'738.6	1.67%
2000	5'194.8	889.3	6'084.1	6.02%
2001	5' 578.9	935.8	6'514.7	7.07%

Quelle: Bundesamt für Statistik, Auswertung der in „Kosten des Gesundheitswesens“ erfassten Daten

Unter der Annahme, dass die vermutete Tendenz zu weniger unentgeltlicher Pflege weitergeht, sowie unter Verwendung des Bevölkerungsszenarios „Trend“ des Bundesamts für Statistik, kann die künftige Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftigen sowie der Pflegekosten hochgerechnet werden:

Die demografische Projektion lässt für die Periode 2000 bis 2020 eine Zunahme der Zahl der älteren Pflegebedürftigen von maximal einen Drittel ergeben³⁴.

Eine Schätzung der Kosten des Pflegebereichs auf der Basis des Bevölkerungsszenarios „Trend“ sowie einer von 1995 bis 2000 beobachteten Zeitreihe für die nicht-demografiebedingten Faktoren ergibt einen gesamten Kostenzuwachs von 83 Prozent im Zeitraum von 2000 bis 2020 und einen solchen von 208 Prozent von 2000 bis 2040. Dabei wird der demografiebedingte Kostenzuwachs bedeutend tiefer eingeschätzt als der nicht demografiebedingte.

Die Hochrechnung bis ins Jahr 2040 zeigt die Grenzen der Aussagekraft dieser Schätzung auf. Der mechanistische Ansatz vermag weder der gesundheitspolitischen noch der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen. So ist gemäss Höpflinger et al. anzunehmen, dass eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit - etwa aufgrund geriatrisch präventiver Programme oder vermehrter rehabilitativer Erfolge - den rein demografischen Effekt wesentlich abzuschwächen vermag. Gesundheitspolitische Entscheide dürften hingegen weniger die Kosten des Pflegebereichs be-

³³ Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz aufgrund der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, Statistik der Schweiz, Neuchâtel 2002

³⁴ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003, S. 44

einflussen als vielmehr die Finanzierungsanteile, welche durch die einzelnen Kostenträger übernommen werden.

Tabelle 5: Projektionen für das Jahr 2020 und 2040

	2000-2020	2000-2040
Kosten der Pflege im Jahr 2000	6 084	6 084
Demografiebedingter Kostenzuwachs	1 902	4 651
Nicht demografiebedingter Kostenzuwachs	3 154	7 981
Gesamtkosten Pflege	11 141	18 716
Zunahme in Prozent	83%	208%

Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung

2.3 Starke finanzielle Belastung der Krankenversicherung

2.3.1 Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

In der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung³⁵ wurden die Kosten der Leistungserweiterung für den Pflegeheimbereich auf 560 Mio. Franken geschätzt. Diese geschätzten Mehrkosten wurden, ausgehend von den entsprechenden Leistungsausgaben der Krankenversicherung im Jahr 1995, im Jahr 1999 erstmals übertroffen. Damit sind nicht nur die im Vorfeld der Einführung des KVG vorausgesagten Wirkungen eingetreten. Die rückwirkende Betrachtung der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechneten Kosten zeigt nun, dass der Kostenanstieg von 1999 an zurückging und sich im Trend an die durchschnittliche Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung annähert. Dies dürfte zumindest teilweise mit den am 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Rahmentarifen zu erklären sein, die solange zur Anwendung gelangen sollen, bis die Leistungserbringer im Pflegebereich die verordnungsrechtlich³⁶ geforderten Transparenzinstrumente eingeführt haben, welche als Grundlage für die Bestimmung der Kosten und Leistungen der stationären, teilstationären, ambulanten und Langzeitbehandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dienen (Art. 2 VKL). Die Vergütung der Heimpflegeleistungen erfolgt nach Rahmentarifen pro Tag, unterteilt in vier Pflegebedarfsstufen, welche von leichter bis zu schwerer Pflegebedürftigkeit reichen³⁷ (Art. 9a Abs. 2 KLV). Die Leistungen der Spitex werden nach Rahmentarifen pro Stunde³⁸ vergütet (Art. 9a Abs. 1 KLV).

³⁵ BBl 1992 I 220

³⁶ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104)

³⁷ Erste Pflegebedarfsstufe: 10-20 Fr.; zweite Pflegebedarfsstufe 15-40 Fr.

dritte Pflegebedarfsstufe 30-60 Fr.; vierte Pflegebedarfsstufe: 40-70 Fr.

³⁸ für einfache und stabile Situationen: 30-45 Fr.; für instabile und komplexe Situationen: 45-65 Fr.; für Abklärungen und Beratungen: 50-70 Fr.

Zum Stand der Diskussion zu den Rahmentarifen:

Es ist damit zu rechnen, dass bei Erreichen der vollen Kostentransparenz nach den Erfordernissen der VKL für die obligatorische Krankenpflegeversicherung erhebliche Mehrkosten anfallen werden, da die Krankenversicherung die Vollkosten der Pflegeleistungen zu vergüten haben wird. Deshalb hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) dem Parlament vorgeschlagen, bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Pflegefinanzierung, spätestens aber bis zum 31. Dezember 2006, die Rahmentarife auf dem Stand vom 1. Januar 2005 einzufrieren (ausgenommen sind einzig diejenigen Tarife, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten hatten; diese werden auf dem Stand vom 1. Januar 2004 eingefroren). Dieses Einfrieren gilt dann unabhängig von Transparenz Erfordernissen, die nachträglich noch erfüllt würden.

Gleichzeitig beabsichtigt der Verordnungsgeber, die Rahmentarife der beiden oberen Pflegebedarfsstufen per 1. Januar 2005 moderat zu erhöhen.

Tabelle 6: Ausgaben (Bruttoleistungen) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Mio. CHF

Jahr	Pflegeheime	Pflege zu Hause	Pflege insgesamt	Zunahme Pflege/OKP	Kostenentwicklung OKP
1996	666	132	798		
1997	890	193	1083	35.7%	5.5%
1998	1092	224	1316	21.4%	6.7%
1999	1170	235	1405	6.8%	4.3%
2000	1215	253	1468	4.5%	5.9%
2001	1258	270	1528	4.1%	5.9%
2002	1392	290	1682	10.1%	4.3%

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Krankenversicherungsdatenbank KKDB, Stand Oktober 2003

2.3.2 Verschiebung der Finanzierungsanteile

Die Kosten des Pflegebereichs werden durch mehrere direkte Finanzierungsquellen gedeckt. Etwas weniger als zwei Drittel übernehmen die privaten Haushalte. Falls deren Mittel nicht ausreichen, was vor allem beim Aufenthalt im Pflegeheim häufig der Fall ist, können sie Ergänzungsleistungen zur AHV (gegebenenfalls zur Invalidenversicherung) beanspruchen. Etwa ein Fünftel der Pflegekosten wird durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt; rund ein Achtel durch Kantone und Gemeinden. Die noch verbleibenden Kosten werden durch andere Sozialversicherungen und durch private Finanzierungen (Spenden, Legate) gedeckt. Der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an der Finanzierung des Pflegebereichs hat sich vom Inkrafttreten des KVG bis 1999 nahezu verdoppelt, nachher ist er stabil geblieben. Der Anteil der öffentlichen Hand hat sich zuerst verringert, nun aber beinahe auf das ursprüngliche Niveau zurückentwickelt. Zurückgegangen ist der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte.

Tabelle 7: Finanzierungsanteile in Prozent

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Anteil OKP (Netto ³⁹)	10.5	10.6	17.6	19.8	20.6	20.5	20.0
Andere Soz.-vers.	2.5	2.5	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7
Kantone/Gemeinden	13.2	13.3	10.8	10.2	10.0	9.1	12.6
Haushalte	71.8	71.6	66.7	65.4	64.9	65.8	62.7
Übrige priv. Finanz.	2.0	2.0	1.9	1.7	1.7	1.8	2.0
Pflege insgesamt	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Bundesamt für Statistik, Auswertung der in „Kosten des Gesundheitswesens“ erfassten Daten

³⁹ Die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) in der OKP ist in diesem Wert nicht enthalten, deshalb „netto“. In dieser Aufstellung ist die Kostenbeteiligung OKP konsequenterweise Bestandteil der Finanzierungsquelle Haushalte.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt grundsätzlich zwei Reformziele, die sich zumindest teilweise widersprechen: Zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum anderen geht es darum, die Krankenversicherung, welche im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich zu belasten: Zwar sollte die Krankenversicherung von ihrem Zweck her grundsätzlich nur für krankheitsbedingte Leistungen – im Bereich der Pflege: für krankheits-, nicht aber für altersbedingte Pflegeleistungen – aufkommen. Im Pflegealltag lässt sich die Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingter Pflege aber kaum treffen, da im Alter bei jedem Pflegefall wohl auch eine somatische Ursache gefunden werden kann. Dennoch ist nicht zu verkennen, dass das Alter das Pflegeisiko eindeutig erhöht: Bei einem bestimmten Krankheitsbild wird sich eine jüngere Person allenfalls ohne (oder mit wenigen) Pflegeleistungen erholen, während eine ältere Person – beim identischen Krankheitsbild – altersbedingt zum vorübergehenden oder dauernden Pflegefall werden kann. Im historisch gewachsenen, kausal, d.h. nach Risiken strukturierten schweizerischen Sozialversicherungssystem sollte diese altersbedingte Mehrbelastung nicht unbegrenzt von der Krankenversicherung getragen werden. Es drängt sich daher auf, die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Sozialversicherungszweigen neu und präziser zu definieren. Diese Zuordnung kann nach verschiedenen Kriterien erfolgen, so etwa über die Definition der Leistung oder nach einem zeitlichen Kriterium. Für beide Ansätze wird im Folgenden je ein Finanzierungsmodell zur Diskussion gestellt.

3.1

Modell A

3.1.1

Grundidee des Modells

Die Grundidee des Modells A besteht darin, den unbestrittenen Grundgedanken, dass das KVG ein Krankheitsrisiko und nicht ein generelles, altersbedingtes Pflegeisiko abdeckt, umzusetzen. Wegen der im Pflegealltag schier unmöglichen Trennung von krankheits- und altersbedingter Pflege wird in diesem Modell der Begriff der Behandlungspflege zum zentralen Anknüpfungspunkt erklärt: Die Behandlungspflege verfolgt in der Regel ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung von Krankheiten oder zur Bekämpfung derer Folgen und gehört daher in den Leistungsbereich des KVG:

- *Komplexe Pflegesituation:* Ist in einem Einzelfall Behandlungspflege erforderlich, so wird vermutet, dass eine allfällig ebenfalls indizierte Grundpflege für die Bewältigung in den alltäglichen Lebensverrichtungen wegen des zwingend bestehenden Krankheitshintergrundes komplexer Art ist, d.h. medizinisches und/oder pflegerisches Fachwissen erfordert, und damit in den Leistungsbereich der Krankenversicherung fällt. In komplexen Pflegesituationen werden die Leistungen damit sowohl für die Grund- als auch für die Behandlungspflege von der Krankenversicherung vergütet. Im Gegenzug werden im Heim die AHV-Hilflosenentschädigung für mittelschwere und schwere Hilflosigkeit gestrichen.
- *Einfache Pflegesituation:* In allen Fällen ohne Behandlungspflegebedarf, mithin in einfachen Pflegesituationen ohne Krankheitshintergrund, werden hingegen keine Krankenversicherungsleistungen, auch nicht für die Grundpflege, mehr erbracht. Als Kompensation – und als Anreiz, möglichst lange keine stationären Infrastruk-

turen zu beanspruchen – wird in der AHV für Personen, die zu Hause leben, eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit eingeführt.

Da sowohl der sozialpolitische wie der finanzielle Problemdruck für die Krankenversicherung im Bereich der Alterspflege am grössten ist, kommt das vorgeschlagene Finanzierungsmodell A ausschliesslich für Personen im AHV-Rentenalter zur Anwendung. Die schwierige Abgrenzung von alters- und krankheitsbedingter Pflege stellt sich logischerweise denn auch vorwiegend bei älteren Personen, während für die jüngeren pflegebedürftigen Personen schwergewichtig weiterhin die Invalidenversicherung leistungspflichtig bleiben soll.

3.1.2 Definitionsfragen

Dem Modell A liegen folgende Definitionen zu Grunde:

- *Grundpflege*: Die Grundpflege bezweckt die Aufrechterhaltung der allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (ATL), welche grundsätzlich selbst ausgeführt werden und sechs Bereiche betreffen (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung). Die Ursache für ein (teilweise oder vollständig) nicht mehr selbständiges Ausführen dieser Aktivitäten kann alters- und/oder krankheitsbedingt sein. In *einfachen Situationen*, die grundsätzlich der leichten oder mittelschweren Hilflosigkeit der AHV/IV entsprechen, kann die Grundpflege durch Laien bzw. nicht besonders qualifizierte Pflegepersonen ausgeführt werden, auch durch Angehörige. In *komplexen Situationen*, die definitionsgemäss zwingend immer einen medizinischen Hintergrund haben, muss die Grundpflege durch qualifizierte Pflegepersonen ausgeführt oder überwacht werden. Komplexe Pflegesituationen entstehen nur in Fällen, in denen der Alterungsprozess den Versicherten mehr als das altersübliche Mass (im Vergleich zu Normwerte resp. -verteilungen) pflegebedürftig macht. Die komplexe Situation im Sinne dieses Modells dürfte in der Praxis einer schweren Hilflosigkeit gemäss AHV/IV entsprechen.
- *Behandlungspflege*: Die Behandlungspflege ist auf die Durchführung von Massnahmen zur Erreichung eines medizinischen Behandlungsziels gerichtet. Sie wird durch eine qualifizierte Pflegeperson ausgeführt oder überwacht und eine ärztliche Betreuung ist im Hintergrund vorhanden.
- *Hilflosigkeit*: Eine Person gilt als hilflos, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Die Abstufung der Grade an Hilflosigkeit richtet sich nach den Definitionen der Invalidenversicherung. Eine *schwere* Hilflosigkeit liegt vor, wenn eine Person in allen alltäglichen Lebensverrichtungen in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 IVV⁴⁰). Bei *mittelschwerer* und *leichter* Hilflosigkeit ist eine Person nur in einer gewissen Anzahl (4 bzw. 2) von alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen (Art. 37 Abs. 2 und 3 IVV).

⁴⁰ Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung, SR 831.201

3.1.3

Umsetzungsfragen: Anpassung der AHV-Hilflosenentschädigung

Das Modell A schlägt eine Bereinigung der im geltenden Recht zumindest konzeptuell und theoretisch bestehenden Unterscheidung zwischen alters- und krankheitsbedingter Pflege vor. Dadurch strahlt das Modell indirekt in den Leistungsbereich der AHV-Hilflosenentschädigungen⁴¹ aus, weshalb sich in diesem Bereich verschiedene Folgeanpassungen aufdrängen, die teils einen Leistungsausbau teils einen Leistungsabbau bedeuten:

3.1.3.1

Anpassung der Hilflosenentschädigung in einfachen Pflegesituationen

Im Modell A wird zum einen vorgeschlagen, dass die Krankenversicherung im Bereich der Grundpflege in einfachen Pflegesituationen keine Leistungen mehr übernimmt, so dass die Entschädigung der Dritthilfe beim Verrichten der allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (ATL) für Personen im AHV-Alter allein in den Leistungsbereich der AHV-Hilflosenentschädigung fällt. Weil heute in der AHV eine Hilflosenentschädigung ausschliesslich bei Hilflosigkeit schweren und mittleren Grades ausgerichtet wird und eine Wartezeit vom einem Jahr besteht, müssen im Bereich der Hilflosenentschädigung aus sozialpolitischen Gründen folgende Anpassungen vorgenommen werden:

- *Einführung einer Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades:* Die unter Ziffer 3.1.2. umschriebenen allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen werden heute durch die Krankenversicherung finanziert. Nach dem Vorschlag von Modell A sollen diese Leistungen allein durch die Hilflosenentschädigungen der AHV übernommen werden. Die AHV-Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit wird allerdings nur zu Hause ausgerichtet, nicht bei einem Aufenthalt im Pflegeheim. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, dass noch selbständige Personen möglichst lange zu Hause wohnen.
- *Verkürzung der Karenzfrist:* Der Wechsel des Finanzierungsträgers verlangt nach einer Regelung bezüglich der in der AVH vorgeschriebenen einjährigen Wartezeit, welche die Krankenversicherung nicht kennt und deshalb zu Lücken zu Lasten der Versicherten führen würde. Allerdings ist in vielen Fällen nicht von Anfang an klar, ob eine Pflegebedürftigkeit von längerer Dauer sein wird oder nicht. Um beiden Bedenken Rechnung zu tragen, rechtfertigt sich eine Verkürzung der bestehenden Wartezeit. Vorgeschlagen wird eine Verkürzung der Karenzfrist von einem Jahr auf neun Monate. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht demnach, wenn die Hilflosigkeit ununterbrochen während neun Monaten bestanden hat. Anspruchsberechtigte Personen finanzieren diese Leistungen während der ersten neun Monate somit aus ihren eigenen Mitteln, evtl. aus Ergänzungsleistungen.

⁴¹ Die Hilflosenentschädigungen im Rahmen der IV sind vom vorliegenden Modell nicht betroffen.

3.1.3.2 Anpassung der Hilflosenentschädigung in komplexen Pflegesituationen

Das Modell A schlägt zum anderen vor, dass in komplexen Situationen die Krankenversicherung sowohl für die Behandlungs- als auch für die Grundpflege die vollen Kosten übernimmt. Damit deckt die Krankenversicherung in der Grundpflege weitgehend den Leistungsbereich der AHV-Hilflosenentschädigung ab, die damit grundsätzlich gestrichen werden könnte. Dabei gilt es aber danach zu unterscheiden, ob die Hilflosenentschädigung an Personen, die zu Hause leben, oder an Heimbewohner bzw. Heimbewohnerinnen ausgerichtet werden: Die nicht vollständige Kongruenz der KV-Leistungen mit dem Leistungsziel der Hilflosenentschädigung, etwa im Bereich der Ermöglichung sozialer Kontakte, spricht dafür, die Hilflosenentschädigung ausschliesslich für Heimbewohner zu streichen, da bestimmte Leistungen, wie die sozialen Kontakte, durch das Heimumfeld als mitabgedeckt gelten können, was für zu Hause lebende hilfsbedürftige Personen nicht der Fall ist. Zudem kann mit der Weiterausrichtung der Hilflosenentschädigung an Personen, die zu Hause leben, deren Autonomie und damit der Anreiz gestärkt werden, möglichst lange auf das Beanspruchen von Heiminfrastrukturen zu verzichten.

Tabelle 8: Leistungsseitige Auswirkungen des Modells A im Überblick

		Leistungen für Grundpflege		Leistungen für Behandlungspflege
		in einfachen Pflegesituationen	in komplexen Pflegesituationen	
Zu Hause	OKP	Nein (-)	Ja (+)	Ja (+/-)
	AHV-HE	Ja (+)	Ja (+/-)	Ja (+/-)
	EL	Ja (+)		
Im Heim	OKP	Nein (-)	Ja (+)	Ja (+)
	AHV-HE	Nein (+/-)	Nein (-)	Nein (-)
	EL	Ja (+)		

Legende zu Tabelle 8:

AHV-HE Hilflosenentschädigung der AHV

EL Ergänzungsleistungen (zu den materiellen Vorschlägen vgl. Ziffer 3.3)

OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

(-) Leistungsabbau gegenüber der heutigen Leistungsordnung (in der KV ohne Berücksichtigung der geltenden Rahmentarife)

(+) Leistungsabbau gegenüber der heutigen Leistungsordnung (in der KV ohne Berücksichtigung der geltenden Rahmentarife)

(+/-) unverändert gegenüber der heutigen Leistungsordnung

3.2

Modell B

3.2.1

Grundidee des Modells

Im Sommer 2002 hat das Eidgenössische Departement des Innern, als Folge einer Bundesratsklausur zur Krankenversicherung, im Hinblick auf eine weitere KVG-Revision ein externes Expertenteam beauftragt, neue Modelle zur Finanzierung der Pflege zu prüfen. In ihrem im Juli 2003 vorgelegten Bericht⁴² stellen die Experten zwar alternativ zwei mögliche Finanzierungsmodelle vor, priorisieren aber ein konkretes Modell (Modell „Status Quo plus“). Dieses Modell unterscheidet im Krankenversicherungsbereich zwischen der Finanzierung der Akutpflege (Überbrückungspflege in Heimen und Akutpflege Spitex) und der Finanzierung der Langzeitpflege:

Bei der Akutpflege werden die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG von den Versicherern übernommen.

Die Langzeitpflege wird von den Versicherern, der öffentlichen Hand (über einen gezielten Ausbau der Ergänzungsleistungen, vgl. Ziffer 3.3) und den Pflegebedürftigen gemeinsam finanziert, wobei die Krankenversicherer einen „Beitrag“ an die Kosten der Langzeitpflege leisten; dieser Beitrag wird dabei so festgelegt, dass die Krankenversicherung gegenüber der heute geltenden Regelung mit behördlich festgelegten Rahmentarifen nicht zusätzlich finanziell belastet wird.

3.2.2 Definitionsfragen

Folgerichtig ist für das Modell B die Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege - und damit die Definition dieses Begriffspaares, die im Expertenbericht offen gelassen wird - entscheidend:

Auf gesetzlicher Ebene ist heute lediglich der Begriff „Langzeitbehandlung“ definiert: Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist, gelten als Langzeitbehandlung (Art. 49 Abs. 3 KVG und Art. 6 VKL).

Für die Definition der Akut- und Langzeitpflege werden folgende pflegewissenschaftlichen Merkmale⁴³ diskutiert:

- *Akutpflege*: Die Akutpflege ist auf eine bestimmte Dauer limitiert, wobei der Verlauf des Heilungsprozesses ungewiss ist. Die Phase der Akutpflege zeichnet sich durch einen plötzlichen, in der Regel vorübergehenden Verlust der Autonomie aus, während dessen Dauer die Pflege die allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (ATL, siehe Ziff. 3.1.2) für den Patienten übernimmt. Die medizinische Behandlung richtet sich nach diagnostischen und therapeutischen Zwecken.
- *Langzeitpflege*: Die Phase der Langzeitpflege ist in der Regel irreversibel und deshalb zeitlich unlimitiert. Die Pflege beinhaltet neben den allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen auch aktivierende, präventive oder palliative Massnahmen.

⁴² Rolf Iten/Stephan Hammer, Finanzierung der Pflege, Zürich 2003

⁴³ Vgl. für die nachfolgenden Definitionen: Finanzierung der Pflege, Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer, Bern/Zürich, 2004

Sie richtet sich auf die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Patienten trotz der Einschränkungen in seiner Autonomie.

Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege ist nach zeitlichen Kriterien festzulegen, jedoch soll keine starre Limite gesetzt werden, sondern ein Richtwert, der unter gewissen Umständen verändert, d.h. verlängert werden kann. Festzuhalten ist, dass aufgrund der Definition der Langzeitbehandlung im KVG - es geht de facto um die Aufteilung der Langzeitbehandlung -, die zeitliche Abgrenzung nur für den Pflegesektor Gültigkeit haben und nicht für die Definition der Akutpflege im Spitalmilieu stehen kann. Von daher ist der Begriff der Akutpflege problematisch bzw. irreführend, weshalb in der Folge von Kranken ausgegangen wird, die keinen medizinisch-bedingten Aufenthalt mehr im Spitalmilieu benötigen. Die Abgrenzung wird somit zwischen Akut- oder vorübergehend Kranken zu Langzeitkranken vorgenommen, wobei die Grenze bei 90 Tagen angesetzt werden könnte, jedoch unter gewissen Umständen auch verlängerbar wäre (Antrag Vertrauensarzt). Auch allfällige Unterbrechungen der Langzeitphase durch erneute Akutphasen wären durch einen Vertrauensarzt zu überprüfen.

Tabelle 9: Leistungsseitige Auswirkungen des Modells B im Überblick

		Leistungen für Grundpflege		Leistungen für Behandlungspflege	
		Akut	Langzeit	Akut	Langzeit
Zu Hause/ Im Heim	OKP	Ja (+/-)	Ja (-)	Ja (+/-)	Ja (-)
	AHV-HE	Ja (+/-)			
	EL	Ja (+)			

Legende zu Tabelle 9:

AHV-HE Hilfenentschädigung der AHV

EL Ergänzungsleistungen (zu den materiellen Vorschlägen vgl. Ziffer 3.3)

OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

(-) Leistungsabbau gegenüber der heutigen Leistungsordnung (in der KV ohne Berücksichtigung der geltenden Rahmentarife)

(+) Leistungsabbau gegenüber der heutigen Leistungsordnung (in der KV ohne Berücksichtigung der geltenden Rahmentarife)

(+/-) unverändert gegenüber der heutigen Leistungsordnung

3.3 Begleitende sozialpolitische Massnahme: Anpassung der Ergänzungsleistungen

Da die Neuregelung der Krankenversicherungsleistungen, sowohl im Modell A wie im Modell B, tendenziell zu einer stärkeren Belastung der privaten Haushalte führt, erscheint eine Korrektur durch typisierte Bedarfsleistungen, wie sie die Ergänzungsleistungen darstellen, sozialpolitisch grundsätzlich angezeigt. Im Rahmen der vorliegenden Gesetzesrevision wird die Aufhebung der Leistungsbegrenzung aufgegriffen, da diese Massnahme im NFA-Projekt ebenfalls vorgeschlagen wird, womit die Vereinbarkeit der beiden Vorlagen gewahrt wird. Die Ergänzungsleistung sollte in der

Höhe also nicht mehr beschränkt sein, wobei unterstellt wird, dass die Kantone einen Höchstbetrag für die massgebenden Heimtaxen vorsehen⁴⁴. Bei Heimen mit Pflegekosten innerhalb der definierten Taxgrenzen könnten die Pflegekosten voll übernommen und das Sozialhilferisiko praktisch ausgeschlossen werden.

3.4 Begleitende kostendämpfende Massnahme: Stärkung der Prävention

Können zwei wesentliche gesetzgeberische Ziele des KVG – die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten und die Gewährleistung des rechtsgleichen Zugangs zu medizinischen Leistungen – als erreicht betrachtet werden, so gilt dies nicht für das dritte Teilziel des historischen Gesetzgebers, die Eindämmung der Kostenentwicklung: Seit Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996 weisen sowohl die Gesamtausgaben der Krankenversicherung wie auch die Krankenversicherungskosten für den Pflegebereich jährliche Steigerungsraten aus, die deutlich über der durchschnittlichen Lohn- und Preisentwicklung liegen. Wird die Kostenentwicklung in ihre Komponenten zerlegt ($\text{Kosten} = \text{Menge} \times \text{Preis}$), so ist festzustellen, dass die Preise generell eine deutlich untergeordnete, im Pflegebereich wegen den bestehenden Rahmentarifen kaum eine Rolle spielen, und die Kostenzunahme daher schwergewichtig auf der Mengenentwicklung beruht. Zu unterscheiden sind allerdings die Gründe für die Mengenentwicklung: Während gesundheitsökonomische Experten im Gesamtsystem der Krankenversicherung ein beachtliches Rationalisierungspotential ausmachen - gemäss internationalen Studien sind bis zu 30 Prozent der erbrachten Leistungen aus medizinischer Sicht ohne Nutzen -, weil nicht-medizinische Motive (wie die Auslastung bestehender Kapazitäten, die Einkommensoptimierung der Leistungserbringer, das Anspruchsverhalten der Patienten oder Mehrfachbehandlungen wegen fehlender Koordination in der Behandlungskette etc.) die Leistungserbringung beeinflussen, so sind diese Motive – und damit die Rationalisierungsmöglichkeiten - im Pflegebereich in ihrer Bedeutung stark zu relativieren: Gerade schwer pflegebedürftige Personen haben kaum eine Wahlfreiheit oder einen Spielraum, um Konsumpräferenzen zu formulieren, die Pflegeleistungen werden schwergewichtig von nicht-ärztlichen Leistungserbringern auf ärztliche Verordnung nach einer Bedarfsabklärung erbracht und in den Pflegeheimen bestehen kaum Überkapazitäten. Dieser unterschiedliche Erklärungshintergrund für die Kostensteigerung entbindet nun nicht davon, kostendämpfende Ansätze auch im Pflegebereich zu entwickeln, doch müssen diese anderer Qualität sein: Im Vordergrund steht nicht die Vermeidung medizinisch wenig oder nicht indizierter Diagnose- oder Therapieleistungen, sondern die Förderung der Prävention.

3.4.1 Bedeutung der Altersprävention

Die Resultate einer breit angelegten, im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms „Alter“ (NFP 32) durchgeführten Studie⁴⁵ haben gezeigt, dass präventive

⁴⁴ Bis heute haben nur drei Kantone keinen Höchstbetrag für die Alters-, Invalidenwohn- und Pflegeheime eingeführt: Neuenburg, St.Gallen und Basel-Landschaft.

⁴⁵ Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (Hg.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, SGGP-Schriftenreihe, No.62, Muri 2000

Hausbesuche Behinderungen im Alter wirksam vorbeugen können. Als besonders wirksam erwiesen sich dabei geriatrische Hausbesuche im Dreimonatsrhythmus bei älteren Menschen, die noch keine oder nur sehr geringfügige Behinderungen aufweisen: Für diese Personengruppe war das Risiko einer Heimeinweisung viermal tiefer, als bei der Kontrollgruppe, die im Rahmen der Studie keine Präventionsleistungen bezogen hatte. Hingegen können ältere Menschen, die bereits eine oder mehrere Behinderungen aufweisen, von einem Programm geriatrischer Hausbesuche nicht profitieren, weil bei dieser Personengruppe nicht die Prävention, sondern die Therapie und Rehabilitation im Vordergrund steht.

Die geriatrische Prävention ist aber, zumindest für Nicht-Behinderte, nicht nur medizinisch wirksam, sondern auch kosteneffizient, wenn auch nur mittelfristig: Die Realisierung des der Studie zugrundeliegenden Interventionsprogramms verursacht Kosten von rund 700 CHF pro Person und Jahr. Der Vergleich dieser jährlichen Kosten mit den zu erwartenden Einsparungen durch reduzierte Pflegeheimeinweisungen zeigt, dass ab dem dritten Jahr ein Nettogewinn im Betrag von knapp 2000 CHF pro Person und Jahr erwartet werden kann.

3.4.2 Vorschläge zur Umsetzung

Die NFP-Studie hat gezeigt, dass die Qualität der interdisziplinäre Kenntnisse voraussetzenden Hausbesuche ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Programms ist. Eine breitere Umsetzung in die Praxis erfordert deshalb Massnahmen auf verschiedenen Ebenen der Ausbildung sowie der Leistungs- und Qualitätskontrolle. In der Schweiz existieren weder im nicht-ärztlichen noch im ärztlichen Bereich ausreichende Ausbildungsangebote. Mit der bestehenden Gesundheitsschwestern-Ausbildung wird das Anforderungsprofil nur ungenügend abgedeckt. Auch im ärztlichen Bereich stellt die Realisierung eines solchen Programms erhöhte Anforderungen: Um die geriatrische Kompetenz der Haus- und Fachärzte zu erhöhen, müssten spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote geschaffen werden. Schliesslich wären auch gemeinsame Ausbildungsbestandteile (z.B. angehende Ärzte bzw. Ärztinnen mit angehenden Pflegenden) in Erwägung zu ziehen. Trotz – oder vielmehr gerade wegen – dieser Defizite erscheint es angebracht, die Altersprävention auf verschiedenen Ebenen zu fördern:

- *Ebene der generellen Prävention:* Auf einer generellen Ebene könnte die bestehende Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, welche nach Art. 19 KVG Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert, gesetzlich verpflichtet werden, die Altersprävention als Handlungsschwerpunkt zu definieren. In Präventionskampagnen wären sowohl die ältere Bevölkerung wie die Ärzteschaft, insbesondere die Hausärzte, für Aspekte der altersspezifischen Prävention (z.B. Sturzprävention) zu sensibilisieren.
- *Ebene der individuellen Prävention:* Auf der Ebene der individuellen Präventionsmassnahme, auf die die NFP-Studie abzielt, existiert bereits eine gesetzliche Grundlage: Nach Art. 26 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten u.a. „für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind“, wobei die vorsorglichen Massnahmen von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet werden muss. Bevor eine Leistungspflicht der Krankenversicherer in diesem Bereich auf Verordnungsebene beschlossen werden könnte, müsste es in einem ersten Schritt

darum gehen, die Rahmenbedingungen (Leistungsumfang, Ausbildung der leistungserbringenden ärztlichen wie nicht-ärztlichen Personen, Tarifierung, Einbindung in Managed care-Modelle etc.) einer vertieften Prüfung durch die zuständigen Fachkommissionen des Bundes zu unterziehen.

3.5 Zusammenfassung: Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Modelle im Überblick

3.5.1 Allgemeine Bemerkungen zu den finanziellen Auswirkungen

Bei der allgemeinen Entwicklungsdynamik der Kosten bzw. Ausgaben im Pflegesektor stehen exogene Variablen im Vordergrund. Der Pflegesektor wird vorab durch die demografische Entwicklung sowie den medizinischen Fortschritt beeinflusst werden, wobei zwischen diesen zwei Variablen Wechselwirkungen bestehen. Dieser Zuwachs ist zwar bloss schwer zu quantifizieren⁴⁶, in einer längerfristigen Betrachtung ist aber grundsätzlich davon auszugehen, dass der ganze Pflegesektor aufgrund der exogenen Faktoren eine steigende Kostenentwicklung erleben wird, die sich auf alle Finanzierungsträger auswirken und somit auch die öffentliche Hand zusätzlich belasten wird.

Zu den modellbedingten finanziellen Auswirkungen ist festzuhalten, dass bereits heute die nicht von der Krankenversicherung übernommenen Pflegekosten über andere Finanzierungsquellen gedeckt werden. Dies betrifft vorab die Haushalte sowie die Kantone bzw. Gemeinden über die Ergänzungsleistungen und die Sozialhilfe. Demzufolge führen beide Modelle mehrheitlich nicht zu echten Mehrkosten, sondern zu Änderungen auf der Finanzierungsseite. Bei einer statischen Betrachtung führen die Modelle einzig zu einer Verschiebung zwischen den Finanzierungsquellen, wobei dies zur Hauptsache zwischen den Haushalten und der öffentlichen Hand der Fall sein wird, während die Krankenversicherung schätzungsweise etwa den heutigen Finanzierungsanteil beibehalten wird. Unter Einbezug der EL-Änderung dürften die Kantone (und der Bund) einerseits durch die EL zusätzlich belastet werden, auf der anderen Seite dürfte durch die höheren EL-Beiträge die Sozialhilfe weitgehend entlastet werden, sowie der Subventionierungsbedarf von öffentlichen Pflegeheimen und öffentlicher Spitex zurückgehen. Netto dürfte aber der Ausbau der EL überwiegen, so dass für die öffentliche Hand in beiden Modellen mit echten Mehrkosten zu rechnen ist.

3.5.2 Finanzielle Auswirkungen des Modells A

Beim Modell A steht der Ansatz im Vordergrund, dass die Krankenversicherung lediglich in komplexen Situationen die Grundpflege finanziert. Im Bereich der einfachen Grundpflege wird die Krankenversicherung folglich entlastet werden, während für die komplexe Grundpflege aufgrund der heutigen teilweise mangelhaften Kostendeckung mit deutlich höheren Kosten zu rechnen ist. Netto zeigt sich eine leichte Entlastung der Krankenversicherung von geschätzten rund 60 Mio CHF, da

⁴⁶ Vgl. hierzu Ziffer 2.2 m.w.H.

das Modell letztlich vorsieht, dass die Krankenversicherung weniger Leistungen vergütet. Da genaue Daten für die Aufteilung der Pflegekosten fehlen, ist die Quantifizierung aber mit Unsicherheiten verbunden, weshalb eine Abschätzung der Dynamik der Anreize nicht möglich ist.

Im Bereich der AHV-Hilflosenentschädigung gibt es ebenfalls zwei gegenläufige Effekte. Einerseits führt die Einführung einer Entschädigung für leichte Hilflosigkeit (Mehrkosten von 20 Mio. CHF) und die Verkürzung der Karenzfrist von zwölf auf neun Monate (Mehrkosten von 12 Mio. CHF) gesamthaft zu Mehrkosten von geschätzten 32 Mio CHF; andererseits führt die Aufhebung der Hilflosenentschädigung für Pflegeheiminsassen/-innen zu einer deutlichen Entlastung von 190 Mio CHF, so dass dieser Effekt netto klar überwiegt.

Die Anpassung der Ergänzungsleistungen ist in beiden Modellen gleich berücksichtigt: Verwaltungsinterne Schätzungen ergeben, dass die skizzierte Reform im EL-Bereich (Aufhebung der EL-Begrenzung für Personen im Heim) rund 230 Mio. CHF Mehrkosten auslösen würden⁴⁷.

Die finanziellen Auswirkungen des Modells A betreffen sowohl die Krankenversicherung wie die AHV (Hilflosenentschädigung) und die EL, haben somit weitreichendere Effekte als das Modell B. Wird davon ausgegangen, dass die EL-Reform umgesetzt wird, resultiert im Modell A dennoch eine leichte finanzielle Entlastung der Haushalte.

⁴⁷ Die Berechnungen beruhen auf den Daten der EL-Statistik 2003. In dieser Erhebung werden jährlich im Monat Dezember alle EL-Fälle erfasst. Die Mehrkosten ergeben sich durch eine individuelle Neuberechnung der EL, indem die im Moment gültige Begrenzung des EL-Betrags weggelassen wird. Als Heimtaxe wird jene Taxe berücksichtigt, die effektiv für die EL-Berechnung massgebend ist und die in den meisten Kantonen durch Maximalbeträge begrenzt ist.

Tabelle 10: Mehr- bzw. Minderausgaben des Finanzierungsmodells A gegenüber dem Status quo (in Mio. CHF)⁴⁸

	Leistungen für Grundpflege		Leistungen für Behandlungspflege	Total
	in einfachen Pflege-situationen	in komplexen Pflege-situationen		
OKP	- 424	+ 361	0	- 63
AHV-HE	+ 20 (leichte HE) + 12 (Verkürzung Karenzfrist)	- 190	0	- 158
EL	+ 236 (Aufhebung der EL-Begrenzung für Personen im Heim)			+ 236
Total				+ 15

Legende:

AHV-HE Hilfslosenentschädigung der AHV
EL Ergänzungsleistungen
OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

Tabelle 11: Finanzielle Auswirkungen des Modells A auf Bund und Kantone (in Mio. CHF)

	Bund	Kantone
OKP	0	0
AHV-HE	- 26	- 6
EL	+ 53	+ 183
Total	+ 27	+ 177

Legende:

AHV-HE Hilfslosenentschädigung der AHV
EL Ergänzungsleistungen
OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

3.5.3 Finanzielle Auswirkungen des Modells B

Beim Modell B wird für den Bereich der Krankenversicherung vorgeschlagen, eine strikte Trennung zwischen Akut- und Langzeitpflege vorzunehmen. Während die Akutpflege vollständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu finanzieren wäre, würde bei der Langzeitpflege eine Finanzierung sowohl durch die Krankenversicherung als auch durch die öffentliche Hand (über die Ergänzungsleistungen) sowie durch die Pflegebedürftigen erfolgen. Bei der Ermittlung der finanziellen Auswirkungen wurde der Fokus auf den Bereich der Langzeitpflege gelegt, so dass die Auswirkungen auf den Akutbereich der Krankenversicherung nicht berücksichtigt wurden. Tendenziell wird dieser Effekt (Akutbereich) aber zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung führen, wenn auch nur in geringem Ausmass. Für die Langzeitpflege wird gemäss Modell davon ausgegangen, dass der Finanzierungsanteil in der Krankenversicherung aufgrund der Beitragslösung nicht zusätzlich belastet wird und somit resultieren hier keine finanziellen Auswirkungen.

⁴⁸ Ohne Berücksichtigung der NFA

Für die AHV-Hilflosenentschädigung wird davon ausgegangen, dass diese im gleichen Ausmass wie bisher beibehalten werden, womit auch hier keine modellbedingten finanziellen Auswirkungen zu erwarten sind. Das Hauptgewicht des Modells liegt ganz klar im EL-Bereich, wobei hier die analoge EL-Reform wie im Modell A berücksichtigt ist. Die Effekte im Bereich der EL sind gleichzusetzen mit dem Gesamteffekt des Modells (aus Sicht der Sozialversicherungen).

Die Auswirkungen des Modells B betreffen somit zur Hauptsache die EL, die stärker belastet würden. Im Gegenzug dürften die Haushalte eine finanzielle Entlastung erfahren.

Tabelle 12: Mehr- bzw. Minderausgaben des Finanzierungsmodells B gegenüber dem Status quo (in Mio. CHF)⁴⁹

	Leistungen für Grundpflege		Leistungen für Behandlungspflege		Total
	Akut	Langzeit	Akut	Langzeit	
OKP	0 ⁵⁰				0
AHV-HE	0				0
EL	+ 236 (Aufhebung der EL-Begrenzung für Personen im Heim)				+ 236
Total					+ 236

Legende:

AHV-HE Hilflosenentschädigung der AHV
 EL Ergänzungsleistungen
 OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

Tabelle 13: Finanzielle Auswirkungen des Modells B auf Bund und Kantone (in Mio. CHF)

	Bund	Kantone
OKP	0	0
AHV-HE	0	0
EL	+ 53	+ 183
Total	+ 53	+ 183

Legende:

AHV-HE Hilflosenentschädigung der AHV
 EL Ergänzungsleistungen
 OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

⁴⁹ Ohne Berücksichtigung der NFA

⁵⁰ Es wird unterstellt, dass der Beitrag an die Langzeitpflege so festgelegt wird, dass die heutige Belastung der Krankenversicherung (gemäss Rahmentarifordnung) unverändert bleibt. Gegenüber dem Vollkostenansatz des geltenden Rechts handelt es sich jedoch um einen Leistungsabbau.

3.5.4

Zusammenhang mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)

Die geplante Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) sieht vor, dass der Bund künftig im Rahmen der EL vorwiegend für die Existenzsicherung zuständig ist (5/8 der Kosten) und die Kantone neben einer Beteiligung an der Existenzsicherung (3/8 der Kosten) vollständig die EL übernehmen, die im Zusammenhang mit Krankheits- und Behinderungskosten stehen. Die Kantone haben dabei den Betrag der Heimkosten, der den Existenzbedarf überschreitet, voll zu übernehmen. Die Kantone können die Tagestaxe begrenzen, die wegen des Aufenthalts in einem Heim oder Spital entsteht, und damit die Höhe der von ihnen zu tragenden EL beeinflussen. Die Festsetzung einer Obergrenze für die jährliche EL für Heimbewohner ergibt in diesem System keinen Sinn, weshalb diese aufgehoben werden soll. Die Kantone können mit der NFA den Vermögensverzehr weiterhin stärker oder schwächer berücksichtigen.

Mit der NFA wird die Finanzierungsverantwortung für die Heimkosten auch im EL-Bereich weitgehend auf die Kantone übertragen. Die Kantone tragen damit die in den Tabellen 11 und 13 erwähnten Belastungen aus den Ergänzungsleistungen vollumfänglich. Die in Modell A erwähnte Entlastung im Bereich der Hilflosenentschädigungen fällt dagegen neu ganz beim Bund an. Sämtliche finanziellen Belastungen und Entlastungen werden in der NFA-Globalbilanz kompensiert, so dass die Aufgabenentflechtung für den Bund und die Gesamtheit der Kantone haushaltsneutral ausfällt.

Tabelle 14: Finanzielle Auswirkungen des Modells A auf Bund und Kantone unter Berücksichtigung der NFA (in Mio. CHF)⁵¹

	Bund	Kantone
OKP	0	0
AHV-HE	- 32	0
EL	0	+ 236
Total	- 32	+ 236

Legende:

AHV-HE Hilflosenentschädigung der AHV
 EL Ergänzungsleistungen
 OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

⁵¹ Modellbedingte Mehr- bzw. Minderbelastungen werden in der NFA-Globalbilanz ausgeglichen.

Tabelle 15: Finanzielle Auswirkungen des Modells B auf Bund und Kantone unter Berücksichtigung der NFA (in Mio. CHF)⁵²

	Bund	Kantone
OKP	0	0
AHV-HE	0	0
EL	0	+ 236
Total	0	+ 236

Legende:

AHV-HE Hilfslosenentschädigung der AHV
 EL Ergänzungsleistungen
 OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

3.6 Weitere Lösungsansätze

Im Rahmen des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfs werden folgende Modelle für eine Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht weiterverfolgt:

3.6.1 Errichtung einer Pflegeversicherung

Die Absicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen der Pflegebedürftigkeit kann als eigenständige Sozialversicherung organisiert werden, wobei verschiedene Spielarten sowohl beim Leistungsumfang als auch bei der Versicherungspflicht und der Finanzierung denkbar sind, die unterschiedlich miteinander kombiniert werden können:

- *Leistungsumfang:* Das Pflegerisiko kann, wie dies etwa in Deutschland der Fall ist, als für die ganze Bevölkerung obligatorischer Sozialversicherungszweig organisiert werden, der neben den medizinisch indizierten auch die übrigen Pflegeleistungen, unabhängig von ihrer Ursache, abdeckt. Diskutiert werden aber auch Modelle einer Pflegeversicherung, welche nur die medizinisch indizierten Pflegeleistungen nach KVG umfasst.
- *Versicherungspflicht:* Die Versicherungspflicht kann sich auf die ganze Bevölkerung oder nur auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere bestimmte Altersgruppen (z.B. die über 50-, 60- oder 70-Jährigen), erstrecken.
- *Finanzierung:* Bei der Finanzierung kommen – neben den für Sozialversicherungssysteme üblichen Lohnprozenten und allgemeinen Steuermitteln – insbesondere Kopfprämien in Frage, die einheitlich (Intergenerationensolidarität) oder risikodifferenziert (Intragenerationensolidarität) ausgestaltet werden können.

Die Einführung einer Pflegeversicherung ist in der Schweiz bereits mehrmals diskutiert und verworfen worden. So wurde Anfang Neunziger Jahre, d.h. vor Inkrafttreten des KVG, in der parlamentarischen Initiative Tschopp vom 30. November 1992 eine von der obligatorischen Krankenversicherung unabhängige Bundesversicherung, welche die Gesundheits-, Hauswirtschafts-, und Betreuungskosten der über 75-jährigen Betagten übernimmt, vorgeschlagen („AHV plus“).

⁵² Modellbedingte Mehr- bzw. Minderbelastungen werden in der NFA-Globalbilanz ausgeglichen.

In seinem Bericht vom 13. Januar 1999 als Antwort auf das Postulat der sozialpolitischen Kommission des Nationalrates über die Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit kommt der Bundesrat zum Schluss, dass die vom KVG für die medizinischen Pflegemassnahmen eingerichtete Solidarität zwischen den Generationen bewahrt werden müsse und die vom Rest der Bevölkerung getrennte Behandlung des „4. Alters“ aus sozialer Sicht nicht wünschenswert sei, vielmehr seien alle betroffenen Personen, unabhängig von der Altersklasse, gleich zu behandeln. Die Entlastung von Familien und Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen müsse über Massnahmen zur Kostenkontrolle und über die individuelle Prämienverbilligung erreicht werden. Hinsichtlich der Kostenübernahme bei Pflegebedürftigkeit (Pflege, Unterkunft, soziale Betreuung, Unterstützung) sollten nach Auffassung des Bundesrates die Ergänzungsleistungen mit der Krankenversicherung, der Hilfslosenentschädigung und der (damals vorgesehenen) Assistenzentschädigung der 4. IVG-Revision koordiniert werden.

3.6.2 Eidg. Erbschaftssteuer als ergänzende Finanzierungsquelle

In den letzten Jahren wurde verschiedentlich die Idee der Finanzierung der Sozialversicherungen, insbesondere der AHV, durch eine eidgenössische *Erbschaftssteuer* vorgebracht. Der Bundesrat lehnte diese Vorschläge mit der Begründung ab, dass die Finanzierung der Sozialwerke über eine eidgenössische Erbschaftssteuer das Steuersubstrat der Kantone schwächen und den Zielen der Reform des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen zuwiderlaufen würde (vgl. Motion 96.3213 Hafner Eidgenössische Erbschafts- und Schenkungssteuer als Finanzierungsbeitrag für die AHV). Unbestritten ist aber, dass allfällige Verbesserungen der EL eine Form von Erbenschutz darstellen, da verbleibendes Vermögen nicht für Pflegeleistungen eingesetzt werden muss, sondern gegebenenfalls den Erben weitergegeben werden kann.

4 Erläuterungen zur rechtlichen Umsetzung

4.1 Anpassungen aus der Umsetzung von Modell A

4.1.1 Anpassungen in der Krankenversicherung

Die leistungsbezogene Umsetzung von Modell A setzt keine rechtlichen Anpassungen auf Gesetzesstufe, sondern lediglich auf Verordnungsebene voraus: In der Tat bezeichnet das geltende Recht die nicht-ärztlichen Leistungen nur im Grundsatz auf Gesetzesebene, so für die Pflege in Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG, während die einzelnen kassenpflichtigen Leistungen in Positivlisten auf Verordnungsebene definiert werden. Für die Umsetzung des Modells A bedeutet dieses Prinzip der krankenversicherungsrechtlichen Leistungsdefinition, dass wohl keine Anpassung auf Gesetzesebene, hingegen eine Neudefinition des Leistungsbereichs in der Leistungsverordnung vorzunehmen ist. Für die Anpassung der KLV im Sinne des Modells A stehen folgende Revisionspunkte im Vordergrund:

- *Neudefinition der Behandlungspflege (Art. 7 KLV)*: Die Definition der Behandlungspflege wird vom Ordnungsgeber zu überprüfen und auf das neue Modell abzustimmen sein. Im Vordergrund muss dabei eine Leistungsdefinition stehen, die ein Umgehungsverhalten weitgehend verunmöglicht (z.B. die sozial motivierte Verschreibung von medizinisch nicht indizierter Behandlungspflege mit dem ausschliesslichen Zweck, dass die im Einzelfall erforderliche Grundpflege von der Krankenversicherung übernommen wird).
- *Neudefinition der Grundpflege (Art. 7 KLV)*: Die Grundpflege ist zum einen im Leistungsumfang an die international anerkannte ATL-Definition anzupassen, zum anderen als akzessorische Leistung in der Alterspflege einzuschränken: Die Grundpflege wird ausschliesslich für Personen im gesetzlichen Rentenalter ausgerichtet, die Leistungen der Behandlungspflege beziehen.
- *Überprüfung der Bedarfsabklärungen und Kontrollverfahren (Art. 8 und 8a KLV)*: Um die Entwicklung der Leistungsmengen im Pflegebereich kontrollieren zu können, wird es unumgänglich sein, die bestehenden Mechanismen der Bedarfsabklärung und der Kontrollverfahren (so insbesondere die Befristung mit Wiederholungsmöglichkeit) zu überprüfen und allenfalls zu ergänzen, etwa durch den Einbezug der Vertrauensärzte bzw. -ärztinnen.

4.1.2 Anpassungen in der AHV

Art. 43bis

Bezüger und Bezügerinnen einer Altersrente, die in leichtem Grad hilflos sind, wird neu für die allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (Grundpflege) eine Hilflosenentschädigung gewährt. Damit können in bescheidenem Umfang Spitex-Leistungen abgedeckt werden.

Die Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit wird allerdings nur an Personen im AHV-Rentenalter gewährt, die zu Hause wohnen und nicht bei einem Aufenthalt im Heim. Ebenso erhalten Altersrentnerinnen und -rentner, die in mittlerem oder schweren Grad hilflos sind und im Heim wohnen, keine Hilflosenentschädigung mehr, sofern die Krankenversicherung die Kosten der Behandlungs- und Grundpflege übernimmt.

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht, wenn die Hilflosigkeit mindestens neun Monate gedauert hat (vgl. Ziffer 3.1.3.1).

Besitzstandgarantie: Das beschriebene Finanzierungsmodell gilt in erster Linie für Personen, die erst nach Vollendung des 65. resp. 64. Altersjahrs pflegebedürftig werden. Personen, die schon vor Vollendung des Rentenalters pflegebedürftig waren und eine Hilflosenentschädigung der IV erhielten, wird nach Erreichen des Rentenalters wie bis anhin eine Hilflosenentschädigung durch die AHV im bisherigen Betrag weitergewährt, sofern die Krankenversicherung keine Pflegeleistungen erbringt. Gedacht wird dabei vor allem an behinderte Personen, die bereits im Erwerbsalter in eine Behinderteninstitution eingetreten sind und denen die Krankenversicherung keine Pflegeleistungen erbringt.

4.2 Anpassungen aus der Umsetzung von Modell B

Im Gegensatz zum Modell A erfordert die leistungsbezogene Umsetzung des Modells B eine Anpassung des Krankenversicherungsrechts auf Gesetzesstufe:

Art. 25 Abs. 2 Bst. a^{bis}

Auf Gesetzesstufe ist in der Umschreibung der allgemeinen Leistungen von Art. 25 KVG der Grundsatz zu verankern, dass an die Langzeitpflege lediglich ein Beitrag ausgerichtet wird. Die Langzeitpflege wird dabei zeitlich als Phase definiert, die nach einem Zeitraum von 90 Tagen mit (akuten) Pflegemassnahmen, die nicht im Rahmen einer medizinisch bedingten Spitalbehandlung erfolgten, beginnt.

Alle übrigen rechtlichen Anpassungen sind gemäss der geltenden Systematik des Krankenversicherungsrechts auf Verordnungsebene vorzunehmen: Der Gesetzgeber hat in Art. 33 KVG dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, u.a. die in Art. 25 Abs. 2 KVG umschriebenen Leistungen näher zu bezeichnen bzw. durch das Departement oder das Bundesamt näher bezeichnen zu lassen. Analog zu den bereits bestehenden Leistungen, an die lediglich ein Beitrag geleistet wird (Badekuren, Transport- und Rettungskosten), ist davon auszugehen, dass der Bundesrat seine Erlasskompetenz weiterdelegieren wird, so dass sowohl die Definition der Langzeitpflege wie auch der Beitrag an die Langzeitpflege in der KLV festgelegt werden wird.

Tabelle 16: Abgrenzung der Langzeitbehandlung im Modell B

	Spitalbehandlung	Langzeitbehandlung	
		„Akutpflege“	„Langzeitpflege“
Definition	Spitalmilieu ist medizinisch bedingt zwingend erforderlich; kann Akutbehandlung oder med. Rehabilitation betreffen	Pflegemassnahmen, die nicht oder nicht mehr im Spitalmilieu erbracht werden müssen, und ein vorübergehendes Element beinhalten	„Echte“ Langzeitpflege für chronisch Kranke, die dauernder Pflege benötigen, (ausserhalb Spitalmilieu)
Zeitraum/Tage	1 bis ∞	1 bis 90	91 bis ∞
Finanzierung	KV und öffentliche Hand	KV	Beitrag KV

4.3 Modellunabhängige Anpassungen

4.3.1 Modellunabhängige Anpassungen in der Krankenversicherung

Art. 19 Abs. 2

Der neu eingefügte zweite Satz definiert die Altersprävention als Schwerpunkt der Institutionstätigkeit. Die Finanzierung ist durch das Departement zu regeln, welches nach Art. 20 Abs. 2 KVG bereits heute den Beitrag festsetzt, der von jeder versicherten Person jährlich zu erheben ist (heute 2,40 CHF/Jahr). Im Rahmen dieser Kompetenz steht es dem Departement frei, beispielsweise den Beitrag zugunsten der Altersprävention zweckgebunden zu erhöhen oder einen (prozentualen oder fixen) Anteil des heutigen Beitrages für die Altersprävention zu reservieren.

Art. 104a

Weil in der Einführungsphase des KVG eine ungenügende Kostentransparenz im Spitex- und Pflegeheimbereich festgestellt wurde, ist im Herbst 1997 eine Delegationsnorm in die KVV (Art. 59a) aufgenommen worden: Diese stützt sich auf Art. 43 Abs. 7 KVG, wonach der Bundesrat „Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Tarifstruktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen“ kann, und ermächtigt das Departement, bei mangelhafter Kostentransparenz in den Bereichen Spitex und Pflegeheime Rahmentarife festzulegen, die nicht überschritten werden dürfen. Die Einschätzung als Einführungsproblematik liess den Gesetzgeber im Jahr 2000 in den Übergangsbestimmungen mit Art. 104a KVG eine formellgesetzliche Grundlage erlassen, welche die Kompetenz des Bundes, eine Regelung zu erlassen, auch noch ausdrücklich festhielt. Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat diese Delegationsnorm für den Erlass von Rahmentarifen keine Berechtigung mehr und ist daher ersatzlos aufzuheben.

4.3.2 Modellunabhängige Anpassung der Ergänzungsleistungen

Die aus sozialpolitischen Gründen notwendige Korrektur, die für beide Modelle vorgeschlagen wird, setzt bei der Aufhebung der maximalen Höhe der Ergänzungsleistungen für Personen in Heimen und Spitälern an:

Art. 3a Abs. 3

Für Personen, die dauernd oder für längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, darf die jährliche Ergänzungsleistung nach geltendem Recht nicht mehr als 175 Prozent des Höchstbetrages für den Lebensbedarf von Alleinstehenden nach Art. 3b Abs. 1 Bst. a ELG betragen, was gegenwärtig einem Jahresbetrag von 30'275 CHF bzw. einem Monatsbetrag von 2'525 CHF entspricht. Mit der Neuregelung soll diese Leistungsbegrenzung abgeschafft werden. Dabei wird unterstellt, dass die Kantone in der Regel eine Obergrenze für die als anerkannte Ausgaben zu berücksichtigenden Tagestaxen vorsehen. Schon heute haben 23 von 26 Kantonen von der vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Anrechnung von Heimtaxen zu begrenzen.

Anhang 1: Synopse Ländervergleich

Die folgende Übersicht⁵³ zeigt drei unterschiedliche Modelle für die Finanzierung der Pflege auf. Die ausgewählten Staaten haben in der Grundversicherung ein mit dem schweizerischen Krankenversicherungssystem vergleichbares beitragsfinanziertes soziales Versicherungssystem und kennen für die Pflege ein besonderes System.

	Deutschland	Österreich	Luxemburg
Rechtsgrundlagen	Soziale Pflegeversicherung für gesetzlich Versicherte und private Pflege-Pflichtversicherung für privat Krankenversicherte, Sozialgesetzbuch, Elftes Buch	Bundespflegegeldgesetz (BPGG) Pflegegeldgesetze der Länder	Gesetz vom 19. Juni 1998 zur Einführung der Pflegeversicherung
Grundprinzip	Gesetzliche Pflegeversicherung	Steuerfinanziertes Pflegegeldsystem des Bundes und der Länder	Soziale Pflegeversicherung
Versicherte	der Krankenversicherungspflicht folgend (Arbeitnehmer, Rentner, Arbeitslose etc.)	alle Einwohner	alle Versicherten der Krankenversicherung (Erwerbstätige, Rentner und Empfänger einer Leistung der sozialen Sicherheit)
Finanzierung a) Steuern b) Beiträge	a) keine b) 100%	a) 100% b) keine	a) 45 % der gesamten Ausgaben der Pflegeversicherung b) Rest
Beitragspflichtige und Beitragssätze a) Arbeitnehmer b) Arbeitgeber c) Selbstständige d) Renter	a) und b) 1.7% (je zur Hälfte) des Erwerbseinkommens bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze (€ 41'850 1.1.2004) d) 1.7 % der Rente bis zur Beitragsbemessungsgrenze Arbeitslose: Die Bundesanstalt für Arbeit trägt die Beiträge		a), c) und d) und weitere Empfänger einer Leistung der soz. Sicherheit: Sonderbeitrag von 1% des Einkommens (Erwerbseinkünfte, Ersatzeinkommen und Einkünfte aus Vermögen)
Selbstbeteiligung	keine	Kostenbeitrag für die Inanspruchnahme von Sachleistungen	keine

⁵³ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term care, Annex: tables and figures, Dezember 2003 (Veröffentlichung voraussichtlich Mitte 2004); MISSOC, gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR (Situation am 1. Januar 2003 und Entwicklung).

Anhang 2: Datengrundlagen der Modellrechnungen

1. Schätzung der heutigen Finanzierungsvolumen für Pflegeleistungen

	Geschätzte Finanzierung heute (2001) in Mio CHF		
	KV	HE AHV	Summe
Einfache Grundpflege	423.9 ³⁾	117.6 ⁶⁾	541.5
Komplexe Grundpflege	722.1 ³⁾	268.5 ⁵⁾	990.6
Total Grundpflege	1'146.0 ²⁾	386.1 ⁵⁾	1'532.1
Behandlungspflege	382.0 ²⁾	0	382.0
Total	1'528.0 ¹⁾	386.1 ⁴⁾	1'914.1

- 1) Gesamte Kosten der Krankenversicherung für Pflegeheime und Spitex im Jahr 2001 inkl. Kostenbeteiligung
- 2) Aufteilung Grundpflege / Behandlungspflege im geschätzten Verhältnis 75:25
- 3) Geschätzte Aufteilung einfache / komplexe Grundpflege gemäss Pflegebedarfsstufen (Verhältnis 37:63)
- 4) Total bezahlte Hilflosenentschädigungen zur AHV im Jahr 2001
- 5) Geschätzte Aufteilung komplexe Grundpflege gemäss Anteil HE für schwere Hilflosigkeit
- 6) Geschätzter Anteil einfache Grundpflege gemäss Anteil HE für leichte und mittlere Hilflosigkeit

2. Schätzung der finanziellen Auswirkungen

Annahmen Finanzierung zukünftig (gemäss Modell A):

- KV finanziert die einfache Grundpflege nicht mehr; einfache Grundpflege wird über die HE, die EL und die Haushalte finanziert
- die HE wird nur noch an Hilfsbedürftige zu Hause bezahlt (Aufteilung Heim/zuhause je 50 %)
- Neu wird eine HE für einfache Hilflosigkeit bezahlt
- Die Gesamtausgaben für einfache Grundpflege bzw. für komplexe Grundpflege werden, verglichen mit dem Status quo, konstant gehalten.

	Geschätzte Finanzierung gemäss Modell (in Mio. CHF)			
	KV	HE AHV	Belastung für EL ⁵⁾	Be-/Entlast. für Haushalte ⁶⁾
Einfache Grundpflege	0.0 ¹⁾	90.8 ⁴⁾	177.0	273.7
Komplexe Grundpflege	1'083.1 ²⁾	134.3	59.0	-285.8
Total Grundpflege	1'083.1	225.1	236.0	-12.1
Behandlungspflege	382.0 ³⁾	0.0	0.0	0.0
Total	1'465.1	225.1	236.0	-12.1

- 1) Einfache Grundpflege gehört nicht mehr zum den KV-Leistungen, deshalb keine Beiträge mehr der KV
- 2) Komplexe Grundpflege als KV-Leistung; Leistung wird i.d.R. nur über KV finanziert, was einen deutlich höheren Finanzbedarf benötigt (Annahme + 50%)
- 3) Annahme: die KV-pflichtige Behandlungspflege wird im gleichen Umfang wie bisher übernommen
- 4) Neu wird eine einfache HE (ca. 20 Mio) sowie die bisherige mittelschwere HE bezahlt; jedoch nur an Hilfsbedürftige zu Hause; +12 Mio. CHF für die Verkürzung der Karenzfrist
- 5) Geschätzte finanzielle Auswirkungen der Reform im EL-Bereich (Aufhebung Begrenzung) von 236 Mio. CHF; Annahme, dass 3/4 für einfache Grundpflege
- 6) Geschätzte Auswirkungen auf die Haushalte (Belastung = + / Entlastung = -)

	Auswirkungen für KV und AHV		
	KV	HE AHV	Summe
<i>Einfache</i> Grundpflege	-423.9	-26.8	-450.7
<i>Komplexe</i> Grundpflege	361.0	-134.3	226.8
Total Grundpflege	-62.9	-161.1	-223.9
Behandlungspflege	0.0	0.0	0.0
Total	-62.9	-161.1	-223.9

Abkürzungen:

KV = Krankenversicherung

HE AHV = Hilflosenentschädigung zur Alters- und Hinterlassenenversicherung

EL = Ergänzungsleistungen

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Modell A)

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom...¹,

beschliesst:

I

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

1. Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946² über die Alters- und Hinterlassenenversicherung:

Art. 43bis Abs. 1 erster Satz, 1^{bis} (neu), 2 erster Satz, 3 und 4

¹ Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos (Art. 9 ATSG) sind.

^{1bis} Der Anspruch entfällt bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim, sofern die Krankenversicherung für die Kosten der Pflege aufkommt.

² Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und die Hilflosigkeit ununterbrochen während mindestens neun Monaten bestanden hat.

³ Die monatliche Entschädigung beträgt bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 Prozent und bei leichter Hilflosigkeit 20 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente nach Artikel 34 Absatz 5.

⁴ Hat eine hilflose Person bis zum Ende des Monats, in welchem sie das Rentenalter erreicht hat, eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung bezogen, so wird ihr die Entschädigung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt. Absatz 1^{bis} bleibt vorbehalten.

¹ BBl (...)

² SR 831.10

2. Bundesgesetz vom 19. März 1965³ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung:

Art. 3a Abs. 3

Aufgehoben

3. Bundesgesetz vom 18. März 1994⁴ über die Krankenversicherung:

Art. 19 Abs. 2

² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Die Institution misst der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung im Alter besondere Bedeutung zu. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

Art. 104a

Aufgehoben

II

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

³ SR 831.30

⁴ SR 832.10

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Modell B)

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom...¹,

beschliesst:

I

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

- 1. Bundesgesetz vom 19. März 1965³ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung:**

Art. 3a Abs. 3

Aufgehoben

- 2. Bundesgesetz vom 18. März 1994⁴ über die Krankenversicherung:**

Art. 19 Abs. 2

² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Die Institution misst der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung im Alter besondere Bedeutung zu. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

¹ BBl (...)

³ SR 831.30

⁴ SR 832.10

Art. 25 Abs. 2 Bst. a^{bis} (neu)

² Diese Leistungen umfassen:

a^{bis} in Abweichung von Buchstabe a einen Beitrag an die Massnahmen der Langzeitpflege, die im Pflegeheim, ambulant oder bei Hausbesuchen durchgeführt werden;

Art. 104a

Aufgehoben

II

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage: Ist-Zustand der Pflege in der Schweiz	2
1.1 Alter und Pflege im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Umfeld	2
1.2 Begriff und Gegenstand der Pflege	3
1.3 Die rechtliche Regelung der Pflege	4
1.3.1 Verfassungsrechtliche Rahmenordnung der Pflege	4
1.3.2 Primäre Pflegeleistungen der Sozialversicherungen	4
1.3.2.1 Heilbehandlungen	4
1.3.2.2 Hilfsmittel	7
1.3.2.3 Hilfflosenentschädigungen	9
1.3.3 Subsidiäre Pflegeleistungen der übrigen Sozialleistungssysteme	11
1.3.3.1 Ergänzungsleistungen	11
1.3.3.2 Sozialhilfe	13
1.3.4 Koordinationsregeln	14
1.4 Heutige Finanzierung der Pflege	15
1.4.1 Finanzierung auf der Makroebene	15
1.4.2 Finanzierung auf der Mikroebene	16
1.5 Exkurs: Abdeckung des Pflegerisikos in ausländischen Sozialsystemen	17
2 Probleme und Herausforderungen im Pflegebereich	18
2.1 Sozialpolitische Problematik: Ungenügendes Leistungsniveau bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit	18
2.2 Entwicklung der Pflegekosten	19
2.3 Starke finanzielle Belastung der Krankenversicherung	20
2.3.1 Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	20
2.3.2 Verschiebung der Finanzierungsanteile	21
3 Lösungsvorschläge	23
3.1 Modell A	23
3.1.1 Grundidee des Modells	23
3.1.2 Definitionsfragen	24
3.1.3 Umsetzungsfragen: Anpassung der AHV-Hilfflosenentschädigung	25
3.1.3.1 Anpassung der Hilfflosenentschädigung in einfachen Pflegesituationen	25
3.1.3.2 Anpassung der Hilfflosenentschädigung in komplexen Pflegesituationen	26
3.2 Modell B	27
3.2.1 Grundidee des Modells	27
3.2.2 Definitionsfragen	27
3.3 Begleitende sozialpolitische Massnahme: Anpassung der Ergänzungsleistungen	28
3.4 Begleitende kostendämpfende Massnahme: Stärkung der Prävention	29
3.4.1 Bedeutung der Altersprävention	29
3.4.2 Vorschläge zur Umsetzung	30
3.5 Zusammenfassung: Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Modelle im Überblick	31

3.5.1 Allgemeine Bemerkungen zu den finanziellen Auswirkungen	31
3.5.2 Finanzielle Auswirkungen des Modells A	31
3.5.3 Finanzielle Auswirkungen des Modells B	33
3.5.4 Zusammenhang mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)	35
3.6 Weitere Lösungsansätze	36
3.6.1 Errichtung einer Pflegeversicherung	36
3.6.2 Eidg. Erbschaftssteuer als ergänzende Finanzierungsquelle	37
4 Erläuterungen zur rechtlichen Umsetzung	38
4.1 Anpassungen aus der Umsetzung von Modell A	38
4.1.1 Anpassungen in der Krankenversicherung	38
4.1.2 Anpassungen in der AHV	38
4.2 Anpassungen aus der Umsetzung von Modell B	39
4.3 Modellunabhängige Anpassungen	40
4.3.1 Modellunabhängige Anpassungen in der Krankenversicherung	40
4.3.2 Modellunabhängige Anpassung der Ergänzungsleistungen	40

**Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie**

**Révision partielle de la loi fédérale du 20 décembre 1946
sur l'assurance-vieillesse et survivants**

**Révision partielle de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les
prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse,
survivants et invalidité**

Nouveau régime de financement des soins

Rapport explicatif

1.1

Vieillesse et soins dans le contexte socio-politique

Jamais encore dans notre société on n'avait atteint un âge si avancé. En vingt ans seulement (de 1982 à 2000), l'espérance de vie des hommes a passé, en moyenne, de 72,6 à 76,9 ans et celle des femmes de 79,3 à 82,6 ans. Cette évolution s'explique par les progrès sur les plans médical, économique et social: niveau de vie plus élevé, recul de la mortalité infantile, amélioration de l'hygiène, avancées dans la médecine préventive et curative. Or, ce sont souvent ses conséquences négatives qui sont mises en avant dans le débat public. On parle irrespectueusement du «vieillissement de la société» et du «piège démographique»; l'accroissement du nombre de personnes âgées est perçu comme une menace pour le financement de l'Etat social. A en croire les stéréotypes, les aînés seraient conservateurs, déboussolés, isolés, dépressifs et dépendants d'aide – une perception qui fait écho au modèle traditionnel des déficiences accompagnant la vieillesse.

Mais une tout autre façon de voir les choses existe: la société ne vieillit pas, elle reste plus longtemps jeune. Les personnes vivent plus âgées, mais elles restent aussi plus longtemps en bonne santé physique et mentale. L'amélioration a été constante ces dernières décennies. La «retraite» est toujours plus souvent synonyme d'étape de vie encore longue que l'on peut largement organiser à sa guise et qui offre de nouvelles perspectives. Les statistiques confirment cette tendance. Entre 1981/82 et 1997/99, les années de vie sans handicap ont progressé de cinq ans au moins chez les femmes, celles avec handicap ayant reculé de deux ans. Dans la même période, les hommes ont gagné plus de quatre années de vie sans handicap, celles où ils en souffrent ayant diminué d'une demi-année¹. Ce constat est important pour ce qui est de l'évolution des besoins en soins: si les personnes âgées nécessitent plus tard de l'aide et des soins, cela signifie que la progression des besoins est plus lente que ne le laisseraient penser les relevés démographiques.

L'avènement d'une «société de longue vie» a aussi une incidence sur le secteur des soins. Le fait de dépendre de soins, compris comme une perte permanente d'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, a longtemps été un risque qui devait dans une très large mesure être couvert par les prestations d'aide fournies par les réseaux informels (comme la famille, les amis ou voisins). Bien que cette assistance informelle n'ait en rien perdu de son importance, les besoins en soins ont toujours plus été reconnus comme un risque involontaire de la vie et un problème structurel à résoudre non pas de façon individuelle, mais par des systèmes collectifs de sécurité sociale. Ainsi, la mise sur pied des premiers systèmes de sécurité sociale à partir de la fin du 19^e siècle a coïncidé avec l'introduction successive de prestations d'assurance sociale pour des situations de dépendance aux soins souvent liées à la survenance de risques régis par le droit des assurances sociales, comme la vieillesse, l'invalidité, la maladie ou l'accident.

Deux changements qui se dessinent déjà depuis un certain temps ont aujourd'hui un impact durable sur cette interaction entre aide formelle et aide informelle. D'une part, l'évolution démographique marquée par un allongement de l'espérance de vie et par la baisse de la natalité laisse supposer que le nombre croissant des personnes

¹ Höpflinger/Hugentobler: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse (2003)

âgées à très âgées ira de pair avec une augmentation de la proportion des personnes nécessitant des soins – encore que la proportion exacte fasse l’objet de controverse. Ce phénomène a d’autant plus de poids qu’avec la diminution du nombre d’enfants, c’est aussi le potentiel de personnes dispensant des soins informels qui se réduira. D’autre part, la transformation des structures sociales joue aussi un rôle accru: du fait que la part des ménages à une personne, des petites familles et des femmes exerçant une activité lucrative augmente, l’aide informelle tend à diminuer et le besoin en soins institutionnels à croître. Ces mutations dans les structures démographiques et sociales font apparaître la nécessité de réexaminer plus en détail l’équilibre entre aide formelle et aide informelle et, le cas échéant, de les contrebalancer.

Face à ces évolutions de la société et de la politique sociale, l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) a entamé, en mars 2004, les travaux préparatoires d’un projet «Vieillesse et santé». L’objectif est d’assumer un rôle actif dans les débats et décisions ayant trait aux thématiques suivantes: vieillissement et santé, vieillissement et médecine, vieillissement et soins, ainsi que vieillissement et sécurité sociale en cas de maladie et de soins. Ce projet doit notamment permettre à l’OFSP de faire valoir ses compétences en matière de prévention et de promotion de la santé, de contribuer ainsi à freiner la hausse des coûts des soins et d’assurer à long terme le financement des soins. Le transfert de l’assurance-maladie et accidents de l’Office fédéral des assurances sociales à l’OFSP facilite en outre une approche globale et centralisée des thèmes de politique de la santé.

1.2 Définition des soins et objet

Activité d’une extrême hétérogénéité et aux multiples dimensions, les soins se dérobent dans une large mesure à une définition précise. En partant du but et de la raison d’être des soins, des tentatives de définition figurent toutefois dans la littérature², qui décrivent les soins de façon générale comme la prestation fournie par une personne à certaines personnes ou groupes oscillant entre santé et maladie. Moyennant des soins, la prestation vise à promouvoir, conserver ou rétablir la santé, à prévenir ou calmer les souffrances et à permettre de faire face à un état de santé fluctuant ou de mourir dans la dignité. Elle a pour raison d’être d’aider les patients ayant une autonomie limitée dans l’accomplissement des actes ordinaires de la vie afin qu’ils puissent reprendre, continuer, réadapter ou reconstruire leur vie quotidienne. Mais quelles que soient les périphrases utilisées pour définir les soins, toutes ont en commun d’y rattacher fortement les aspects médicaux, psychiques, sociaux et fonctionnels dont il faut tenir compte dans le cas d’espèce en fournissant la prestation³.

² Pour un survol, voir le rapport «Revalorisation du statut des personnels soignants» de l’Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie en réponse au postulat 02.3211 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (non encore publié)

³ ASSM, Directives médico-éthiques et recommandations concernant le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance (projet de consultation), Bulletin des médecins suisses, 2003; 84, n° 24, p. 1292 ss

1.3

La réglementation juridique des soins

1.3.1

Normes constitutionnelles relatives aux soins

La Constitution fédérale en vigueur contient une seule disposition se rapportant explicitement aux soins ou au besoin de soins. Conformément au but social inscrit à l'art. 41, al. 1, let. b, Cst⁴, la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Le besoin qualifié de protection qui accompagne en général la situation de dépendance des personnes concernées accentue encore l'importance à accorder à ce but social, qui lie également le législateur en tant que maxime d'action du droit constitutionnel formel. Il en va de même pour d'autres postulats du droit fondamental présentant un lien particulièrement étroit avec la problématique des soins. On peut mentionner notamment le principe de la dignité humaine (art. 7 Cst), le droit à l'autodétermination protégé par la liberté personnelle (art. 10, al. 2, Cst) ou l'interdiction de discriminer (art. 8, al. 2, Cst) qui protège contre des inégalités de traitement qualifiées et contre l'exclusion précisément aussi les personnes âgées ou handicapées, donc souvent dépendantes de soins. A l'instar de tous les droits fondamentaux, ces divers principes renferment aussi une dimension programmatique qui fixe des limites contraignantes et matérielles à la marge de manœuvre du législateur.

1.3.2

Prestations primaires de soins des assurances sociales

On entend par prestations primaires de soins les prestations en espèces, en nature ou sous forme de services allouées par les assurances sociales aux personnes nécessitant des soins. Il s'agit essentiellement de trois catégories de prestations.

1.3.2.1

Traitements médicaux

Le droit à un traitement médical, tel qu'il est octroyé dans différentes branches des assurances sociales, comprend toujours des prestations de soins, pouvant être fournies sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier, dont les conditions d'octroi et l'étendue divergent toutefois sensiblement:

- Assurance-maladie

Aux termes de l'art. 25 LAMal⁵, l'assurance-maladie prend en charge les coûts des prestations qui «servent à diagnostiquer ou à traiter *une maladie et ses séquelles*». L'art. 25, al. 2, let. a, LAMal précise que sont aussi concernés les soins «dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social». Cette définition générale des prestations rattache l'assurance-maladie – en théorie au moins – à la dépendance due à la maladie tout en excluant celle liée à la vieillesse. Du point de vue de la loi et des ordonnances, cette définition générale est précisée comme suit :

⁴ Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999, RS 101

⁵ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10

- *Prestations en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social*

En ce qui concerne les traitements en milieu hospitalier, la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a introduit une obligation de prestation illimitée dans le temps – et non plus de deux ans selon l'ancien droit – englobant les soins médicaux, ainsi que les frais d'hébergement et de repas⁶. En cas de séjour dans un établissement médico-social, reconnu comme fournisseur de prestations depuis la LAMal seulement, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile (art. 50 LAMal). L'aide et les soins à domicile (Spitex) n'assument qu'un catalogue précis de prestations exhaustivement énumérées. Pour les soins dispensés dans un home, seule la taxe de soins est de ce fait remboursée – dans les limites des tarifs-cadres fixés par ordonnance – et non la taxe pour l'hébergement et les repas. Les frais d'encadrement ne sont pas remboursés non plus.

- *Prestations ambulatoires en dehors des structures hospitalières (Spitex)*

La LAMal a aussi étendu les prestations en matière de soins extra-hospitaliers, dont le catalogue est défini de façon exhaustive dans l'OPAS⁷. Les prestations obligatoirement prises en charge comprennent les *soins de traitement*, qui incluent les prestations médicales servant au diagnostic et au traitement, ainsi que l'évaluation des besoins et les conseils pour les soins (art. 7, al. 2, let. a et b, OPAS). Les *soins de base* recouvrent des prestations de nature non médicale au sens où elles ne font plus partie du traitement médical, mais visent à compenser les conséquences de l'impotence pour les personnes dépendantes de soins. Selon l'OPAS, il s'agit d'activités que les patients ne sont pas en mesure d'exécuter seuls, comme leur bander les jambes, leur mettre des bas de compression, refaire leur lit, les installer, etc. (art. 7, al. 2, let. c, OPAS). Enfin, les prestations de soins de base des maladies psychiatriques et psychogériatriques figurent aussi dans la liste de l'OPAS, ce qui permet de prendre surtout en compte le temps supplémentaire nécessaire pour ces soins en raison de l'état psychique du patient. Les patients souffrant de maladies psychiques ou de démence sénile requièrent souvent pour leur propre protection et celle de tiers une surveillance et un encadrement permanents. Dans le cas des patients de longue durée présentant une maladie psychique, il est difficile de tracer une limite entre la nécessité d'un séjour en milieu hospitalier et la dépendance aux soins. La question de savoir ce qui prime, du traitement de la maladie ou de l'encadrement du patient, est déterminante à cet égard.

- *Mesures de réadaptation médicale*

Parallèlement aux soins et au traitement de la maladie proprement dit, la LAMal prévoit aussi à l'art. 25, al. 2, let. d, des mesures de réadaptation médicale. Celle-ci commence là où le traitement de la maladie en soi est achevé et où il faut rétablir l'intégration professionnelle, fonctionnelle ou sociale compromise par la maladie. Si la réadaptation médicale ne permet plus d'espérer une amélioration, il faut parler d'un cas de soins.

⁶ Les assurés eux-mêmes versent une contribution de 10 fr./jour aux frais d'hôtellerie du séjour hospitalier (art. 64, al. 5, LAMal en corrélation avec l'art. 104 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]).

⁷ Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995, RS 832.112.31

- Assurance-accidents

Selon l'art. 10 LAA⁸, l'assuré a droit au traitement médical *approprié* des lésions résultant de l'accident, qui comprend notamment

- le traitement ambulatoire (dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien⁹),
- le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital et
- les soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne soignante ou une organisation des soins à domicile autorisées par le droit de l'assurance-maladie (art. 18, al. 1, OLAA¹⁰). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il n'existe pas de catalogue de prestations analogue à celui de l'art. 7 OPAS. Mais le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a défini les soins à domicile et délimité l'obligation de prise en charge des prestations¹¹. Selon le TFA, la notion de soins à domicile dans l'assurance-accidents obligatoire est complexe et peut être en substance décomposée dans les catégories suivantes:

- *applications médicales à des fins thérapeutiques* qui sont exécutées ou prescrites par un médecin;
- *soins médicaux au sens de soins infirmiers* auxquels manque la finalité thérapeutique (curative), mais qui n'en sont pas moins indispensables au maintien de l'état de santé (comme la pose d'un cathéter, les soins des plaies ou les perfusions; voir art. 21, al. 1, let. d, LAA).
- *soins de nature non médicale*, qu'il s'agisse de prestations destinées à aider la personne concernée à accomplir les activités de la vie quotidienne (p. ex. s'habiller et se dévêtir, soigner son hygiène corporelle, s'alimenter) ou d'aides dans son environnement pour faire le ménage ou s'occuper d'autres tâches quotidiennes.

Conformément à la jurisprudence du TFA, l'obligation de prise en charge des prestations se limite au *traitement médical* et aux *soins médicaux*. *Il n'existe pas de droit au remboursement des coûts pour les soins ou l'aide de nature non médicale*. Cependant, l'exigence d'une prescription médicale ne doit pas être comprise au sens formel strict; il suffit que les mesures médicales exécutées à domicile aient une indication médicale selon le dossier.

Par ailleurs, les assureurs LAA prennent généralement en charge une contribution équitable aux soins ou à l'aide de nature non médicale dus à l'accident.

Le droit aux soins à domicile existe, en principe, tant que dure le droit au traitement médical (c'est-à-dire tant que la continuation du traitement médical

⁸ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20

⁹ A la différence de l'assurance-maladie (qui suit le principe de l'indemnisation des coûts), l'assurance-accidents est caractérisée par le *principe de la prestation en nature*, dont l'avantage est que l'assureur peut influencer directement sur le traitement médical, en ayant son mot à dire sur le choix de l'établissement hospitalier, du médecin et du genre de traitement.

¹⁰ Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202

¹¹ Voir ATF 116 V 41; RAMA 1993 U 163, p. 55

permet d'escompter une sensible amélioration de l'état de santé, art. 19, al. 1, LAA e contrario).

- Assurance militaire

L'assurance militaire répond de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de la personne assurée, ainsi que de leurs conséquences économiques directes (art 4, al. 1, LAM¹²). Dans le cadre du traitement médical, la personne assurée a droit à un traitement approprié et économique visant à améliorer son état ou sa capacité de gain ou à les préserver d'une atteinte plus considérable (art. 16, al. 1, LAM). Les traitements médicaux comprennent l'examen et le traitement médicaux ainsi que les soins, qui peuvent être administrés ambulatoirement, à domicile, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier. L'examen et le traitement doivent être entrepris à l'aide de moyens et de méthodes dont l'efficacité est prouvée (art. 16, al. 2, LAM). L'assurance militaire définit en outre les conditions d'autorisation pour les fournisseurs de prestations. Ainsi sont considérés établissements de soins les établissements publics ainsi que les homes privés reconnus d'utilité publique qui offrent le logement, les soins et l'assistance aux personnes âgées ou infirmes (art. 11, al. 3, OAM¹³).

- Assurance-invalidité

Les personnes assurées à l'AI ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (art. 13 LAI¹⁴). C'est ensuite l'assurance-maladie qui prend le relais et supporte les frais de traitement dans le cadre de la LAMal. Sont réputés mesures médicales tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 3, OIC¹⁵).

1.3.2.2 Moyens auxiliaires

Les moyens auxiliaires sont des appareils dont l'usage remplace la perte de certaines parties ou fonctions du corps humain et qui visent l'intégration professionnelle et sociale ou l'accoutumance fonctionnelle de l'ayant droit. Les conditions d'octroi et l'étendue des prestations sont réglées différemment selon l'assurance sociale concernée:

- L'*assurance-invalidité* met à disposition de la personne assurée les moyens auxiliaires dont elle a besoin par suite de son invalidité pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels (p. ex. ménage), pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (art. 21, al. 1, LAI). Les assurés qui ont besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle, ont droit, *sans égard à leur capacité de gain*, à de tels moyens auxiliaires (art. 21, al. 2, LAI). En lieu et place de moyens auxiliaires, l'AI peut en outre accorder certaines prestations de remplacement (art. 21^{bis} LAI). S'y rattachent les contributions aux coûts occasionnés

¹² Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire, RS 833.1

¹³ Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire, RS 833.11

¹⁴ Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20

¹⁵ Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, RS 831.232.21

par les services d'un tiers, lorsque la personne assurée a besoin de prestations personnelles d'aide, par exemple pour aller à son travail, exercer une activité lucrative ou acquérir des aptitudes particulières qui permettent de maintenir des contacts avec l'entourage (art. 21^{bis}, al. 2, LAI; art. 9 OMAI¹⁶).

- Dans l'*assurance-vieillesse et survivants*, les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit sous certaines conditions à des moyens auxiliaires pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou assurer leur indépendance (art. 43^{ter}, al. 1, LAVS¹⁷). L'AVS prévoit aussi la remise de moyens auxiliaires aux bénéficiaires de rentes pour exercer une activité lucrative ou accomplir leurs travaux habituels (art. 43^{ter}, al. 2, LAVS). La liste des moyens auxiliaires admis par l'AVS est plus courte que celle de l'AI. Les assurés jouissant de la garantie des droits acquis (bénéficiant déjà de moyens auxiliaires lorsqu'ils étaient encore en âge AI) continuent d'avoir droit aux prestations dans la même mesure que les dispositions de l'AI (art. 4 OMAV¹⁸).
- Les moyens auxiliaires octroyés par l'*assurance-accidents* sont destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction causés par un accident ou une maladie professionnelle (art. 11, al. 1, LAA). La liste des moyens auxiliaires remis figure dans l'annexe à l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents¹⁹.
- Dans l'*assurance militaire*, la personne assurée a droit à des moyens auxiliaires dans le but d'améliorer son état de santé, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels, d'entreprendre des études et une formation professionnelle, de favoriser une adaptation fonctionnelle, de se déplacer, de développer son autonomie et d'établir des contacts avec son entourage (art. 21, al. 1, LAM). L'assurance militaire alloue aussi des contributions à l'assuré qui a besoin des services de tiers en lieu et place d'un moyen auxiliaire (art. 21, al. 4, LAM). Contrairement aux autres branches des assurances sociales, l'assurance militaire ne connaît pas de catalogue exhaustif des moyens auxiliaires.
- Les *moyens et appareils* prévus dans l'*assurance-maladie* ne peuvent être assimilés aux moyens auxiliaires des autres assurances sociales. Tandis que les moyens auxiliaires compensent une perte de longue durée d'une fonction corporelle, les moyens et appareils obéissent aux fins d'un diagnostic, d'une thérapie ou de soins ou servent à la réadaptation médicale. Il n'est pas toujours aisé de les délimiter des moyens auxiliaires, car certains appareils comme les lunettes, les appareils acoustiques ou les chaussures orthopédiques peuvent être utiles à la fois au traitement médical et à la compensation de la perte d'une fonction corporelle. La délimitation doit se fonder sur la détermination objective de la finalité. Les moyens et appareils figurent dans une liste séparée (LIMA) qui constitue l'annexe 2 à l'OPAS.

¹⁶ Ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, RS 831.232.51

¹⁷ Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10

¹⁸ Ordonnance du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, RS 831.135.1

¹⁹ Ordonnance du 18 octobre 1984 sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents, RS 832.205.12

1.3.2.3

Allocations pour impotent

Différentes branches des assurances sociales accordent aux personnes «qui, en raison d'une atteinte à leur santé, ont besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne»²⁰ une prestation en espèces appelée allocation pour impotent. Elle est allouée – sauf par l'assurance militaire – sous une forme type, c'est-à-dire indépendamment du niveau des coûts dans un cas d'espèce. Si la notion d'allocation pour impotent et le but de celle-ci sont, en principe, les mêmes dans toutes les branches de l'assurance sociale, des différences et des particularités existent, notamment en ce qui concerne les catégories de bénéficiaires, les conditions d'octroi et la définition concrète des prestations:

- *L'allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité*

Dans l'AI, les personnes assurées invalides ont droit à l'allocation pour impotent de la naissance jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge légal de la retraite (art. 42, al. 1, LAI), l'allocation étant échelonnée selon le degré d'impotence (faible, moyenne ou grave). La 4^e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a apporté quelques améliorations matérielles en matière de soins et de prise en charge des personnes vivant avec un handicap. Cette révision visait à permettre aux tributaires de prestations d'aide personnelles en raison d'un handicap de mener une vie encore plus autonome et responsable. En ce qui concerne l'allocation pour impotent, il convient de relever les nouveaux points suivants:

- *Uniformité de l'allocation pour impotent*: dans la 4^e révision de l'AI, une allocation pour impotent uniforme remplace les allocations pour impotent de l'AI destinées aux personnes majeures, les contributions aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents et les contributions aux frais de soins à domicile.
- *Extension de la notion d'impotence*: la 4^e révision de l'AI a étendu la notion d'impotence de la LPGA au domaine de l'AI. Est désormais aussi réputée impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (voir art. 42, al. 3, LAI).
- *Augmentation de l'allocation pour impotent*: le montant de l'allocation pour impotent versée aux personnes nécessitant de l'assistance et qui ne vivent pas dans un home a doublé avec la nouvelle loi (art. 42^{ter}, al. 1, LAI). Parallèlement, les montants accordés par les prestations complémentaires pour le remboursement des coûts de maladie et d'invalidité – dont font aussi partie les frais dûment établis pour l'aide ambulatoire, les soins et l'assistance – ont aussi connu une augmentation²¹. Pour les assurés vivant dans un home, le montant de l'allocation pour impotent correspond à la moitié de celui prévu pour les personnes n'habitant pas dans un home (art. 42^{ter}, al. 2, LAI).
- *Introduction d'un supplément pour soins intenses*: les mineurs impotents qui ont besoin de soins intenses et ne vivent pas dans un home ont droit en plus de l'allocation à un supplément pour soins intenses (art. 42^{ter}, al. 3, LAI).

²⁰ Définition de l'impotence aux termes de l'art. 9 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1)

²¹ Voir à ce sujet le ch. 1.3.3.1

- *L'allocation pour impotent dans l'AVS*

Dans l'AVS, l'allocation pour impotent est versée aux bénéficiaires de rente de vieillesse ou de prestations complémentaires ayant leur domicile en Suisse qui présentent une impotence grave ou moyenne. Pour ce qui est des montants, la 4^e révision de l'AI n'a pas apporté de modifications sauf pour les personnes qui ont déjà bénéficié avant 65 ans d'une allocation pour impotent de l'AI supérieure (cas de garantie des droits acquis en vertu de l'art. 43^{bis}, al. 4, LAVS).

- *L'allocation pour impotent dans l'assurance-accidents*

L'allocation pour impotent de l'assurance-accidents est octroyée aux employés en cas d'accidents professionnels ou non professionnels ainsi qu'en cas de maladies professionnelles. Elle se calcule selon trois degrés d'impotence. Son montant dépend du montant maximum du gain journalier assuré, l'allocation pour impotent s'élevant au minimum à deux fois et au maximum à six fois le montant maximum du gain journalier assuré.

- *L'allocation pour impotent dans l'assurance militaire*

L'assurance militaire accorde des indemnités supplémentaires à la personne assurée servant dans l'armée, la protection civile ou le service civil lorsqu'un traitement à domicile ou une cure privée ont été autorisés et lui occasionnent des frais supplémentaires de logement, d'alimentation, de soins ou de garde pour le traitement de son affection assurée ou à cause de son impotence. Selon les directives émises, ces indemnités supplémentaires doivent couvrir les frais, les besoins étant examinés individuellement – contrairement à ce qui est le cas dans les autres branches des assurances sociales.

Tableau 1: Vue d'ensemble de l'allocation pour impotent dans les différentes branches des assurances sociales (état au 1^{er} janvier 2004)

	Montant de l'allocation pour impotent (API) en francs/mois					
	dans un home			en dehors d'un home		
	impotence faible	impotence moyenne	impotence grave	impotence faible	impotence moyenne	impotence grave
AI + évent. SSI	211	528	844	422 422 – 1266	1'055 422 – 1266	1'688 422 – 1266
AVS	0	528	844	0	528	844
AA	586	1172	1758	586	1172	1758
AM	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets

SSI : Supplément pour soins intensifs.

1.3.3

Prestations subsidiaires de soins des autres systèmes de prestations sociales

Les prestations subsidiaires sont allouées lorsque les ressources propres et les prestations primaires de soins prévues par les assurances sociales ne suffisent pas à couvrir les besoins.

1.3.3.1

Prestations complémentaires

De façon simplifiée, ont droit en principe à des prestations complémentaires, composées d'une prestation en espèces versée mensuellement et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, les bénéficiaires de certaines prestations de l'AVS ou de l'AI (rentes, allocations pour impotent, indemnités journalières) dont les dépenses reconnues dépassent les revenus déterminants ou dont les frais de maladie et d'invalidité ne sont pas couverts. Mais l'établissement du droit à des prestations de soins diverge à maints égards, selon que les personnes vivent à domicile ou séjournent en permanence dans un home:

- Personnes vivant à domicile

Outre la prestation complémentaire annuelle versée sous forme de prestation mensuelle en espèces, les personnes vivant à domicile ont droit – dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité – à la couverture de frais dûment établis «d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires» (art. 3d, al. 1, let. b, LPC²²). L'ordonnance d'exécution²³ précise que les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés. Les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dans un établissement de jour, un hôpital de jour ou un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés. Les frais pour des prestations dispensées par des institutions privées sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique. Le remboursement est en tous cas limité aux montants annuels suivants (art. 3d, al. 2, LPC):

²² Loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.30

²³ Ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires, RS 831.301.1

Tableau 2: Montants annuels maxima pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité

Personnes seules, personnes veuves, conjoints de personnes vivant dans un home (art. 3d, al. 2, LPC)	25 000 fr.
Couples (art. 3d, al 2, LPC)	50 000 fr.
Orphelins de père et de mère (art.3d, al 2, LPC)	10 000 fr.
Personnes seules bénéficiaires d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA	
- impotence grave (art. 3d, al. 2 ^{bis} , LPC)	90 000 fr.
- impotence moyenne (art. 19b OPC-AVS/AI ²⁴)	60 000 fr.
Couples au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA (selon le nombre de conjoints bénéficiant d'une API et selon le degré d'impotence) (art. 19b, al. 2, OPC-AVS/AI)	85 000 à 180 000 fr.

- Personnes vivant dans un home:

Dans le système des PC, les coûts des soins pour les personnes vivant à domicile sont principalement couverts par le biais du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Dans le cas des pensionnaires de home, la compensation financière s'effectue, au contraire, par le biais de la prestation mensuelle en espèces qui équivaut à la part des dépenses (en particulier, taxe du home) excédant les revenus déterminants. Cela signifie que les frais de home, soit la dépense totale pour les soins et l'assistance (encadrement), entrent dans le calcul des prestations en espèces, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité étant limité par la loi à 6000 francs par an (art. 3d, al. 3, LPC). A noter cependant que la prestation complémentaire est soumise à une double limitation:

- D'une part, la plupart des cantons ont fait usage de la possibilité que leur confère la loi (art. 5, al. 3, let. a, LPC) de limiter les coûts pris en compte pour un séjour dans un home²⁵. En 2000, la limite maximale moyenne²⁶ pour les taxes de home oscillait entre 28 000 francs (Tessin) et 79 000 francs (Bâle-Ville), la moyenne à l'échelle nationale avoisinant 59 000 francs.
- D'autre part, la prestation complémentaire annuelle (art. 3a, al. 3, LPC) pour les personnes vivant dans un home ne peut dépasser à l'heure actuelle 30 275 francs.

²⁴ Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.301

²⁵ A ce jour, seuls les cantons de Neuchâtel, de Bâle-Campagne et de Saint-Gall n'ont pas du tout fait usage de cette compétence.

²⁶ Il s'agit là d'une valeur moyenne prenant en compte les taxes de homes pour personnes âgées ou invalides, d'établissements médico-sociaux, ainsi que des établissements hospitaliers, et/ou les divers niveaux de besoins de soins.

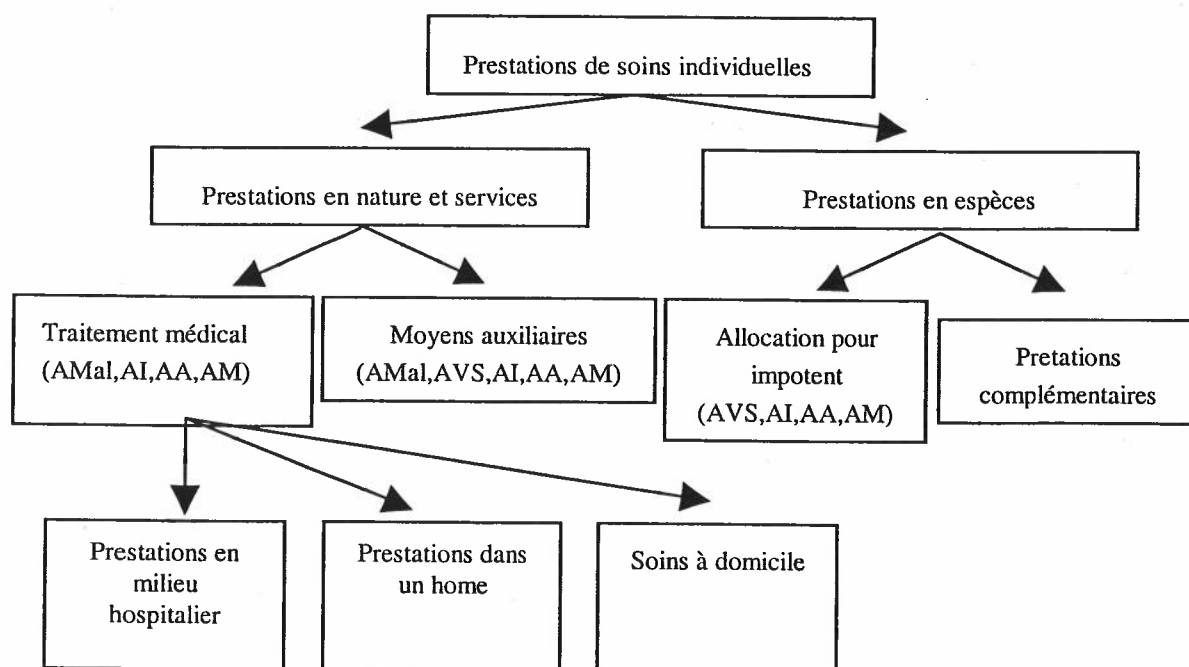
1.3.3.2

Aide sociale

L'aide sociale, régie par le droit cantonal, a pour but de remédier notamment aux situations de détresse économique – quelles qu'en soient les causes – en l'absence de ressources propres (suffisantes) ou de prestations allouées par d'autres systèmes comme les assurances sociales (primauté des assurances sociales et subsidiarité de l'aide sociale). Le droit constitutionnel d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse (art. 12 Cst) pose le droit de recevoir «les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine». Les coûts des soins doivent donc en principe aussi être financés par l'aide sociale pour autant que d'autres prestations des assurances sociales et les sources privées ne suffisent pas.

A cet égard, les prestations d'aide sociale doivent être calculées en fonction des besoins de base, qui tiennent compte des acquis civilisationnels, sociaux et culturels de la société (appelés minimum vital social, lequel garantit aussi, au-delà du minimum vital, la participation à la vie sociale et professionnelle). Selon les recommandations de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), l'aide sociale devrait donc aussi accorder – outre les coûts de home ou de soins à domicile non couverts – un montant laissé à libre disposition pour les personnes vivant chez elles et un montant forfaitaire destiné à couvrir les dépenses non comprises dans le prix de pension pour les personnes séjournant dans des établissements comme les foyers et les cliniques, dans des communautés thérapeutiques résidentielles ou dans des pensions. Ce montant doit être adapté au degré d'autonomie physique et psychique et se situe entre 255 et 510 francs par mois, conformément aux normes CSIAS en vigueur.

Graphique1: Vue d'ensemble des prestations de soins individuelles relevant du droit des assurances sociales



1.3.4

Les règles de coordination

C'est la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), en vigueur depuis 1^{er} janvier 2003, qui règle la coordination des prestations allouées par les différentes branches des assurances sociales. Des dispositions de coordination existent en outre dans les lois spéciales. La LPGA ne coordonne par principe que les prestations *de nature et de but identiques* (principe de la congruence). La coordination est par ailleurs importante en matière de soins lorsqu'il y a concours des diverses prestations en espèces provenant de différentes sources, la LPGA prévoyant dans ce cas l'interdiction générale de *surindemnisation* (art. 69). Selon le principe de la congruence, seules les prestations de nature et de but identiques peuvent être prises considération dans le calcul de la surindemnisation. A noter à cet égard que la LPGA distingue entre les remboursements des frais de traitement et de réadaptation et le remboursement des frais de soins dus à l'impotence (art. 74, al. 2, let. a et d).

1.4

Financement actuel des soins

1.4.1

Financement au niveau général

La présentation qui suit montre le financement du secteur des soins (dans un home ou à domicile) en 2001 selon les agents de financement:

Tableau 3: Financement des soins en 2001 (état actuel)

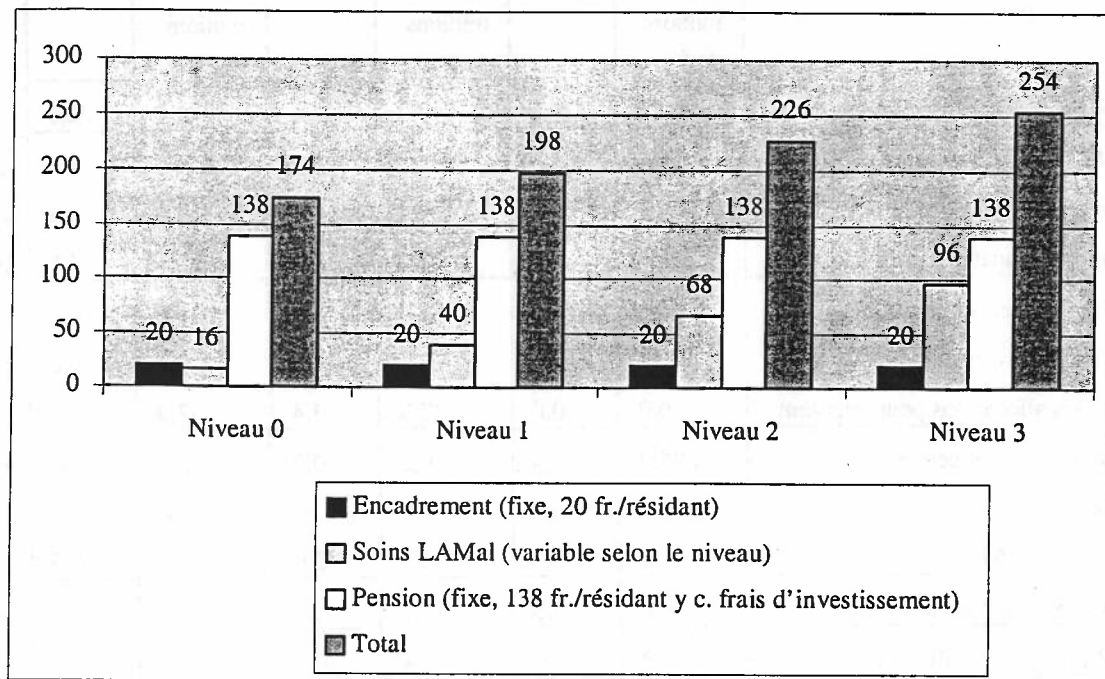
Agents de financement	Etablissements médico-sociaux		Soins à domicile		Total		
	en millions de fr.	en %	en millions de fr.	en %	en millions de fr.	en %	
AMal (assurance-maladie, net)	1071,8	19,2	230,3	24,6	1302,1	20,0	a)
AVS	308,9	5,5	237,2	25,3	546,1	8,4	b)
part des subventions directes	0,0	0,0	160,0	17,1	160,0	2,5	c)
part des allocations pour impotent	308,9	5,5	77,2	8,2	386,1	5,9	d)
AI (assurance-invalidité)	0,0	0,0	32,0	3,4	32,0	0,5	e)
part des subventions directes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	f)
part des allocations pour impotent	0,0	0,0	32,0	3,4	32,0	0,5	g)
Prestations complémentaires (PC)	895,0	16,0	0,0	0,0	895,0	13,7	h)
dont PC à l'AVS	895,0	16,0	0,0	0,0	895,0	13,7	i)
dont PC à l'AI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	j)
AA (assurance-accidents)	0,0	0,0	12,2	1,3	12,2	0,2	a)
AM (assurance militaire)	1,8	0,0	0,4	0,0	2,2	0,0	a)
Assurance privée	0,0	0,0	25,1	2,7	25,1	0,4	a)
Autres financements privés	83,8	1,5	46,1	4,9	129,9	2,0	a)
Cantons/communes	479,7	8,6	341,3	36,5	821,0	12,6	a)
Aide sociale	97,0	1,7	2,1	0,2	99,1	1,5	k)
Ménages (y c. partic. coûts AMal)	2640,9	47,3	9,1	1,0	2650,0	40,7	k)
Total	5578,9	100,0	935,8	100,0	6514,7	100,0	l)
Aide bénévole					1223,0		m)
Sources et explications							
a) OFS, Coûts de la santé publique 2001, Neuchâtel 2003							
b) Somme de c) et d)							
c) OFS, Coûts de la santé publique 2001 / Base: LAVS art. 101 ^{bis}							
d) OFAS, Statistique de l'AVS 2002 (total 386,1 millions de francs); estimation de l'OFAS concernant la répartition home/soins à domicile: 80 %/20 %							
e) Somme de f) et g)							
f) En supposant qu'aucune subvention de l'AI ne va aux établissements médico-sociaux ni aux soins à domicile							
g) Estimation de l'OFAS sur la base de la statistique de l'aide et des soins à domicile 2001 (recettes pour les personnes âgées de moins de 65 ans provenant de prestations d'aide ménagère/ d'aide sociale)							
h) Somme de i) et j)							
i) OFAS, Statistique des PC 2001; PC pour pensionnaires de home							
j) En supposant que seuls les pensionnaires de homes pour invalides bénéficient de PC de l'AI							
k) Estimation de l'OFAS selon la répartition chez les ménages							
l) Grandeur résiduelle (total des frais moins tous les autres financements)							
m) Estimation interne de l'OFS et de l'OFAS pour l'année 2000							

1.4.2

Financement au niveau individuel

L'uniformisation du calcul des frais et de la définition des prestations, ainsi que le requiert l'ordonnance pour les établissements médico-sociaux également²⁷, permet d'évaluer les coûts journaliers pour un séjour dans un home et de faire des comparaisons entre établissements. Le graphique suivant²⁸ illustre les coûts moyens de séjour dans près de 20 établissements privés et publics du canton de Berne en 2001 et donne une idée approximative du financement nécessaire à un résident d'un home. Des analyses comparables à l'échelle suisse ne sont pas encore disponibles.

Graphique 2: Coût moyen d'un séjour par résident et par jour dans le canton de Berne



Les *coûts journaliers* incluent les frais d'infrastructure, ainsi que les coûts des moyens et appareils nécessaires. En revanche, les frais de médicaments, de médecin et de thérapie ne sont pas pris en considération. Les *coûts des soins* comprennent les frais de personnel et de matériel de soins, mais pas les frais d'infrastructure.

Les coûts calculés pour les soins se réfèrent à la situation telle qu'elle apparaîtrait si le droit en vigueur était appliqué avec cohérence. Sur la base des tarifs-cadres mentionnés au ch. 2.3.1. concernant le remboursement des frais de soins dans un home, la part de financement des assureurs maladie est toutefois inférieure.

²⁷ Voir à ce sujet infra, ch. 2.3.1.

²⁸ Beat Wenger, Financement des soins de longue durée, sipp focus 1/2003, p. 1 ss

Compte tenu de l'importance croissante que les soins de longue durée ont pris ces dernières années dans la politique de santé des pays membres de l'OCDE, l'organisation a analysé les systèmes de soins de longue durée dans 19 pays²⁹ sous l'angle des réformes passées et à venir touchant le financement et aux prestations. On peut extraire du rapport qu'elle a publié³⁰ les constats généraux qui suivent.

La plupart des pays étudiés ont développé un système permettant aux personnes âgées de recevoir les soins dont elles ont besoin en institution, même si les prestations sont proposées sous des formes très diverses (prestations en espèces ou en nature, indemnisation de l'aide informelle, etc.). Il existe aussi un large éventail de systèmes pour financer les soins de longue durée destinés aux personnes âgées (impôts, contributions, contributions personnelles). La coordination des prestations et des institutions de soins constitue une préoccupation clé que partagent tous les pays dans leurs efforts de réforme. Dans la majorité des pays, ce sont les impôts qui font office de source principale pour financer les soins. Les pays ayant érigé un système d'assurance sociale pour la couverture des coûts des soins de longue durée et d'autres dépenses extraordinaires sont une minorité (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg et Pays-Bas)³¹. Dans quelques rares pays, les prestations de soins fournies dans les établissements hospitaliers sont financées de manière limitée par l'assurance-maladie, en l'absence d'institutions spécialisées dans les soins de longue durée (Corée, Hongrie, Mexique et Pologne).

Sept des 19 pays étudiés (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) connaissent un système de prestations indépendant des besoins avec une couverture générale, les soins de longue durée étant régis de la même manière que d'autres besoins de santé dans le système global de l'assurance sociale. Les douze autres pays ont un système lié totalement ou en partie aux besoins, basé sur le revenu et/ou la fortune. Au sein de ces deux groupes, les systèmes mis en place présentent une grande hétérogénéité (voir à titre d'exemple la vue d'ensemble figurant à l'annexe 1).

Le rapport arrive à la conclusion qu'un nombre croissant de pays tend à appliquer les principes du financement public des soins aigus aux soins de longue durée. L'idée d'une assurance obligatoire analogue à l'assurance pour les maladies aiguës trouve dans ces pays un accueil toujours plus favorable. D'autres pays font encore preuve de réticence pour changer de système et passer d'une couverture du risque des soins limitée et liée aux besoins à une couverture indépendante des besoins. Cependant, même dans les pays ayant un système de prestations indépendant des besoins, les ménages privés sont tenus de participer aux coûts, et ce dans une mesure plus importante qu'en cas de soins pour maladies aiguës.

²⁹ Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Corée, Espagne, Etats-Unis, Hongrie, Irlande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse

³⁰ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care, publication prévue d'ici à l'été 2004

³¹ Voir annexe 1

Le régime en vigueur relatif aux soins et à leur financement présenté au ch. 1 soulève divers problèmes qui se situent à des niveaux différents et dont la solution requiert aussi par conséquent des stratégies différentes:

2.1 Problème de politique sociale: insuffisance du niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse

La nécessité de recevoir des soins ne constitue pas un risque réglementé séparément par le droit des assurances sociales, mais elle est régie par les assurances sociales primaires, à orientation causale. En conséquence, les prestations divergent fondamentalement selon que les besoins de soins sont dus à la vieillesse, à la maladie ou à l'accident³². L'analyse des différents régimes de prestations révèle que le niveau des prestations doit être qualifié de plutôt faible, *de lege lata*, précisément en cas de dépendance due à l'âge:

- L'AVS ne connaît pas d'allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré.
- Le correctif final des prestations complémentaires est à maints égards limité, ce qui entraîne un risque accru de dépendance de l'aide sociale notamment pour les personnes fortement dépendantes de soins du fait de l'importance de la charge financière qu'elles supportent. On peut ici mentionner notamment le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires de home: aux termes de l'art. 3a, al. 3, LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art. 3b, al. 1, let. a (soit 30 275 francs/an ou 2525 francs/mois).

2.2 Evolution des coûts des soins

En 2001, quelque 6,5 milliards de francs ont été consacrés au secteur des soins (établissements médico-sociaux et soins à domicile). Par rapport à l'année 1995 où le domaine des soins représentait 4,2 milliards de francs, cela équivaut à une augmentation de plus de 30 %. N'est pas incluse l'aide bénévole apportée aux personnes nécessitant des soins, dont la valeur est estimée à 1,2 milliards de francs pour 2002³³ et dont l'intégration dans les coûts totaux induirait une hausse sensible (env. 20 %).

Tableau 4: Evolution des coûts dans le domaine des soins

³² Pour plus de détails, voir à ce sujet Hardy Landolt, *Das soziale Pflegesicherungssystem*, Berne 2002, p. 109 ss

³³ Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, *Evaluation monétaire du travail non rémunéré, une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la population active*, Statistique de la Suisse, Neuchâtel 2002

Année	Etablissements médico-sociaux	Soins à domicile (Spitex)	Soins globaux	Augmenta- tion
1995	4206,9	702,3	4909,2	
1996	4429,1	772,5	5201,6	3,96%
1997	4593,3	768,4	5361,7	3,08%
1998	4830,1	814,5	5644,6	5,28%
1999	4935,2	848,4	5738,6	1,67%
2000	5194,8	889,3	6084,1	6,02%
2001	5578,9	935,8	6514,7	7,07%

Source: Office fédéral de la statistique, Analyse des données considérées dans «Coûts du système de santé»

En admettant que la tendance supposée d'une diminution des soins bénévoles se poursuive et en utilisant le scénario démographique «tendance» de l'Office fédéral de la statistique, on peut extrapoler l'évolution future du nombre de personnes nécessitant des soins et celle des coûts des soins.

Pour la période de 2000 à 2020, il ressort de la projection démographique un accroissement maximal d'un tiers du nombre des personnes dépendantes de soins³⁴.

Une évaluation des coûts des soins sur la base du scénario démographique «tendance» et d'une observation des facteurs sans lien avec la démographie de 1995 à 2000 donne une hausse totale des coûts de 83 % pour la période de 2000 à 2020 et de 208 % pour la période de 2000 à 2040. A cet égard, on estime que l'augmentation des coûts liée à la démographie sera nettement inférieure à celle induite par les facteurs non démographiques.

L'extrapolation jusqu'en 2040 met en évidence les limites de la significativité de cette estimation. L'approche mécanistique ne peut rendre compte ni de l'évolution de la politique de santé, ni de celle de la médecine. Ainsi, à en croire Höpflinger et al., il faut supposer qu'une faible diminution de la dépendance aux soins – en raison de programmes de prévention en gériatrie ou de succès croissants en réadaptation – permettra d'atténuer substantiellement l'effet purement démographique. Les décisions de politique de santé devraient en revanche avoir un impact moindre sur les coûts du secteur des soins et plus important sur les parts de financement assumées par les divers agents payeurs.

Tableau 5: Projections pour les années 2020 et 2040

	2000-2020	2000-2040
Coûts des soins en 2000	6084	6084
Hausse des coûts due à la démographie	1902	4651
Hausse des coûts sans lien avec la démographie	3154	7981
Coûts totaux des soins	11 141	18 716
Hausse en %	83 %	208 %

Source: Office fédéral des assurances sociales (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung

³⁴ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Berne 2003, p. 44

2.3 Forte charge financière de l'assurance-maladie

2.3.1 Charges de l'assurance obligatoire des soins

Dans le message du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie³⁵, les coûts occasionnés par l'extension des prestations dans le domaine des établissements médico-sociaux ont été estimés à 560 millions de francs. En partant des dépenses pour les prestations correspondantes de l'assurance-maladie en 1995, les surcoûts estimés ont été dépassés pour la première fois en 1999. Ainsi, les effets prédits avant l'introduction de la LAMal ne sont pas seuls à être intervenus. En considérant rétroactivement les coûts facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins, on constate en fait que la hausse des coûts a reculé depuis 1999 et tend à se rapprocher de l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Cela devrait s'expliquer en partie au moins par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1998, de tarifs-cadres qui doivent être appliqués jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient introduit dans le secteur des soins les instruments de transparence requis par ordonnance³⁶. Ces instruments servent de base pour calculer les coûts et classer les prestations des traitements hospitaliers, semi-hospitaliers, ambulatoires et de longue durée à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 2 OCP). Le remboursement des prestations de soins en institution s'effectue selon des tarifs-cadres par jour, subdivisés en quatre niveaux de soins qui vont d'une dépendance faible à une dépendance lourde³⁷ (art. 9a, al. 2, OPAS). Les prestations de l'aide et des soins à domicile sont remboursées selon les tarifs-cadres par heure³⁸ (art. 9a, al. 1, OPAS).

³⁵ FF 1992 I 201

³⁶ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, RS 832.104)

³⁷ Premier niveau de soins: 10-20 francs; deuxième niveau de soins: 15-40 francs; troisième niveau de soins: 30-60 francs; quatrième niveau de soins: 40-70 francs.

³⁸ Dans des situations simples et stables: 30-45 francs; dans des situations instables et complexes: 45-65 francs; pour des instructions et des conseils: 50-70 francs.

Etat des discussions sur les tarifs-cadres

On peut s'attendre à ce que l'assurance obligatoire des soins enregistre des surcoûts considérables lorsque la transparence totale des coûts sera réalisée conformément aux exigences de l'OCP. L'assurance-maladie devra en effet rembourser l'intégralité des prestations de soins. C'est pourquoi le Conseil fédéral a proposé au Parlement, dans son message du 26 mai 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et points urgents), de geler les tarifs-cadres à l'état du 1^{er} janvier 2005, jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation sur le financement des soins, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006 (seuls sont exclus les tarifs ayant déjà dépassé, le 1^{er} janvier 2004, les tarifs-cadre; ils sont gelés à l'état du 1^{er} janvier 2004). Ce gel vaut donc indépendamment des exigences de transparence qui seraient encore remplies ultérieurement.

L'auteur de l'ordonnance entend simultanément augmenter faiblement au 1^{er} janvier 2005 les tarifs-cadres des deux niveaux supérieurs de soins.

Tableau 6: Dépenses (prestations brutes) de l'assurance obligatoire des soins en millions de francs

Année	Etablissements médico-sociaux	Soins à domicile	Total des soins	Augmentation des soins/AOS	Evolution des coûts AOS
1996	666	132	798		
1997	890	193	1083	35.7%	5,5%
1998	1092	224	1316	21.4%	6,7%
1999	1170	235	1405	6.8%	4,3%
2000	1215	253	1468	4.5%	5,9%
2001	1258	270	1528	4.1%	5,9%
2002	1392	290	1682	10.1%	4,3%

Source: Office fédéral de la santé publique, Base de données de l'assurance-maladie, état octobre 2003

2.3.2 Déplacement des parts de financement

Les coûts du secteur des soins sont couverts par différentes sources de financement. Les ménages en assument un peu moins des deux tiers. Si leurs ressources sont insuffisantes – ce qui est souvent le cas surtout lors d'un séjour dans un établissement médico-social –, ils peuvent prétendre à des prestations complémentaires de l'AVS (le cas échéant, de l'AI). Près d'un cinquième des coûts des soins est couvert par l'assurance-maladie obligatoire et un huitième environ par les cantons et communes. Les coûts résiduels sont couverts par d'autres assurances sociales et par des financements privés (donations, legs). Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'en 1999, la part de l'assurance obligatoire au financement du secteur des soins a presque doublé, pour se stabiliser ensuite. La part des pouvoirs publics a commencé par diminuer avant de retrouver aujourd'hui le niveau originel. La participation des ménages au financement a, quant à elle, reculé.

Tableau 7: Parts de financement en %

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Part AOS (net ³⁹)	10,5	10,6	17,6	19,8	20,6	20,5	20,0
Autres ass. sociales	2,5	2,5	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7
Cantons/communes	13,2	13,3	10,8	10,2	10,0	9,1	12,6
Ménages	71,8	71,6	66,7	65,4	64,9	65,8	62,7
Autre financ. privés	2,0	2,0	1,9	1,7	1,7	1,8	2,0
Total des soins	100	100	100	100	100	100	100

Source: Office fédéral de la statistique, Analyse des données considérées dans «Coûts du système de santé»

³⁹ La participation aux coûts (quote-part et franchise) dans l'AOS n'est pas incluse dans cette valeur, qui est donc «nette». Dans cette présentation, la participation aux coûts AOS est logiquement un élément de la source de financement Ménages.

En substance, le nouveau régime de financement des soins poursuit deux objectifs qui sont, en partie du moins, contradictoires: d'un côté, il s'agit d'améliorer la situation sociale difficile de certaines catégories de personnes dépendantes et, de l'autre, de ne pas mettre davantage à contribution les finances de l'assurance-maladie, qui prend en charge un volume toujours croissant de soins liés à la vieillesse dans le système actuellement en vigueur. En vertu de son but, l'assurance-maladie ne devrait prendre en charge que les prestations liées à la maladie, soit, dans le domaine des soins, les soins liés à la maladie mais pas les soins liés à la vieillesse. Or, la distinction entre les deux est pour ainsi dire impossible à opérer dans la pratique car, chez les personnes âgées, l'on peut trouver une cause somatique dans tous les cas de soins. Ne nous méprenons toutefois pas: le risque de devoir prodiguer des soins augmente nettement avec l'âge. Pour le même tableau clinique, une personne jeune guérira sans soins ou avec moins de soins qu'une personne âgée qui, elle, aura besoin de soins provisoires ou permanents en raison de son âge. Dans le système suisse de sécurité sociale, fruit de l'histoire, structuré selon le principe de la causalité, c'est-à-dire en fonction des risques, il faut éviter que ce surcroît de charges dû à la vieillesse soit supporté sans limite par l'assurance-maladie. Il est donc nécessaire de redéfinir et de préciser les champs d'application des différentes branches des assurances sociales. Cette délimitation peut se faire en fonction de plusieurs critères, comme la nature de la prestation ou un critère temporel. Un modèle de financement de chacune de ces approches est proposé dans les pages qui suivent.

3.1

Modèle A

3.1.1

Idée maîtresse du modèle

L'idée maîtresse du modèle A consiste à mettre en œuvre le principe incontesté selon lequel la LAMal couvre un risque lié à la maladie et non un risque général lié à la vieillesse. Puisque la distinction entre soins liés à la maladie et soins liés à la vieillesse est pratiquement impossible à établir dans la pratique, ce modèle s'articule autour de la notion de soins de traitement, lesquels visent en général un but thérapeutique ou palliatif pour traiter les maladies ou atténuer leurs conséquences. Ces soins tombent donc dans le domaine de prestations de la LAMal:

- *Situation de soins complexe:* Si, dans un cas précis, des soins de traitement sont requis, l'on suppose alors que les éventuels soins de base médicalement indiqués pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont de nature complexe en raison de la maladie sous-jacente existante, c'est-à-dire qu'ils exigent des connaissances médicales et/ou en matière de soins et tombent par conséquent dans le domaine de prestations de l'assurance-maladie. Dans les situations de soins complexes, l'assurance-maladie prend donc en charge les prestations qui relèvent tant des soins de base que des soins de traitement. En contrepartie, l'allocation pour impotent de l'AVS n'est plus servie aux pensionnaires des homes lorsque ceux-ci présentent une impotence moyenne ou grave.
- *Situation de soins simple:* Dans tous les cas où des soins de traitement ne sont pas nécessaires, donc dans les situations sans maladie sous-jacente, l'assurance-maladie ne fournit plus de prestations, même pas pour les soins de base. A titre de compensation, et pour inciter les patients à différer le plus possible l'admission en

établissements médico-sociaux, l'on introduit dans l'AVS une allocation pour impotent en cas d'impotence faible pour les personnes vivant chez elles.

Puisque le problème pour l'assurance-maladie se pose principalement dans les soins prodigués aux personnes âgées, tant du point de vue de la politique sociale que de celui du financement, le modèle de financement A ne s'applique qu'aux personnes ayant l'âge de la retraite AVS. Logiquement, la difficulté d'établir la distinction entre soins liés à la vieillesse et soins liés à la maladie se présente avant tout pour les personnes âgées, alors que pour les personnes dépendantes plus jeunes, les frais de soins continueront d'être pour l'essentiel à la charge de l'assurance-invalidité.

3.1.2 Questions de définition

Le modèle A repose sur les définitions suivantes:

- *Soins de base*: Les soins de base visent à permettre au patient de continuer à accomplir lui-même les activités de la vie quotidienne (AVQ) qui portent sur six domaines (s'habiller, se déshabiller; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette; aller aux toilettes; se déplacer). La cause pour laquelle le patient ne peut plus – ou ne peut que partiellement – accomplir seul ces activités peut être liée à l'âge, à la maladie ou aux deux.

Dans les *situations simples*, soit celles qui équivalent à l'impotence légère ou moyenne de l'AVS/AI, les soins de base peuvent être dispensés par des personnes pas particulièrement qualifiées ou peu qualifiées, c'est-à-dire aussi par les proches. Dans les *situations complexes*, qui, par définition, ont toujours une origine médicale, les soins de base doivent être prodigués ou surveillés par des personnes qualifiées. Nous ne sommes en présence d'une situation complexe que lorsque la personne est, en raison du vieillissement, plus dépendante que ce qui est usuel pour son âge (comparé aux valeurs ou aux distributions standard). La situation complexe dans le modèle A équivaldrait dans la pratique à l'impotence grave de l'AVS/AI.

- *Soins de traitement*: Les soins de traitement comportent des mesures concourant à un but médical. Ils sont prodigués ou surveillés par des personnes qualifiées et supposent qu'une assistance médicale est disponible si nécessaire.
- *Impotence*: Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPG). Le degré d'impotence est fonction des définitions de l'assurance-invalidité. Ainsi, l'impotence est *grave* lorsqu'une personne a besoin d'une aide importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37, al. 1, RAI⁴⁰). L'impotence est *moyenne* ou *faible* lorsqu'une personne a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir un certain nombre d'actes ordinaires de la vie (4 ou 2 respectivement; art. 37, al. 2 et 3, RAI).

⁴⁰ Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201

3.1.3

Questions de mise en œuvre: modification de l'allocation pour impotent de l'AVS

Le modèle A propose de préciser la différence existant dans le droit en vigueur – du moins du point de vue conceptuel et théorique – entre soins liés à la vieillesse et soins liés à la maladie. De la sorte, il a une influence indirecte sur le domaine de prestations des allocations pour impotent de l'AVS⁴¹, et il y a donc lieu de procéder à diverses modifications de ce domaine qui représentent tantôt une augmentation, tantôt une diminution des prestations.

3.1.3.1

Modification de l'allocation pour impotent dans les situations de soins simples

Dans le modèle A, il est d'un côté proposé que l'assurance-maladie ne fournisse plus de prestations dans le domaine des soins de base pour les situations de soins simples, de sorte que l'indemnisation de l'assistance apportée pour aider les personnes en âge AVS à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) relève uniquement du domaine de l'allocation pour impotent de l'AVS. Puisque l'AVS sert actuellement une allocation pour impotent uniquement en cas d'impotence moyenne ou grave et après un délai d'attente d'un an, il faut, pour des raisons relevant de la politique sociale, modifier comme suit les dispositions relatives à l'allocation pour impotent :

- *Introduction d'une allocation pour impotent en cas d'impotence faible:* les prestations fournies pour accomplir les actes ordinaires de la vie décrits au ch. 3.1.2 sont actuellement financées par l'assurance-maladie. Le modèle A propose qu'elles soient désormais prises en charge uniquement par l'allocation pour impotent de l'AVS. Toutefois, cette allocation n'est versée que pour les personnes qui restent chez elles et non pour celles qui séjournent dans un établissement de soins. Il s'agit d'une incitation pour les personnes encore indépendantes à rester le plus longtemps possible chez elles.
- *Réduction du délai d'attente:* le changement d'agent financeur appelle la révision du délai d'attente d'un an prescrit dans l'AVS, que l'assurance-maladie ne prévoit pas et qui provoquerait par conséquent des lacunes de couverture au détriment des assurés. Toutefois, il n'est pas toujours facile de déterminer d'emblée si une dépendance sera durable ou non. Pour tenir compte de ces deux contraintes, il est justifié de réduire le délai d'attente existant. Il est proposé de ramener le délai de carence d'un an à neuf mois. De la sorte, le droit à une allocation pour impotent naît lorsque l'impotence a duré neuf mois sans interruption. Ainsi, les ayants droit financent-ils ces prestations eux-mêmes pendant les neuf premiers mois ou font éventuellement appel aux prestations complémentaires.

3.1.3.2

Modification de l'allocation pour impotent dans les situations de soins complexes

Par ailleurs, le modèle A propose que, dans les situations complexes, l'assurance-maladie assume l'intégralité des frais, tant pour les soins de base que pour les soins de traitement. De la sorte, l'assurance-maladie recouvre pour l'essentiel le domaine de prestations de l'allocation pour impotent de l'AVS, qui pourrait ainsi être sup-

⁴¹ Les allocations pour impotent servies par l'AI ne sont pas affectées par ce modèle.

primée. En l'occurrence, il faut distinguer le versement de l'allocation à des personnes vivant chez elles du versement à des pensionnaires: le fait que les prestations de l'assurance-maladie ne coïncident pas totalement avec le but de l'allocation pour impotent – qui vise aussi à faciliter les contacts sociaux – justifie de ne supprimer l'allocation pour impotent que pour les pensionnaires des homes, puisque l'on peut considérer que l'entourage de l'institution fournit certaines prestations, comme les contacts sociaux, ce qui ne serait pas le cas pour des personnes dépendantes vivant chez elles. En outre, le fait de continuer à servir l'allocation pour impotent aux personnes qui vivent chez elles renforce leur autonomie et les incite à renoncer le plus longtemps possible à mettre à contribution les infrastructures des institutions.

Tableau 8: Aperçu des effets du modèle A sur les prestations

		Prestations pour soins de base		Prestations pour soins de traitement
		Situations de soins simples	Situations de soins complexes	
A domicile	AOS	Non (-)	Oui (+)	Oui (+/-)
	API AVS	Oui (+)	Oui (+/-)	Oui (+/-)
	PC	Oui (+)		
En institution	AOS	Non (-)	Oui (+)	Oui (+)
	API AVS	Non (+/-)	Non (-)	Non (-)
	PC	Oui (+)		

Légende du tableau 8:

AOS Assurance obligatoire des soins

API AVS Allocation pour impotent de l'AVS

PC Prestations complémentaires (pour les propositions matérielles, cf. ch. 3.3)

(-) Diminution des prestations par rapport au régime actuel (dans l'AMal sans tenir compte des tarifs-cadres en vigueur)

(+) Augmentation des prestations par rapport au régime actuel (dans l'AMal sans tenir compte des tarifs-cadres en vigueur)

(+/-) Pas de changement par rapport au régime actuel

3.2 Modèle B

3.2.1 Idée maîtresse du modèle

A la suite de la séance spéciale du Conseil fédéral sur l'assurance-maladie, le Département fédéral de l'intérieur a chargé en été 2002 un groupe d'experts d'examiner de nouveaux modèles de financement des soins dans la perspective d'une autre révision de la LAMal. Dans leur rapport présenté en juillet 2003⁴², les experts proposaient deux modèles différents de financement tout en accordant leur préférence à un modèle concret (modèle «Statu quo plus»). Dans le domaine de l'assurance-maladie, ce modèle fait une distinction entre le financement des soins aigus (soins dans des éta-

⁴² Rolf Iten et Stephan Hammer, Financement des soins, Zurich 2003

blissements médico-sociaux pendant une période transitoire et soins aigus Spitex) et le financement des soins de longue durée:

S'agissant des soins aigus, les prestations de soins sont intégralement prises en charge par les assureurs au sens de la LAMal.

Les soins de longue durée sont en revanche financés à la fois par les assureurs, les pouvoirs publics (via l'élargissement ciblé des prestations complémentaires, voir ch. 3.3) et les personnes nécessitant les soins, les assureurs maladie versant une «participation» aux frais des soins de longue durée; cette participation est fixée de sorte à ne pas imposer à l'assurance-maladie de charges financières supplémentaires par rapport au régime en vigueur fondé sur les tarifs-cadres ordonnés par l'autorité.

3.2.2 Questions de définition

Il s'en suit que la distinction entre soins aigus et soins de longue durée – et, partant, la définition de ces deux termes qui n'est pas précisée dans le rapport d'experts – joue un rôle prépondérant dans le modèle B:

Actuellement, la loi ne définit que le terme de «traitement de longue durée»: sont réputés traitements de longue durée les séjours à l'hôpital ou dans un établissement médico-social ne nécessitant pas, selon l'indication médicale, un traitement et des soins ou une réadaptation médicale à l'hôpital (art. 49, al. 3, LAMal et art. 6 OPC).

Pour définir les soins aigus et les soins de longue durée, le débat porte sur les caractéristiques suivantes tirées des sciences infirmières⁴³:

- *Soins aigus*: Les soins aigus sont limités dans le temps, l'évolution de la maladie étant incertaine. La phase des soins aigus se caractérise par une perte subite, d'habitude provisoire, de l'autonomie, pendant laquelle le personnel soignant doit accomplir pour le compte du patient les activités la vie quotidienne (AVQ) (voir ch. 3.1.2). Le traitement médical est dispensé à des fins diagnostiques et thérapeutiques.
- *Soins de longue durée*: La phase des soins de longue durée est en règle générale irréversible et n'est donc pas limitée dans le temps. Outre l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, les soins comprennent aussi des mesures d'activation, préventives ou palliatives. Ils visent à maintenir ou à améliorer la qualité de vie du patient en dépit de son autonomie limitée.

Si la distinction entre soins aigus et soins de longue durée s'opère selon des critères temporels, il ne s'agit toutefois pas de fixer des limites rigides mais plutôt des valeurs indicatives qui peuvent être modifiées, c'est-à-dire allongées, en fonction des circonstances. Signalons que, en raison de la définition du traitement de longue durée dans la LAMal – il s'agit en fait de la répartition du traitement de longue durée – la distinction en fonction du temps ne peut être valable que pour le secteur des soins et non pas pour la définition des soins aigus en milieu hospitalier. En conséquence, la notion de soins aigus pose problème, voire prête à confusion. Aussi prenons-nous dorénavant comme référence des malades qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés pour des raisons médicales. C'est la raison pour laquelle l'on établit une distinction

⁴³ Voir, pour les définitions ci-dessous, Financement des soins, Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne et Zurich, 2004

entre malades aigus ou de courte durée et malades de longue durée et l'on pourrait fixer la limite à 90 jours, limite qui pourrait cependant être prolongée dans certaines circonstances (demande au médecin-conseil). Des interruptions éventuelles de la phase de soins de longue durée par de nouvelles phases de soins aigus devraient également être soumises à l'examen du médecin-conseil.

Tableau 9: Aperçu des effets du modèle B sur les prestations

		Prestations pour les soins de base		Prestations pour les soins de traitement	
		Aigus	Longue durée	Aigus	Longue durée
A domicile/ En institution	AOS	Oui (+/-)	Oui (-)	Oui (+/-)	Oui (-)
	API AVS	Oui (+/-)			
	PC	Oui (+)			

Légende du tableau 9:

AOS Assurance obligatoire des soins

API AVS Allocation pour impotent de l'AVS

PC Prestations complémentaires (pour les propositions matérielles, cf. ch. 3.3)

(-) Diminution des prestations par rapport au régime actuel (dans l'AMal sans tenir compte des tarifs-cadres en vigueur)

(+) Augmentation des prestations par rapport au régime actuel (dans l'AMal sans tenir compte des tarifs-cadres en vigueur)

(+/-) Pas de changement par rapport au régime actuel

3.3

Mesure accessoire relevant de la politique sociale: modification des prestations complémentaires

Etant donné que le nouveau régime des prestations de l'assurance-maladie a tendance à alourdir la charge des ménages, tant dans le modèle A que dans le modèle B, il semble indiqué, du point de vue de la politique sociale, de corriger cette tendance par le biais de prestations liées au besoin, comme il en va des prestations complémentaires. La présente révision de la loi prévoit la suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home, car cette mesure est également proposée dans le projet de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), ce qui garantit la compatibilité des deux projets. Le montant maximal des prestations complémentaires ne devrait donc plus être limité, en partant de l'idée que les cantons prévoient un plafond pour les taxes de home prises en compte⁴⁴. Dans les homes dont les frais de soins sont inférieurs au plafond établi, ces frais pourraient être entièrement pris en charge par les PC, ce qui exclurait pratiquement le risque d'avoir recours à l'aide sociale.

⁴⁴ Actuellement, seuls trois cantons n'ont pas encore adopté de plafonds pour les frais des maisons de retraite, institutions pour invalides et établissements médico-sociaux: Neuchâtel, Saint-Gall et Bâle-Campagne.

3.4

Mesure accessoire de maîtrise des coûts: renforcement de la prévention

Si l'on peut estimer que la LAMal a atteint deux des trois objectifs principaux que le législateur s'était fixés – le renforcement de la solidarité entre les assurés et la garantie des prestations médicales pour tous – il n'en va pas de même pour le troisième objectif visé au moment de l'approbation de la loi: la maîtrise des coûts. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, tant les dépenses générales de l'assurance-maladie que les coûts de celle-ci en matière de soins ont progressé à des rythmes annuels bien supérieurs à l'évolution moyenne des salaires et des prix. Si l'on décompose l'évolution des coûts en ses composantes (coûts = volume x prix), l'on constate que la composante «prix» ne joue en général qu'un rôle secondaire et même aucun rôle dans le domaine des soins en raison des tarifs-cadres en vigueur, de sorte que l'augmentation des coûts est due pour l'essentiel à l'accroissement du volume. Toutefois, il convient de différencier les motifs de cet accroissement: si les experts en économie de la santé estiment qu'il y a un potentiel de rationalisation considérable dans le système général de l'assurance-maladie – selon des études internationales, jusqu'à 30 % des prestations fournies n'ont pas d'utilité médicale – car des motifs non médicaux (utilisation des capacités existantes, optimisation du revenu des prestataires, exigence des patients ou traitements multiples en raison de l'absence de coordination de la chaîne des soins) influencent la fourniture de prestations, il y a toutefois lieu de relativiser considérablement, dans le domaine des soins, l'influence de ces motifs et, partant, le potentiel de rationalisation. Les personnes fortement dépendantes n'ont en effet guère le choix ou la liberté de formuler une préférence pour une prestation ou une autre, les soins sont dispensés sur ordonnance médicale principalement par des prestataires non médicaux après une évaluation des besoins et les établissements médico-sociaux n'ont pour ainsi dire pas de surcapacités. Ces différents motifs qui expliquent la hausse des coûts ne dispensent pas les pouvoirs publics de mettre au point des mesures de maîtrise des coûts dans le domaine des soins aussi. Toutefois, ces mesures doivent être d'une nature différente et accorder la priorité à la promotion de la prévention plutôt qu'à la suppression des prestations diagnostiques ou thérapeutiques sans indication médicale ou presque.

3.4.1

Importance de la prévention chez les personnes âgées

Une vaste étude conduite dans le cadre du Programme national de recherche «Vieillesse» (PNR 32)⁴⁵ a conclu que les visites préventives à domicile peuvent être une prévention efficace des infirmités de vieillesse. Les visites gériatriques réalisées à trois mois d'intervalle chez des personnes n'ayant pas d'infirmité ou seulement une infirmité très légère se sont révélées particulièrement efficaces: pour cette catégorie de personnes, le risque d'être placé en institution était quatre fois plus bas que pour le groupe de contrôle qui, pour les besoins de l'étude, n'avaient pas eu recours aux prestations préventives. En revanche, les personnes âgées présentant déjà une ou plusieurs infirmités ne peuvent pas tirer parti d'un programme de visites gériatriques à domicile car, pour cette catégorie de personnes, ce sont la thérapie et la réhabilitation qui priment et non la prévention.

⁴⁵ Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (éd.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Série d'études de la SSPS, N° 62, Muri 2000

Toutefois, la prévention gériatrique est, du moins pour les personnes sans invalidité, non seulement efficace sur le plan médical mais aussi sur celui des coûts, à moyen terme en tout cas: la réalisation du programme d'intervention sur lequel a porté l'étude occasionne des frais d'environ 700 francs par personne et par an. La comparaison de ces frais annuels avec les économies attendues du recul du nombre des placements en home montre que l'on peut s'attendre à une économie nette de près de 2000 francs par personne et par an dès la troisième année.

3.4.2 Propositions de mise en œuvre

L'étude du PNR a montré que la qualité des connaissances interdisciplinaires nécessaires pour réaliser les visites à domicile est un facteur décisif de la réussite du programme. Pour cette raison, leur mise en œuvre à grande échelle requiert des mesures aux différents échelons de la formation ainsi que du contrôle des prestations et de la qualité. En Suisse, il n'existe pas suffisamment de programmes de formation, ni dans le domaine paramédical, ni dans le domaine médical. La formation actuelle des infirmières de santé publique ne tient pas suffisamment compte du profil d'exigences. Dans le domaine médical également, la réalisation d'un tel programme suppose un relèvement des exigences: pour améliorer les compétences des généralistes et des spécialistes en matière de gériatrie, il faudrait créer des programmes spéciaux de formation continue et de perfectionnement. Enfin, il conviendrait d'envisager aussi des modules de formation communs (p. ex. aux futurs médecins et aux futurs soignants). En dépit de ces carences – ou précisément à cause d'elles – il semble indiqué de promouvoir la prévention gériatrique à plusieurs égards:

- *Prévention générale:* parmi les mesures générales, on pourrait contraindre par voie légale la fondation déjà existante «Promotion santé suisse» – chargée en vertu de l'art. 19 LAMal de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies – à définir comme priorité la prévention chez les personnes âgées. Les campagnes de prévention devraient sensibiliser tant les personnes âgées que le corps médical, et en particulier les médecins de famille, aux aspects particuliers de la prévention chez les personnes âgées (prévention des chutes, p. ex.).
- *Prévention individuelle:* il existe déjà une base légale pour les mesures de prévention individuelles objet de l'étude du PNR: en vertu de l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend notamment en charge les coûts «des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés», ces mesures de prévention devant être exécutées ou ordonnées par un médecin. Avant de prévoir au plan de l'ordonnance l'obligation de prise en charge par les assureurs maladie, il faudrait au préalable que les commissions de la Confédération spécialisées dans ce domaine examinent en détail les conditions-cadres (catalogue des prestations, formation des prestataires médicaux et non médicaux, tarification, intégration dans des modèles de managed care, etc.).

3.5

Résumé: aperçu des conséquences financières des modèles proposés

3.5.1

Remarques générales sur les conséquences financières

La dynamique générale de l'évolution des coûts ou des dépenses dans le domaine des soins est déterminée principalement par des variables exogènes. Ce domaine sera influencé surtout par deux variables qui interagissent, l'évolution démographique et les progrès de la médecine. L'évolution des coûts est difficile à quantifier⁴⁶, mais à long terme il est très vraisemblable que les facteurs exogènes provoqueront dans l'ensemble du domaine des soins une hausse qui se répercutera sur tous les agents financeurs et représentera donc aussi une charge accrue pour les pouvoirs publics.

A propos des conséquences financières des modèles, on retiendra qu'aujourd'hui déjà, les coûts des soins non pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts par d'autres sources de financement, à commencer par les ménages, ainsi que les cantons et les communes par le biais des prestations complémentaires et de l'aide sociale. Il s'ensuit que les deux modèles ne produisent en général pas de surcoûts à proprement parler, mais des modifications du côté du financement. Considérés statiquement, ils ne produisent qu'un effet de transfert entre les sources de financement, et ce principalement entre les ménages et les pouvoirs publics, la part de financement de l'assurance-maladie devant, selon les estimations, rester à peu près ce qu'elle est aujourd'hui. Si l'on considère la modification des PC, celle-ci devrait d'un côté avoir pour effet de charger davantage les cantons (et la Confédération), mais de l'autre le montant plus élevé des PC devrait permettre de décharger notablement l'aide sociale et de diminuer le besoin de subventionnement des EMS publics et des services publics de soins à domicile. Au bout du compte cependant, l'extension des PC devrait peser davantage dans la balance, si bien qu'avec les deux modèles, les pouvoirs publics auraient à faire face à de véritables surcoûts.

3.5.2

Conséquences financières du modèle A

Le modèle A se fonde sur le principe que l'assurance-maladie ne prend en charge les soins de base que dans des situations complexes. En conséquence, il en résulte pour elle une diminution des coûts dans les soins de base simples tandis que ses frais augmenteront sans doute considérablement pour les soins complexes en raison du caractère lacunaire de la prise en charge des frais qui caractérise la situation actuelle. L'un dans l'autre, il en résulte pour l'assurance-maladie une légère diminution des coûts (estimée à 60 millions de francs) car le modèle prévoit en fin de compte qu'elle fournira moins de prestations. Puisque nous ne disposons pas de chiffres exacts relatifs à la répartition des frais de soins, cette quantification n'est pas dénuée d'incertitudes, de sorte qu'il n'est pas possible d'estimer les effets des incitations.

En matière d'allocation pour impotent de l'AVS, nous sommes aussi en présence de deux effets opposés. D'un côté, l'introduction d'une allocation pour impotence légère (surcoûts de 20 millions de francs) et la réduction du délai de carence de 12 à 9 mois (surcoûts de 12 millions de francs) occasionnent des charges supplémentaires

⁴⁶ Voir à ce sujet le ch. 2.2, avec d'autres renvois.

estimées à 32 millions de francs en tout; de l'autre, la suppression de l'allocation pour impotent pour les pensionnaires des EMS entraîne une réduction sensible des coûts de 190 millions de francs, de sorte que les économies l'emportent ici nettement sur les frais supplémentaires.

Dans les deux modèles, les modifications des prestations complémentaires sont identiques: l'administration fédérale estime que la réforme décrite (suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home) se traduirait par un surcoût de 230 millions de francs⁴⁷.

Puisqu'il concerne tant l'assurance-maladie que l'AVS (allocation pour impotent) et les PC, le modèle A a des conséquences financières plus vastes que le modèle B. Si l'on suppose que la réforme des PC sera appliquée, il en résulte néanmoins encore une diminution de la charge financière des ménages.

Tableau 10: Augmentation/Diminution des dépenses du modèle de financement A par rapport à la situation actuelle (en millions de francs)⁴⁸

	Prestations pour soins de base		Prestations pour soins de traitement	Total
	Situations de soins simples	Situations de soins complexes		
AOS	- 424	+ 361	0	- 63
API AVS	+ 20 (API p. impotence faible) + 12 (réduction délai de carence)	- 190	0	- 158
PC	+ 236 (suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home)			+ 236
Total				+ 15

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins
API AVS Allocation pour impotent de l'AVS
PC Prestations complémentaires

⁴⁷ Calculs fondés sur les données de la Statistique des PC 2003. Pour cette statistique, tous les cas de PC sont relevés chaque année au mois de décembre. Les coûts supplémentaires résultent du calcul individuel du nouveau montant des PC avec la suppression du plafond actuellement en vigueur. La taxe de home prise en compte est la taxe effectivement déterminante pour le calcul des PC; elle est plafonnée dans la plupart des cantons.

⁴⁸ Sans tenir compte de la RPT

Tableau 11: Conséquences financières du modèle A pour la Confédération et les cantons (en millions de francs)

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS	- 26	- 6
PC	+ 53	+ 183
Total	+ 27	+ 177

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins
 API AVS Allocation pour impotent de l'AVS
 PC Prestations complémentaires

3.5.3 Conséquences financières du modèle B

Pour l'assurance-maladie, le modèle B propose une séparation stricte entre soins aigus et soins de longue durée. Les soins aigus seraient intégralement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins tandis que les soins de longue durée seraient financés tant par l'assurance-maladie et les pouvoirs publics (par le biais des prestations complémentaires) que par les personnes nécessitant des soins. Pour calculer les conséquences financières du modèle, nous avons mis l'accent sur les soins de longue durée et exclu ses conséquences sur le domaine des soins aigus de l'assurance-maladie, où le modèle a néanmoins tendance à entraîner un surcroît de charges, quoique faible. Pour les soins de longue durée, le modèle suppose que la part du financement attribué à l'assurance-maladie ne progressera pas en raison de la solution choisie (participation aux frais), de sorte qu'il n'en résultera aucune conséquence financière.

S'agissant de l'allocation pour impotent de l'AVS, le modèle part du principe que celle-ci sera conservée dans sa portée actuelle, de sorte que l'on ne s'attend à aucune conséquence financière induite par le modèle. Le modèle met clairement l'accent sur le domaine des PC en reprenant la réforme proposée par le modèle A. Les effets dans le domaine des PC sont égaux aux effets globaux du modèle (du point de vue des assurances sociales).

De la sorte, les conséquences du modèle B concernent pour l'essentiel les PC, dont les charges financières augmenteraient. En contrepartie, la charge financière des ménages devrait diminuer.

Tableau 12: Augmentation/Diminution des dépenses du modèle de financement B par rapport à la situation actuelle (en millions de francs)⁴⁹

	Prestations pour soins de base		Prestations pour soins de traitement		Total
	Aigus	Longue durée	Aigus	Longue durée	
AOS	0 ⁵⁰				0
API AVS	0				0
PC	+ 236 (suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home)				+ 236
Total					+ 236

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins

API AVS Allocation pour impotent de l'AVS

PC Prestations complémentaires

Tableau 13: Conséquences financières du modèle B pour la Confédération et les cantons (en millions de francs)

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS	0	0
PC	+ 53	+ 183
Total	+ 53	+ 183

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins

API AVS Allocation pour impotent de l'AVS

PC Prestations complémentaires

3.5.4 Rapport avec la réforme de la péréquation financière (RPT)

La réforme prévue de la péréquation financière (RPT) dispose que la Confédération assumera, dans le régime des prestations complémentaires, la plus grande partie des frais liés à la couverture des besoins vitaux (5/8 des frais) tandis que les cantons, outre une participation à cette couverture (3/8 des frais), assumeront intégralement les prestations complémentaires liées aux frais de maladie et d'invalidité. Les cantons doivent ainsi assumer le montant des taxes de home qui dépasse le minimum vital. Ils peuvent limiter la taxe journalière pour un séjour dans un home ou un hôpital, et influencer ainsi sur le montant des PC qu'ils doivent financer eux-mêmes. Dans ce système, la fixation d'un plafond annuel pour les PC versées aux pensionnaires de

⁴⁹ Sans tenir compte de la RPT

⁵⁰ L'on suppose que la participation aux frais des soins de longue durée sera fixée de sorte que les charges actuelles de l'assurance-maladie (selon les tarifs-cadres) restent inchangées. Par rapport à la prise en charge intégrale du droit en vigueur, il s'agit toutefois d'une diminution des prestations.

home n'a pas de sens, et il faudrait donc l'abolir. En outre, les cantons continueront à avoir, avec la RPT, la possibilité de tenir plus ou moins compte de la fortune des pensionnaires.

La RPT transfère pour l'essentiel aux cantons la responsabilité du financement des taxes de home, également dans le domaine des PC. De la sorte, les charges dues aux prestations complémentaires mentionnées dans les tableaux 11 et 13 sont entièrement supportées par les cantons. Par ailleurs, l'allègement prévu par le modèle A dans le domaine des allocations pour impotent bénéficie entièrement à la Confédération. Mais l'ensemble des nouvelles charges et des allègements financiers se compensent dans le bilan global de la RPT, si bien la réorganisation des tâches est neutre en termes budgétaires pour la Confédération et les cantons.

Tableau 14: Conséquences financières du modèle A pour la Confédération et les cantons en tenant compte de la RPT (en millions de francs)⁵¹

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS	- 32	0
PC	0	+ 236
Total	- 32	+ 236

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins
API AVS Allocation pour impotent de l'AVS
PC Prestations complémentaires

Tableau 15: Conséquences financières du modèle B pour la Confédération et les cantons en tenant compte de la RPT (en millions de francs)⁵²

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS	0	0
PC	0	+ 236
Total	0	+ 236

Légende:

AOS Assurance obligatoire des soins
API AVS Allocation pour impotent de l'AVS
PC Prestations complémentaires

⁵¹ Les charges supplémentaires et les allègements résultant du modèle se compensent dans le bilan global de la RPT.

⁵² Les charges supplémentaires et les allègements résultant du modèle se compensent dans le bilan global de la RPT.

3.6 Autres solutions

Les modèles suivants de financement des soins sont abandonnés dans le cadre du présent projet de consultation:

3.6.1 Création d'une assurance de soins

L'on peut créer une assurance sociale distincte qui prendrait en charge les conséquences économiques de la nécessité de recevoir des soins, différentes modalités pouvant être envisagées tant pour la définition des prestations que pour le caractère obligatoire de l'assurance et le financement. Ces modalités peuvent être combinées entre elles:

- *Définition des prestations:* Comme il en va en Allemagne, le risque de soins peut être couvert par une branche de la sécurité sociale, obligatoire pour l'ensemble de la population, qui prend en charge non seulement les soins médicalement nécessaires mais aussi les autres soins, quelle qu'en soit la cause. Toutefois, l'on envisage aussi des modèles qui ne prendraient en charge que les indications médicales au sens de la LAMal.
- *Caractère obligatoire:* L'assurance peut être obligatoire pour l'ensemble de la population ou seulement pour certaines catégories, en particulier certaines tranches d'âge (personnes âgées de plus de 50, 60 ou 70 ans, p.ex.).
- *Financement:* Sur le plan du financement, l'on peut envisager, outre les déductions salariales et les recettes fiscales générales habituelles dans les systèmes de sécurité sociale, les primes par tête, qui peuvent être soit uniques (solidarité entre les générations) soit différenciées en fonction du risque (solidarité au sein des générations).

En Suisse, l'introduction d'une assurance de soins a souvent été débattue et rejetée. Ainsi, l'initiative parlementaire Tschopp du 30 novembre 1992, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur de la LAMal, proposait une assurance fédérale indépendante de l'assurance-maladie obligatoire qui prendrait en charge les frais sanitaires et d'encadrement social des personnes âgées de plus de 75 ans («AVS plus»).

Dans son rapport du 13 janvier 1999 présenté en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats sur la prise en charge des prestations de soins et d'encadrement social en cas de besoins en soins, le Conseil fédéral estimait qu'en matière de soins médicaux, la solidarité entre générations institutionnalisée par la LAMal devait être maintenue, qu'il n'était pas souhaitable, du point de vue social, de traiter séparément le 4^e âge et qu'il était préférable de traiter sur le même pied toutes les personnes dépendantes, quel que soit leur âge. L'allègement de la charge, pour les familles et les personnes de condition modeste, devait trouver une solution à travers les mécanismes de contrôle des coûts et de réduction individuelle des primes. Pour ce qui est de la couverture des frais liés à la nécessité de recevoir des soins (soins, hébergement, encadrement social, assistance), le Conseil fédéral était d'avis qu'il faudrait coordonner les prestations complémentaires avec l'assurance-maladie, l'allocation pour impotent et l'indemnité d'assistance que prévoyait alors la 4^e révision de l'AI.

3.6.2

Impôt fédéral sur les successions, source complémentaire de financement

Ces dernières années, l'on a proposé à plusieurs reprises de financer les assurances sociales – et notamment l'AVS – en prélevant un *impôt fédéral sur les successions*. Le Conseil fédéral a rejeté ces propositions au motif que la perception d'un impôt fédéral sur les successions pour financer les œuvres sociales affaiblirait les recettes des cantons et irait à l'encontre de la réforme de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons (voir la motion 96.3213 Hafner Contribution au financement de l'AVS, impôt fédéral sur les successions et les donations). Toutefois, personne ne conteste que les éventuelles améliorations des PC constituent une forme de protection de la succession puisque le solde de la fortune ne doit pas être affecté au règlement des prestations de soins mais peut être transmis aux héritiers.

4 Considérations relatives à la mise en œuvre juridique

4.1 Modifications entraînées par la mise en œuvre du modèle A

4.1.1 Modifications de l'assurance-maladie

La mise en œuvre du modèle A, en ce qui concerne les prestations, ne requiert aucune modification au niveau de la loi mais uniquement à celui de l'ordonnance: en effet, la loi ne décrit que le principe des prestations non médicales (art. 25, al. 2, let. a, LAMal pour les soins), tandis que les différentes prestations prises en charge par les caisses-maladie sont définies dans les listes positives de l'ordonnance. Dans la perspective de la mise en œuvre du modèle A, ce principe de la définition des prestations dans le droit de l'assurance-maladie signifie que, s'il n'est pas nécessaire de modifier la loi, il y a en revanche lieu de redéfinir les prestations dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Afin d'adapter l'OPAS au modèle A, il convient donc de revoir pour l'essentiel les aspects suivants:

- *Nouvelle définition des soins de traitement (art. 7 OPAS)*: l'auteur de l'ordonnance devra vérifier la définition des soins de traitement et l'harmoniser avec le nouveau modèle. Il faut en premier lieu définir les prestations de sorte à empêcher toute tentative de contourner la loi (prescrire, pour des motifs sociaux, des soins de traitement inutiles du point de vue médical dans le but exclusif de faire supporter à l'assurance-maladie les soins de base requis dans le cas précis).
- *Nouvelle définition des soins de base (art. 7 OPAS)*: il y a lieu d'un côté d'adapter les soins de base définis dans le catalogue des prestations à la définition internationalement reconnue des activités de la vie quotidienne (AVQ) et, de l'autre, de limiter ces soins à une prestation accessoire pour les personnes âgées: les soins de base sont dispensés exclusivement aux personnes ayant l'âge légal de la retraite qui reçoivent des soins de traitement.
- *Révision des procédures d'évaluation des soins requis et de contrôle (art. 8 et 8a OPAS)*: pour contrôler l'évolution du volume des prestations en matière de soins, il sera indispensable de revoir les mécanismes actuels d'évaluation des soins requis et de contrôle (et en particulier la durée limitée de la prescription et la possibilité de la renouveler) et, si nécessaire, de les compléter notamment par le recours aux médecins-conseil.

4.1.2 Modifications de l'AVS

Art. 43bis

Les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui présentent une impotence faible ont désormais droit à une allocation pour impotent pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (soins de base), qui permet de couvrir dans une mesure limitée les prestations des soins à domicile.

Toutefois, l'allocation en cas d'impotence faible ne sera servie qu'aux personnes ayant l'âge de la retraite AVS qui habitent chez elles (et non à celles qui vivent dans un home). De même, les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui habitent dans un EMS et qui présentent une impotence moyenne ou grave ne recevront plus d'allocation pour impotent dans la mesure où l'assurance-maladie prend en charge les frais des soins de traitement et des soins de base.

Le droit à l'allocation pour impotent naît lorsque l'impotence a duré au moins neuf mois (cf. ch. 3.1.3.1).

Garantie des droits acquis: Le modèle de financement décrit s'applique avant tout aux personnes qui deviennent dépendantes après 65 ans (hommes) ou 64 ans (femmes). Celles qui nécessitaient déjà des soins avant l'âge de la retraite et qui recevaient une allocation pour impotent de l'AI en recevront une de l'AVS, du même montant que précédemment, pour autant que l'assurance-maladie ne prenne pas en charge les prestations de soins. L'on pense ici avant tout aux personnes handicapées qui, pendant la vie active, ont été admises dans une institution pour handicapés et auxquelles l'assurance maladie ne verse pas de prestations de soins.

4.2 Modifications entraînées par la mise en œuvre du modèle B

Contrairement au modèle A, la mise en œuvre en ce qui concerne les prestations du modèle B entraîne une modifications du droit de l'assurance-maladie au niveau de la loi:

Art. 25, al. 2 let. a^{bis}

Au niveau de la loi, il faut inscrire à l'art. 25 LAMal (définition des prestations générales) le principe selon lequel l'assurance ne verse qu'une participation aux frais des soins de longue durée. L'on y définit ces soins comme une période commençant après un intervalle de 90 jours pendant lequel sont prodiguées des mesures de soins (aigus) en dehors d'un traitement hospitalier nécessaire pour des raisons médicales.

En vertu de l'organisation du droit de l'assurance-maladie, toutes les autres modifications doivent être effectuées au plan de l'ordonnance: à l'art. 33 LAMal, le législateur donne notamment au Conseil fédéral la compétence de préciser les prestations décrites à l'art. 25, al. 2, LAMal ou d'en confier le soin au département ou à l'office fédéral. Comme il en va des prestations existantes pour lesquelles seule une participation aux frais est versée (cures balnéaires, frais de transport et de sauvetage), nous supposons que le Conseil fédéral déléguera sa compétence législative, de sorte que tant la définition des soins de longue durée que la participation aux frais de ces soins figureront dans l'OPAS.

Tableau 16: Délimitation des soins de longue durée dans le modèle B

	Traitement hospitalier	Traitement de longue durée	
		«Soins aigus»	«Soins de longue durée»
Définition	Le traitement en milieu hospitalier est impératif pour des raisons médicales; il peut s'agir d'un traitement aigu ou de mesures de réhabilitation médicale	Mesures de soins qui ne doivent pas ou plus être dispensées en milieu hospitalier et qui se caractérisent par leur caractère provisoire	«Véritables» soins de longue durée pour maladies chroniques qui ont besoin de soins permanents (hors hôpital)
Durée en jours	1 à ∞	1 à 90	91 à ∞
Financement	AMal et pouvoirs publics	AMal	Participation aux frais AMal

4.3 Modifications qui ne sont liées à aucun modèle

4.3.1 Modification en matière d'assurance-maladie

Art. 19, al. 2

La deuxième phrase ajoutée à l'alinéa définit la prévention chez les personnes âgées comme une priorité de l'institution. C'est au département de fixer le financement: en vertu de l'art. 20, al. 2, LAMal, il fixe d'ores et déjà la contribution annuelle prélevée auprès de chaque assuré (actuellement 2 fr. 40). En vertu de cette compétence, le département est libre d'augmenter la contribution et d'affecter la différence à la prévention chez les personnes âgées ou de réserver une partie (fixe ou proportionnelle) de la contribution actuelle à ce type de prévention.

Art. 104a

Comme, lors de la phase d'introduction de la LAMal, l'on a constaté un manque de transparence en matière de coûts dans les domaines des soins à domicile et des établissements médico-sociaux, une délégation de compétence a été ajoutée à l'OAMal en automne 1997 (art. 59a): cette délégation repose sur l'art. 43, al. 7, LAMal, selon lequel «le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation» et peut, si la transparence des coûts des organisations de soins et d'aide à domicile et des établissements médico-sociaux est insuffisante, habiliter le département à édicter des tarifs-cadres à ne pas dépasser. Conscient de cette difficulté de mise en œuvre, le législateur a adopté en 2000 l'art. 104a LAMal. Cette disposition transitoire constitue une base légale formelle qui octroie expressément à la Confédération la compétence d'édicter des normes. L'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins ôte toute justification à cette norme autorisant l'adoption de tarifs-cadres, qui doit donc être abrogée.

4.3.2 Modifications en matière de prestations complémentaires

Les corrections relevant de la politique sociale qui sont proposées pour les deux modèles portent sur une réglementation plus généreuse de la consommation de la fortune et de la franchise sur la fortune, ainsi que sur la suppression du plafond des prestations complémentaires pour les personnes séjournant dans un EMS ou un hôpital:

Art. 3a, al. 3

Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut actuellement dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art 3b, al. 1, let. a, LPC, soit actuellement 30 275 francs par an ou 2525 francs par mois. Le nouveau régime supprime cette limite, en présumant que les cantons prévoient généralement un plafond pour les taxes journalières réputées dépenses reconnues. Actuellement, 23 cantons sur 26 ont déjà fait usage de la possibilité de plafonner les taxes de home prises en compte.

Annexe 1: Comparaison synoptique

Le tableau ci-dessous⁵³ présente trois modèles différents de financement des soins. Les États choisis ont, pour l'assurance de base, un système d'assurance sociale financée par des cotisations semblable au système suisse d'assurance maladie et ont un régime distinct pour les soins.

	Allemagne	Autriche	Luxembourg
Bases légales	Assurance dépendance sociale pour les personnes affiliées à l'assurance maladie obligatoire et assurance dépendance privée pour les personnes affiliées à l'assurance maladie privée, Code social, Partie 11	Loi fédérale sur l'allocation de dépendance (BPGG) Lois sur l'allocation de dépendance promulguées par les Länder	Loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance
Principe de base	Assurance dépendance obligatoire	Système d'allocation de dépendance du Bund et des Länder financé par l'impôt	Assurance sociale dépendance
Personnes assurées	Selon le régime obligatoire de l'assurance maladie (salariés, retraités, chômeurs, etc.)	Tous les résidents	Toutes les personnes soumises à l'assurance maladie (personnes exerçant une activité lucrative, retraités et bénéficiaires d'une prestation de la sécurité sociale)
Financement a) Impôts b) Cotisations	a) pas d'impôts b) 100%	a) 100% b) pas de cotisation	a) 45 % des dépenses totales de l'assurance dépendance b) solde
Personnes astreintes aux cotisations et taux a) Salariés b) Employeurs c) Indépendants d) Retraités	a) et b) 1,7 % (à raison de moitié chacun) du revenu de l'activité lucrative jusqu'à un plafond de € 41 850 (1.1.2004) d) 1,7 % de la rente jusqu'au plafond Chômeurs: l'Institut fédéral du travail verse les cotisations		a), c) et d) et autres bénéficiaires d'une prestation de la sécurité sociale: cotisation spéciale de 1 % du revenu (revenu de l'activité lucrative, revenu de remplacement et revenu de la fortune)
Participation du bénéficiaire	Aucune	Participation aux frais des prestations en nature	Aucune

⁵³ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term care, Annex: tables and figures, décembre 2003 (publication prévue pour mi 2004); MISSOC, système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres de l'UE et de l'EEE (situation au 1^{er} janvier 2003 et évolution).

Annexe 2: Bases numériques des modélisations

1. Estimation du volume actuel du financement des prestations de soins

	Financement estimé actuellement (2001) en millions de francs		
	AMal	API AVS	Total
Soins de base <i>simples</i>	423,9 ³⁾	117,6 ⁶⁾	541,5
Soins de base <i>complexes</i>	722,1 ³⁾	268,5 ⁵⁾	990,6
Total soins de base	1146,0 ²⁾	386,1 ⁴⁾	1532,1
Soins de traitement	382,0 ²⁾	0	382,0
Total	1528,0 ¹⁾	386,1 ⁴⁾	1914,1

- 1) Frais totaux de l'assurance-maladie pour les homes et les soins à domicile en 2001, y compris participation aux coûts
- 2) Rapport soins de base / soins de traitement estimé à 75:25
- 3) Rapport estimé entre soins de base simples et soins de base complexes selon le niveau des soins nécessités (rapport 37:63)
- 4) Total des allocations pour impotent de l'AVS servies en 2001
- 5) Proportion estimée des soins de base complexes selon part API pour impotence grave
- 6) Proportion estimée des soins de base simples selon part API pour impotence faible ou moyenne

2. Estimation des conséquences financières

Hypothèses pour le financement à l'avenir (selon modèle A):

- L'AMal ne prend plus en charge les soins de base simples; ceux-ci sont financés via l'API, les PC et les ménages
- L'API n'est versée qu'aux personnes dépendantes vivant à domicile (proportion domicile/home: 50 %/50 %)
- Une API pour impotence faible est introduite
- Les dépenses globales pour les soins de base simples resp. pour les soins de base complexes sont présumées constantes par rapport à la situation actuelle.

	Financement estimé selon le modèle (en millions de francs)			
	AMal	API AVS	Surcoûts pour les PC ⁵⁾	Surcoûts/ Allègement pour les ménages ⁶⁾
Soins de base <i>simples</i>	0,0 ¹⁾	90,8 ⁴⁾	177,0	273,7
Soins de base <i>complexes</i>	1083,1 ²⁾	134,3	59,0	-285,8
Total soins de base	1083,1	225,1	236,0	-12,1
Soins de traitement	382,0 ³⁾	0,0	0,0	0,0
Total	1465,1	225,1	236,0	-12,1

- 1) Les soins de base simples ne font plus partie des prestations AMal, d'où suppression des contributions de l'AMal
- 2) Soins de base complexes considérés comme prestations AMal; en général, la prestation n'est financée que par l'AMal, d'où la forte augmentation des ressources financières requises (hypothèse + 50 %)
- 3) En supposant que les soins de traitement remboursés par l'AMal ne varient pas par rapport à aujourd'hui
- 4) Une API pour impotence faible est introduite (env. 20 millions de francs) et l'API pour impotence moyenne est maintenue, mais seulement pour les personnes dépendantes vivant chez elles ; + 12 millions de francs pour la réduction du délai d'attente
- 5) Conséquences financières estimées de la réforme des PC (suppression du plafond): 236 millions de francs; hypothèse: 3/4 pour les soins de base simples
- 6) Conséquences financières estimées pour les ménages (surcoût = + / allègement = -)

	Conséquences pour l'AMal et pour l'AVS		
	AMal	API AVS	Total
Soins de base <i>simples</i>	-423,9	-26,8	-450,7
Soins de base <i>complexes</i>	361,0	-134,3	226,8
Total soins de base	-62,9	-161,1	-223,9
Soins de traitement	0,0	0,0	0,0
Total	-62,9	-161,1	-223,9

Abréviations:

AMal = assurance-maladie

API AVS = allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants

PC = prestations complémentaires

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (modèle A)

du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du ...¹,

arrête:

I

Les actes législatifs mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

1. Loi fédérale du 20 décembre 1946² sur l'assurance-vieillesse et survivants:

Art. 43bis, al. 1, 1^{re} phrase, 1^{bis} (nouveau), 2, 1^{re} phrase, 3 et 4

¹ Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible.

^{1bis} Le droit s'éteint lorsque le bénéficiaire séjourne dans un home, pour autant que l'assurance-maladie prenne en charge les coûts des soins.

² Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence sans interruption durant neuf mois au moins.

³ L'allocation pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5.

⁴ La personne qui était au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à la fin du mois au cours duquel elle a atteint l'âge de la retraite touchera une allocation de l'assurance-vieillesse au moins égale. L'alinéa 1^{bis} reste réservé.

¹ FF (...)

² RS 831.10

2. Loi fédérale du 19 mars 1965³ sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité:

Art. 3a, al. 3

Abrogé

3. Loi fédérale du 18 mars 1994⁴ sur l'assurance-maladie:

Art. 19, al. 2

Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer les mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Cette institution accorde une importance particulière à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chez les personnes âgées. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

Art. 104a

Abrogé

II

¹ La présente loi est soumise au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

³ RS 831.30

⁴ RS 832.10

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (modèle B)

du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du ...¹,

arrête:

I

Les actes législatifs mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

- 1. Loi fédérale du 19 mars 1965³ sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité:**

Art. 3a, al. 3

Abrogé

- 2. Loi fédérale du 18 mars 1994⁴ sur l'assurance-maladie:**

Art. 19, al. 2

Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer les mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Cette institution accorde une importance particulière à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chez les personnes âgées. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

¹ FF (...)

³ RS 831.30

⁴ RS 832.10

Art. 25, al. 2, let. a^{bis} (nouveau)

² Ces prestations comprennent :

a^{bis} en dérogation à la lettre a, une contribution aux frais des soins de longue durée dispensés dans un établissement médico-social, sous forme ambulatoire ou au domicile du patient;

Art. 104a

Abrogé

II

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Sommaire

1 Situation générale: état actuel des soins en Suisse	2
1.1 Vieillesse et soins dans le contexte socio-politique	2
1.2 Définition des soins et objet	3
1.3 La réglementation juridique des soins	4
1.3.1 Normes constitutionnelles relatives aux soins	4
1.3.2 Prestations primaires de soins des assurances sociales	4
1.3.2.1 Traitements médicaux	4
1.3.2.2 Moyens auxiliaires	7
1.3.2.3 Allocations pour impotent	9
1.3.3 Prestations subsidiaires de soins des autres systèmes de prestations sociales	11
1.3.3.1 Prestations complémentaires	11
1.3.3.2 Aide sociale	13
1.3.4 Les règles de coordination	14
1.4 Financement actuel des soins	15
1.4.1 Financement au niveau général	15
1.4.2 Financement au niveau individuel	16
1.5 Digression: couverture du risque des soins dans les systèmes sociaux étrangers	17
2 Problèmes et défis dans le secteur des soins	18
2.1 Problème de politique sociale: insuffisance du niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse	18
2.2 Evolution des coûts des soins	18
2.3 Forte charge financière de l'assurance-maladie	20
2.3.1 Charges de l'assurance obligatoire des soins	20
2.3.2 Déplacement des parts de financement	21
3 Solutions proposées	23
3.1 Modèle A	23
3.1.1 Idée maîtresse du modèle	23
3.1.2 Questions de définition	24
3.1.3 Questions de mise en œuvre: modification de l'allocation pour impotent de l'AVS	25
3.1.3.1 Modification de l'allocation pour impotent dans les situations de soins simples	25
3.1.3.2 Modification de l'allocation pour impotent dans les situations de soins complexes	25
3.2 Modèle B	26
3.2.1 Idée maîtresse du modèle	26
3.2.2 Questions de définition	27
3.3 Mesure accessoire relevant de la politique sociale: modification des prestations complémentaires	28
3.4 Mesure accessoire de maîtrise des coûts: renforcement de la prévention	29

3.4.1	Importance de la prévention chez les personnes âgées	29
3.4.2	Propositions de mise en œuvre	30
3.5	Résumé: aperçu des conséquences financières des modèles proposés	31
3.5.1	Remarques générales sur les conséquences financières	31
3.5.2	Conséquences financières du modèle A	31
3.5.3	Conséquences financières du modèle B	33
3.5.4	Rapport avec la réforme de la péréquation financière (RPT)	34
3.6	Autres solutions	36
3.6.1	Création d'une assurance de soins	36
3.6.2	Impôt fédéral sur les successions, source complémentaire de financement	37
4	Considérations relatives à la mise en œuvre juridique	38
4.1	Modifications entraînées par la mise en œuvre du modèle A	38
4.1.1	Modifications de l'assurance-maladie	38
4.1.2	Modifications de l'AVS	38
4.2	Modifications entraînées par la mise en œuvre du modèle B	39
4.3	Modifications qui ne sont liées à aucun modèle	40
4.3.1	Modification en matière d'assurance-maladie	40
4.3.2	Modifications en matière de prestations complémentaires	40

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

**Revisione parziale della legge federale del 20 dicembre 1946
sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti**

**Revisione parziale della legge federale del 19 marzo 1965
sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la
vecchiaia, i superstiti e l'invalidità**

***Nuovo ordinamento del finanziamento delle
cure***

Rapporto esplicativo

1.1 Vecchiaia e cure nel contesto sociale e sociopolitico

Mai come oggi, nella nostra società, le persone hanno raggiunto in media un'età così avanzata. Nel solo ventennio trascorso (dal 1982 al 2000), la speranza di vita degli uomini è aumentata da 72,6 a 76,9 anni e quelle delle donne da 79,3 a 82,6. I motivi di questo sviluppo risiedono nel progresso medico, economico e sociale: standard di vita più elevato, calo della mortalità dei neonati e dei bambini, miglioramento dell'igiene, progressi nella medicina preventiva e in quella curativa. Nel dibattito pubblico, l'accento è spesso posto sulle conseguenze negative di questo sviluppo. Con tono sprezzante si parla di „invecchiamento della società“ e della cosiddetta „trappola della vecchiaia“, l'aumento del numero delle persone anziane è recepito come minaccia per il finanziamento dello stato sociale. Gli anziani sono definiti stereotipatamente conservatori, disorientati, soli, bisognosi d'aiuto, depressi. Questa percezione corrisponde al tradizionale visione negativa della vecchiaia.

Vi è però anche un'ottica del tutto diversa: la società non invecchia, ma rimane più a lungo giovane. Le persone, infatti, non diventano solo più vecchie, ma conservano anche più a lungo la salute fisica e mentale. La situazione e la salute delle persone anziane sono continuamente migliorate nel corso degli ultimi decenni. La „vita da pensionato“ diventa sempre più una fase prolungata dell'esistenza, che può essere in larga misura modellata che offre nuove opportunità. La statistica conferma questa tendenza. Tra il 1981/82 e il 1997/99, nelle donne il numero degli anni vissuti senza infermità è aumentato di oltre cinque, mentre gli anni di vita con infermità sono diminuiti di due. Per quanto riguarda gli uomini, nello stesso periodo gli anni vissuti senza infermità sono aumentati di oltre quattro, mentre gli anni di vita con infermità sono diminuiti di sei mesi.¹ Questa constatazione è importante per lo sviluppo del fabbisogno di cure: se le persone anziane necessitano più tardi di aiuto e di cure, il fabbisogno di cure aumenta più lentamente di quanto ci si dovrebbe attendere tenuto conto dell'andamento demografico.

L'avvento di questa „società della longevità“ ha ripercussioni anche sul settore delle cure: la necessità di cure, intesa come perdita permanente e individuale di autonomia nel compiere gli atti ordinari della vita, ha costituito per molto tempo un rischio che doveva essere coperto mediante prestazioni d'aiuto fornite da reti informali (quali la famiglia, gli amici o i vicini). Sebbene l'importanza di questo aiuto informale continui ad essere grande, la necessità di cure è stata viepiù riconosciuta come problema strutturale e rischio indipendente dalla responsabilità personale che deve essere risolto per principio non a livello individuale, ma a livello finanziario mediante sistemi di garanzia collettivi della sicurezza sociale. Infatti, dalla nascita dei primi sistemi di sicurezza sociale, alla fine del secolo XIX, sono state introdotte gradualmente prestazioni delle assicurazioni sociali per situazioni di dipendenza da cure, spesso legate al concretizzarsi di rischi disciplinati dal diritto in materia di assicurazioni sociali, quali vecchiaia, malattia o infortunio.

Questo interagire di aiuto formale e aiuto informale è attualmente influenzato in maniera determinante da due sviluppi che vanno delineandosi già da parecchio

¹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003

tempo: in primo luogo, lo sviluppo demografico caratterizzato da una maggiore speranza di vita e da una minore natalità, che lascia supporre – per quanto sulla portata del problema non vi sia unanimità - che parallelamente al numero delle persone anziane aumenterà anche il numero delle persone bisognose di cure nella società; inoltre, il calo delle nascite implica una riduzione del numero delle persone potenzialmente disponibili per le cure a titolo informale. In secondo luogo, anche il mutamento delle strutture sociali esercita il suo influsso: aumenta il numero di economie domestiche costituite da persone sole o piccole famiglie, ma anche il numero delle donne che esercitano un'attività lucrativa. L'aiuto informale tende così a diminuire, mentre aumenta, di conseguenza, il fabbisogno di cure istituzionali. L'evoluzione delle strutture demografiche e sociali rende necessario sottoporre a un attento esame ed eventualmente reimpostare l'equilibrio tra aiuto formale e aiuto informale alla luce di questi due sviluppi.

Sullo sfondo di questi sviluppi sociali e sociopolitici, nel marzo 2004 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha avviato i lavori preliminari in vista di un progetto denominato „Invecchiamento e salute“. L'obiettivo è di svolgere un ruolo attivo nelle discussioni e nelle decisioni in relazione ai temi „Invecchiamento e salute“, „Invecchiamento e medicina“, „Invecchiamento e cure“ nonché „Invecchiamento e sicurezza sociale in caso di malattie e cure“. Con questo progetto, l'UFSP intende fra l'altro apportare le proprie competenze nel settore della promozione della salute e della prevenzione e quindi contribuire a frenare la crescita dei costi delle cure e ad assicurare a lungo termine il finanziamento delle cure. Grazie al trasferimento dell'assicurazione malattie e infortuni dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali all'Ufficio federale della sanità pubblica, sarà inoltre più facile affrontare gli argomenti di politica sanitaria nel loro complesso e secondo un'unica linea.

1.2 Definizione e oggetto delle cure

Quella delle cure è un'attività vasta, estremamente sfaccettata e pluridimensionale che praticamente si sottrae a qualsiasi definizione rigorosa. Partendo dallo scopo delle cure, nella bibliografia settoriale² si trovano comunque alcuni tentativi di definizione che descrivono le cure, in generale, come prestazione di servizio umana fornita a singole persone o gruppi in relazione al binomio salute-malattia. Questa prestazione di servizio persegue l'obiettivo, usando i mezzi propri delle cure, di promuovere, mantenere o ripristinare la salute, lenire o prevenire sofferenze, aiutare a gestire gli stati di salute mutevoli o permettere di morire dignitosamente. Lo scopo della prestazione di servizio è quello di aiutare i pazienti la cui autonomia negli atti ordinari della vita è limitata a riprendere la loro vita quotidiana, proseguirla, magari adeguarla, o riorganizzarla. Comunque si vogliano definire le cure, tutte le definizioni proposte citano un complesso di aspetti medici, psichici, sociali e

² Cfr. la panoramica fornita nel rapporto „Rivalutazione delle professioni sanitarie“ dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia, in esecuzione del postulato 02.3211 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (non ancora pubblicato).

funzionali strettamente correlati, dei quale occorre dunque tener conto nei singoli casi³.

1.3 Il disciplinamento giuridico delle cure

1.3.1 Ordinamento quadro costituzionale delle cure

La Costituzione vigente conosce una sola disposizione che fa esplicitamente riferimento alle cure, ovvero alla necessità di cure: secondo l'obiettivo sociale sancito nell'articolo 41 capoverso 1 lettera b Cost.⁴, la Confederazione e i Cantoni, a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private, si adoperano affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute. La necessità qualificata di protezione delle persone interessate, di regola implicita nella necessità di cure, aumenta l'importanza da attribuirsi a questo obiettivo sociale che, in quanto principio d'azione del diritto costituzionale formale, vincola anche il legislatore. Questo vale anche per altre posizioni del diritto costituzionale particolarmente affini alla problematica delle cure: si pensi segnatamente al principio della dignità della persona (art. 7 Cost.), al diritto all'autodeterminazione protetto dalla libertà personale (art. 10 cpv. 2 Cost.) oppure al divieto della discriminazione (art. 8 cpv. 2 Cost.), il quale protegge fra l'altro proprio le persone anziane o disabili, e quindi spesso anche le persone bisognose di cure, da discriminazioni qualificate. Come tutti i diritti fondamentali, anche queste posizioni protette dal diritto costituzionale presentano una dimensione programmatica che restringe la libertà d'azione del legislatore fissando linee direttrici materiali vincolanti.

1.3.2 Prestazioni di cura primarie fornite dalle assicurazioni sociali

Per prestazioni di cura primarie devono intendersi prestazioni pecuniarie, prestazioni in natura o prestazioni di servizio fornite dalle assicurazioni sociali in caso di necessità di cure. Vi sono tre categorie principali di prestazioni:

1.3.2.1 Cure mediche

Il diritto a cure mediche, quale è concesso in diversi rami delle assicurazioni sociali, comprende sempre prestazioni di cura che possono essere fornite in forma ospedaliera o ambulatoriale, ma che presentano nette differenze in particolare per quanto riguarda le condizioni di diritto e l'estensione delle prestazioni:

- Assicurazione malattie

Secondo l'articolo 25 LAMal⁵, l'assicurazione malattie assume le spese per prestazioni che, in generale, sono „atte a diagnosticare o a curare *una malattia e i relativi postumi*“. Ne fanno parte, secondo l'articolo 25 capoverso 2 lettera a

³ SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (Vernehmlassungsentwurf), Schweizerische Ärztezeitung, 2003; 84, Nr. 24, p. 128 segg.

⁴ Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999, RS 101

⁵ Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, RS 832.10

LAMal, anche le „cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura“. Con questa definizione generale delle prestazioni, l'assicurazione malattie si ricollega – almeno teoricamente – alla necessità di cure dovuta a malattia, escludendo la necessità di cure dovuta esclusivamente alla vecchiaia. A livello di legge e di ordinanza, questa definizione generale delle prestazioni è precisata come segue:

▪ *Prestazioni in un ospedale o in una casa di cura:*

Con l'entrata in vigore della LAMal, il 1° gennaio 1996, in caso di trattamento ospedaliero è stata introdotta una copertura non limitata nel tempo, (contrariamente al diritto anteriore che prevedeva un limite di due anni), che comprende, oltre alle cure mediche, anche le spese per il vitto e l'alloggio⁶. In caso di soggiorno in una casa di cura, riconosciuta come categoria di fornitori di prestazioni soltanto in seguito all'entrata in vigore della LAMal, l'assicuratore assume le medesime prestazioni coperte in caso di cure mediche ambulatoriali e di cure mediche a domicilio (art. 50 LAMal). Poiché Spitex rimborsa solo determinate prestazioni di cura elencate esaustivamente, in caso di soggiorno in una casa di cura viene rimborsata – entro i limiti delle tariffe limite definite a livello d'ordinanza – esclusivamente la tassa di cura, ma non la tassa per il vitto e l'alloggio. Non sono rimborsate nemmeno le spese per l'assistenza.

▪ *Prestazioni ambulatoriali al di fuori di strutture ospedaliere (Spitex):*

La LAMal ha introdotto anche un ampliamento delle prestazioni nel settore delle cure medico-sanitarie extraospedaliere, la cui estensione è definita esaustivamente nell'OPre⁷: nelle prestazioni obbligatorie rientrano da un lato le *cure mediche*, che comprendono le prestazioni d'aiuto medico finalizzate alla diagnosi o alla terapia, tra cui anche misure intese ad accertare il bisogno di cure e a offrire consulenza nella loro esecuzione (art. 7 cpv. 2 lett. a e b OPre). Per *cure di base* si intendono le prestazioni di natura non medica che non fanno più parte del trattamento medico, ma compensano le conseguenze della grande invalidità delle persone bisognose di cure. L'OPre le definisce come attività che i pazienti non possono svolgere da soli, come bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifare il letto, installarvisi ecc. (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). Infine, nel catalogo dell'OPre figurano anche prestazioni legate alle cure di base di turbe psichiatriche e psicogeriatriche: si tiene così conto soprattutto del maggior tempo necessario nell'ambito delle cure di base in ragione dello stato psichico dei pazienti. I pazienti che soffrono di malattie psichiche o di demenza senile necessitano spesso, per la propria o l'altrui protezione, di sorveglianza e assistenza permanenti. Specie nel caso dei pazienti di lunga durata si pone pertanto la questione della distinzione tra necessità di degenza ospedaliera e necessità di cure. In questo contesto è determinante se a predominare sia il trattamento della malattia o l'assistenza data al paziente.

⁶ Gli assicurati stessi pagano un contributo di 10 CHF/giorno alle spese di vitto e alloggio del soggiorno ospedaliero (art. 64 cpv. 5 LAMal in disposto combinato con l'art. 104 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie [OAMal, RS 832.102]).

⁷ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, RS 832.112.31

▪ *Provvedimenti di riabilitazione medica:*

Oltre al trattamento vero e proprio della malattia e alle cure, nell'articolo 25 capoverso 2 lettera d la LAMal prevede anche provvedimenti di riabilitazione medica. Quest'ultima interviene laddove il trattamento della malattia è di per sé concluso e si tratta di ripristinare l'integrazione professionale, funzionale o sociale pregiudicata dalla malattia. Se dalla riabilitazione medica non ci si può più attendere alcun miglioramento, bisogna parlare di un caso di cura.

- Assicurazione contro gli infortuni

Secondo l'articolo 10 LAINF⁸, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, che fra l'altro comprende

- la cura ambulatoriale (da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico o del chiropratico⁹),
- la cura, il vitto e l'alloggio nel reparto comune di un ospedale e
- le cure a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o organizzazioni delle cure a domicilio (Spitex) autorizzati ai sensi del diritto in materia di assicurazione malattie (art. 18 cpv. 1 OAINF¹⁰). Nel settore dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non esiste un catalogo delle prestazioni analogo a quello dell'articolo 7 OPre. Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha tuttavia definito la nozione delle cure a domicilio e l'obbligo di fornire prestazioni¹¹. Secondo il TFA, la nozione di cure a domicilio nel settore dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni si articola su più livelli e può essenzialmente essere categorizzata come segue:
 - *applicazioni a fini terapeutici* eseguite o ordinate da un medico;
 - *cure mediche nel senso di cure medico-sanitarie* prive dell'obiettivo terapeutico (curativo), ma imprescindibili per il mantenimento dello stato di salute (come p. es. cateterismo, cura di una piaga o infusioni; cfr. art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF);
 - *cure non mediche*, o sull'interessato stesso sotto forma di prestazioni d'aiuto nel compimento degli atti ordinari della vita (p. es. vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, alimentazione) o come aiuto nel suo ambiente (gestione dell'economia domestica, o disbrigo di altre attività quotidiane).

Secondo la giurisprudenza del TFA, l'obbligo di fornire prestazioni è limitato al *trattamento terapeutico* e alle *cure mediche*. *Non vi è alcun diritto all'assunzione delle spese per le cure non mediche o gli aiuti non medici*. Inoltre, il requisito della prescrizione medica non è da intendersi in senso strettamente formale; è piuttosto sufficiente che i provvedimenti medici in questione, eseguiti a domicilio, siano indicati dal punto di vista medico secondo lo stato degli atti.

⁸ Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.20

⁹ Diversamente dall'assicurazione malattie (principio del rimborso delle spese), nell'assicurazione contro gli infortuni vige il *principio delle prestazioni in natura*, che ha il vantaggio che l'assicuratore può influire direttamente sulle cure mediche, in quanto partecipa alla scelta dello stabilimento di cura, del personale medico e del genere di trattamento.

¹⁰ Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.202

¹¹ Cfr. DTF 116 V 41; RAMI 1993 U 163, pag. 55

Al di là di questo, gli assicuratori LAINF versano di regola un contributo adeguato alle cure non mediche o all'aiuto non medico dovuti a infortunio.

Il diritto alle cure a domicilio sussiste fintanto che è dato il diritto alle cure mediche (vale a dire fintanto che dal proseguimento della cura medica ci si può attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute, art. 19 cpv. 1 LAINF e contrario).

- Assicurazione militare

L'assicurazione militare risponde per tutte le affezioni fisiche, mentali o psichiche dell'assicurato e per le loro conseguenze pecuniarie dirette (art. 4 cpv. 1 LAM¹²). Nel quadro delle cure mediche, l'assicurato ha diritto a una cura medica appropriata ed economica per migliorare il suo stato o la sua capacità al guadagno oppure per evitare un ulteriore pregiudizio (art. 16 cpv. 1 LAM). Le cure mediche comprendono la visita e la cura medica nonché le cure che possono essere praticate ambulatorialmente, a domicilio, interamente o parzialmente in ospedale. La visita e la cura devono essere effettuate con l'ausilio di mezzi e metodi la cui efficacia sia riconosciuta (art. 16 cpv. 2 LAM). L'assicurazione militare definisce inoltre le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni sono ammessi. Sono infatti considerati stabilimenti di ricovero gli istituti pubblici o riconosciuti di utilità pubblica che offrono ricovero, cura e assistenza agli infermi e agli anziani (art. 11 cpv. 3 OAM¹³).

- Assicurazione per l'invalidità

Gli assicurati dell'AI hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite fino al compimento dei 20 anni (art. 13 LAI¹⁴), dopodiché i costi delle cure sono assunti dall'assicurazione malattie nel quadro della LAMal. Sono considerati provvedimenti sanitari tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC¹⁵).

1.3.2.2 Mezzi ausiliari

I mezzi ausiliari sono oggetti il cui uso è atto a compensare il venir meno di determinate parti o funzioni del corpo umano, in vista dell'integrazione professionale o sociale o dell'assuefazione funzionale dell'avente diritto. Le condizioni di diritto e l'estensione delle prestazioni sono disciplinate in maniera differenziata nelle singole assicurazioni sociali:

- *l'assicurazione per l'invalidità* mette a disposizione dell'assicurato i mezzi ausiliari dei quali egli ha bisogno, a causa dell'invalidità, per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le sue mansioni consuete (p. es. lavori nell'economia domestica), per conservare o migliorare la sua capacità al guadagno, per studiare, per imparare una professione o perfezionarsi oppure a scopo di assuefazione funzionale (art. 21 cpv. 1 LAI). L'assicurato che ha bisogno di apparecchi costosi per

¹² Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare, RS 833.1

¹³ Ordinanza del 10 novembre 1993 sull'assicurazione militare, RS 833.11

¹⁴ Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità, RS 831.20

¹⁵ Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite, RS 831.232.21

spostarsi, stabilire contatti nel proprio ambiente o attendere alla propria persona ha diritto, *indipendentemente dalla sua capacità al guadagno*, a tali mezzi ausiliari (art. 21 cpv. 2 LAI). Inoltre, anziché consegnare mezzi ausiliari, l'AI può anche concedere determinate prestazioni sostitutive (art. 21^{bis} LAI). Ne fanno parte anche i sussidi per le spese per servizi di terzi se l'assicurato ne ha bisogno al posto di un mezzo ausiliario, ad esempio per recarsi al lavoro, esercitare un'attività lucrativa oppure per acquisire particolari attitudini che permettono di mantenere i contatti con il proprio ambiente (art. 21^{bis} cpv. 2 LAI; art. 9 OMAI¹⁶).

- Nell'*assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti*, a determinate condizioni i beneficiari di rendite di vecchiaia con domicilio e dimora abituale in Svizzera hanno diritto a mezzi ausiliari per spostarsi, per stabilire contatti con il proprio ambiente o per attendere autonomamente alla propria persona (art. 43^{ter} cpv. 1 LAVS¹⁷). L'AVS prevede anche che ai beneficiari di rendite di vecchiaia vengano consegnati mezzi ausiliari per esercitare un'attività lucrativa o per svolgere le loro mansioni abituali (art. 43^{ter} cpv. 2 LAVS). L'elenco dei mezzi ausiliari dell'AVS è più breve di quello dell'AI. Gli assicurati con garanzia dei diritti acquisiti (ossia ai quali già nell'età AI sono stati assegnati mezzi ausiliari corrispondenti) mantengono il diritto alle prestazioni, sia nel genere che nell'entità, in analogia alle disposizioni dell'AI (art. 4 OMAV¹⁸).
- I mezzi ausiliari concessi all'assicurato dall'*assicurazione contro gli infortuni* hanno lo scopo di compensare un pregiudizio fisico o funzionale dovuto a infortunio o a malattia professionale (art. 11 cpv. 1 LAINF). L'elenco dei mezzi ausiliari figura nell'allegato dell'ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni¹⁹.
- Nell'*assicurazione militare*, l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari per migliorare il proprio stato di salute, esercitare un'attività lucrativa o svolgere la propria attività abituale, gli studi o la formazione professionale, per acquisire l'assuefazione funzionale, spostarsi, sviluppare la propria autonomia e mantenere il contatto con l'ambiente (art. 21 cpv. 1 LAM). L'assicurazione militare assegna sussidi anche quando l'assicurato ricorre a servizi di terzi al posto di un mezzo ausiliario (art. 21 cpv. 4 LAM). Diversamente dalle altre assicurazioni sociali, l'assicurazione militare non conosce un catalogo esaustivo dei mezzi ausiliari.
- I *mezzi e gli apparecchi nell'assicurazione malattie* non sono paragonabili ai mezzi ausiliari delle altre assicurazioni sociali. Mentre i mezzi ausiliari compensano il venir meno prolungato di funzioni fisiche, i mezzi e gli apparecchi perseguono fini diagnostici, terapeutici o curativi oppure servono alla riabilitazione medica. La distinzione tra le due categorie non è sempre evidente poiché determinati apparecchi, quali occhiali, apparecchi acustici o calzature ortopediche, possono servire sia alle cure mediche sia a compensare il venir meno

¹⁶ Ordinanza del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità, RS 831.232.51

¹⁷ Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti, RS 831.10

¹⁸ Ordinanza del 28 agosto 1978 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia, RS 831.135.1

¹⁹ Ordinanza del 18 ottobre 1984 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.205.12

di funzioni fisiche. Per la distinzione occorre basarsi sullo scopo oggettivo. I mezzi e gli apparecchi figurano in un elenco separato (EMAp), che costituisce l'allegato 2 dell'OPre.

1.3.2.3

Assegni per grandi invalidi

Diversi rami delle assicurazioni sociali concedono a una persona che „a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita“²⁰ una prestazione pecuniaria denominata “assegno per grandi invalidi”, che viene versata – tranne che nell'assicurazione militare – in forma standard, vale a dire prescindendo dall'ammontare dei costi nel singolo caso. Mentre la nozione e lo scopo dell'assegno per grandi invalidi sono in linea di principio uniformi in tutte le assicurazioni sociali, nelle singole assicurazioni sociali vi sono differenze e particolarità soprattutto per quanto concerne la cerchia dei beneficiari, le condizioni di diritto e la definizione concreta delle prestazioni:

- *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione per l'invalidità:*

Nell'assicurazione per l'invalidità, l'assegno per grandi invalidi è versato agli assicurati invalidi a partire dalla nascita fino al raggiungimento dell'età di pensionamento dell'AVS (art. 42 cpv. 1 LAI); si distinguono tre gradi di grande invalidità (lieve, medio ed elevato), determinanti per l'indennità. Con la 4^a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2004, sono stati introdotti alcuni miglioramenti materiali nel settore della cura e dell'assistenza delle persone invalide. Lo scopo della revisione era di permettere alle persone invalide che non possono prescindere dall'aiuto altrui di vivere in maniera più indipendente e autodeterminata. Nell'ambito degli assegni per grandi invalidi vanno evidenziati i seguenti punti della revisione:

- *Assegno unico per grandi invalidi:* in seguito alla 4^a revisione dell'AI, l'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità per le persone adulte, i sussidi di assistenza per i minorenni e i contributi alle spese per le cure a domicilio sono stati sostituiti con un unico assegno per grandi invalidi.
- *Estensione della nozione di grande invalidità:* con la 4^a revisione dell'AI, nel settore dell'assicurazione per l'invalidità la nozione di grande invalidità della LPGa è stata estesa. È ora considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana (cfr. art. 42 cpv. 3 LAI).
- *Aumento dell'assegno per grandi invalidi:* in seguito alla revisione della legge, gli importi degli assegni per grandi invalidi per le persone bisognose d'assistenza che non vivono in un istituto sono stati raddoppiati rispetto al passato (art. 42^{ter} cpv. 1 LAI). Nel contesto di questo aumento sono stati incrementati anche gli importi concessi dalle prestazioni complementari per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, di cui fanno parte anche le spese

²⁰ Tale è la definizione legale della grande invalidità nell'articolo 9 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1)

comprovate di aiuto, cure e assistenza ambulatoriali²¹. Per gli assicurati che soggiornano in un istituto, l'assegno per grandi invalidi ammonta alla metà degli importi per le persone che non vivono in istituto (art. 42^{ter} cpv. 2 LAI).

- *Introduzione di un supplemento per cure intensive*: l'assegno per minorenni grandi invalidi che necessitano di un'assistenza intensiva e non soggiornano in un istituto è aumentato di un supplemento per cure intensive (art. 42^{ter} cpv. 3 LAI).

- *L'assegno per grandi invalidi nell'AVS:*

Nell'AVS, gli assegni per grandi invalidi sono versati ai beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio in Svizzera che presentano un'invalidità di grado elevato o medio. Per quanto riguarda gli importi, la 4^a revisione dell'AI non ha comportato cambiamenti, ad eccezione delle persone che prima del 65° anno d'età hanno già beneficiato di un assegno più elevato per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità (cosiddetti casi di garanzia dei diritti acquisiti secondo l'art. 43^{bis} cpv. 4 LAVS).

- *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione contro gli infortuni:*

L'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione contro gli infortuni è concesso ai lavoratori in caso di infortuni professionali e non professionali e in caso di malattie professionali ed è commisurato ai tre gradi della grande invalidità. L'importo è calcolato sulla base del guadagno giornaliero assicurato ed ammonta almeno al doppio e al massimo al sestuplo del guadagno giornaliero assicurato.

- *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione militare:*

Se una persona coperta dall'assicurazione militare, in particolare una persona che presta servizio militare, servizio di protezione civile o servizio civile, è stata autorizzata a effettuare una cura a domicilio o un soggiorno di cura privato e l'affezione assicurata o la grande invalidità provoca spese supplementari di alloggio, vitto, cura o assistenza, l'assicurazione militare le concede un'indennità. A livello di istruzioni è stabilito che l'indennità deve coprire le spese e che il bisogno – contrariamente ad altri rami delle assicurazioni sociali – è valutato individualmente.

²¹ Cfr. in merito il capitolo 1.3.3.1

Tabella 1: L'assegno per grandi invalidi nelle singole assicurazioni sociali, panoramica (stato 1.1.2004)

	Importo dell'assegno per grandi invalidi (AGI), in franchi al mese					
	in un istituto			al di fuori di un istituto		
	in caso di grande invalidità di grado lieve	in caso di grande invalidità di grado medio	in caso di grande invalidità di grado elevato	in caso di grande invalidità di grado lieve	in caso di grande invalidità di grado medio	in caso di grande invalidità di grado elevato
AI + ev. SCI	211	528	844	422 422 – 1'266	1'055 422 – 1'266	1'688 422 – 1'266
AVS	0	528	844	0	528	844
AINF	586	1'172	1'758	586	1'172	1'758
AM	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete

SCI = supplemento per cure intensive

1.3.3 Prestazioni di cura sussidiarie fornite dagli altri sistemi di prestazioni sociali

Le prestazioni di cura sussidiarie vengono fornite quando i mezzi propri e le prestazioni di cura primarie delle assicurazioni sociali non sono sufficienti a coprire il fabbisogno di cure.

1.3.3.1 Prestazioni complementari

In termini semplificati, in linea di principio hanno diritto a prestazioni complementari, consistenti in una prestazione pecuniaria versata mensilmente e nel rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, le persone che percepiscono determinate prestazioni dell'AVS o dell'AI (rendite, assegni per grandi invalidi, indennità giornaliera) e le cui spese riconosciute superano le entrate computabili oppure le cui eventuali spese di malattia e d'invalidità non sono coperte. Tuttavia, per le persone che usufruiscono di prestazioni di cura il calcolo dell'importo a cui hanno diritto in caso di soggiorno al proprio domicilio e in caso di soggiorno permanente in un istituto presenta alcune differenze:

- Persone al proprio domicilio

Oltre alla prestazione complementare annua, versata mensilmente quale prestazione pecuniaria, per le persone che vivono al proprio domicilio vi è – nel quadro del rimborso delle spese di malattia e d'invalidità – il diritto alla copertura delle spese comprovate „di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne“ (art. 3d cpv. 1 lett. b LPC²²). Nell'ordinanza d'esecuzione

²² Legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, RS 831.30

dipartimentale²³ si precisa che sono rimborsate le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie da vecchiaia, invalidità, infortunio o malattia e prestate da servizi pubblici o di utilità pubblica. Vengono parimenti rimborsate le spese di cura e assistenza insorte in istituti diurni, ospedali giornalieri o ambulatori, pubblici o di utilità pubblica. Le spese per cure prestate da istituti privati sono rimborsate nella misura in cui corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica. Il rimborso è tuttavia limitato in ogni caso ai seguenti importi annui (art. 3d cpv. 2 LPC):

Tabella 2: Importi annui massimi per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità

Persone sole, persone vedove, coniugi di persone che vivono in un istituto (art. 3d cpv. 2 LPC)	25'000 CHF
Coniugi (art. 3d cpv. 2 LPC)	50'000 CHF
Orfani di padre e di madre (art. 3d cpv. 2 LPC)	10'000 CHF
Beneficiari soli di un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AINF - di grado elevato (art. 3d cpv. 2bis LPC) - di grado medio (art. 19b cpv. 1 OPC-AVS/AI ²⁴)	90'000 CHF 60'000 CHF
Coniugi beneficiari di un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AINF (a dipendenza del numero di coniugi beneficiari di un'AGI e del grado della grande invalidità) (art. 19b cpv. 2 OPC-AVS/AI)	85'000 - 180'000 CHF

- Persone in un istituto:

Mentre nel sistema delle PC le spese di cura delle persone che vivono a casa sono coperte in maniera preponderante mediante il rimborso di spese di malattia e d'invalidità, per le persone che vivono in un istituto la compensazione finanziaria avviene in particolare mediante la prestazione pecuniaria mensile calcolata raffrontando le spese (in particolare la tassa giornaliera dovuta all'istituto) e i redditi computabili. Per le persone che vivono in un istituto ciò significa che la totalità delle spese d'istituto, vale a dire in particolare anche le spese di cura e d'assistenza, confluiscono nel calcolo della prestazione pecuniaria, di modo che il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità per le persone che vivono in un istituto è limitato per legge a 6000 CHF annui (art. 3d cpv. 3 LPC). Occorre tuttavia considerare che la prestazione complementare è soggetta a una duplice limitazione:

- da un lato, la maggior parte dei Cantoni²⁵ ha fatto uso della possibilità, concessa dalla legge (art. 5 cpv. 3 lett. a LPC), di limitare le spese prese in considerazione per la degenza in un istituto o in un ospedale: il limite superiore²⁶ per le tasse dovute all'istituto oscilla tra circa 28'000 CHF (Ticino) e circa 79'000 CHF (Basilea Città), mentre la media nazionale si aggira attorno ai 59'000 CHF;
- dall'altro, la prestazione complementare annua (art. 3a cpv. 3 LPC) per le persone che vivono in un istituto non deve superare, attualmente, i 30'275 CHF.

²³ Ordinanza del 29 dicembre 1997 sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari, RS 831.301.1

²⁴ Ordinanza del 15 gennaio 1971 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, RS 831.301

²⁵ Gli unici a non avere finora mai fatto uso della loro competenza sono i Cantoni di Neuchâtel, Basilea Campagna e San Gallo.

²⁶ Si tratta di un valore medio risultante dalle tasse dovute alle case per anziani, alle case per invalidi, alle case di cura e agli ospedali e/o dai diversi livelli di fabbisogno di cure.

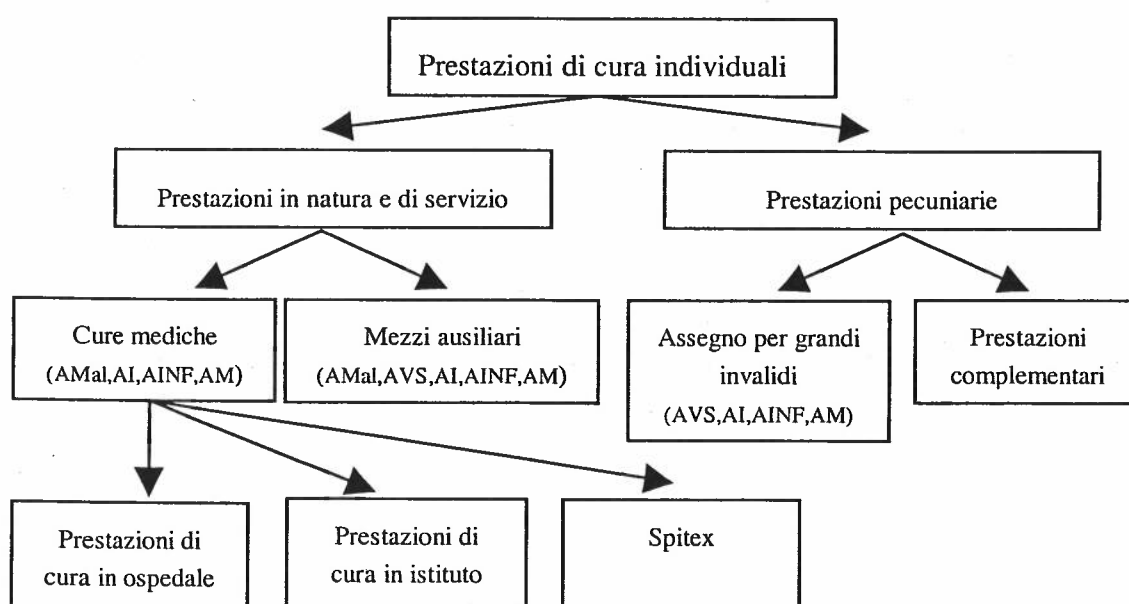
1.3.3.2

Aiuto sociale

L'aiuto sociale, disciplinato dal diritto cantonale, ha lo scopo di ovviare in particolare alle situazioni di bisogno economico nel singolo caso, indipendentemente dalle cause, qualora non siano disponibili (o siano insufficienti) mezzi propri o prestazioni di altri sistemi di prestazioni, quali in particolare le assicurazioni sociali (primato delle assicurazioni sociali, ovvero sussidiarietà dell'aiuto sociale). Nel quadro del diritto costituzionale all'aiuto in situazioni di bisogno (art. 12 Cost.), vanno accordati i mezzi „indispensabili per un'esistenza dignitosa“; di conseguenza, anche le spese di cura devono essere finanziate in linea di principio mediante l'aiuto sociale, qualora altre prestazioni delle assicurazioni sociali e le fonti private non siano sufficienti.

In linea di principio, nella prassi il calcolo delle prestazioni del diritto in materia di aiuto sociale è fondato sulle esigenze di base, che sono commisurate alle conquiste civili, sociali e culturali della società (il cosiddetto minimo esistenziale sociale, il quale garantisce, al di là del minimo esistenziale assoluto, anche la partecipazione alla vita sociale e lavorativa). Secondo le raccomandazioni della Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale (COSAS), oltre alla copertura delle spese d'istituto o Spitex scoperte, l'aiuto sociale dovrebbe pertanto prevedere per le persone bisognose a casa anche un contributo di cui esse possono liberamente disporre e per le persone bisognose residenti in strutture di soggiorno permanente quali istituti e cliniche, in comunità abitative terapeutiche o in pensioni un importo forfetario destinato a coprire le voci di spesa non incluse nell'accordo di pensione. L'ammontare dell'importo forfetario deve essere proporzionale alla mobilità fisica e mentale e si situa, secondo le direttive COSAS vigenti, tra i 255 e i 510 CHF al mese.

Grafico 1: Panoramica sulle prestazioni di cura individuali del diritto in materia di assicurazioni sociali



1.3.4

Regole di coordinamento

Il coordinamento delle prestazioni fornite da diversi rami delle assicurazioni sociali è disciplinato nella legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), entrata in vigore il 1° gennaio 2003. Vi sono inoltre disposizioni di coordinamento nelle leggi speciali. In linea di principio, la LPGA coordina unicamente le prestazioni *di medesima natura e destinazione* (principio della congruenza). Per quanto riguarda le cure, è inoltre importante il coordinamento in caso di concorso delle diverse prestazioni pecuniarie delle varie fonti, che è stato disciplinato nella LPGA con il divieto generale di *sovraindennizzi* in caso di concorso di prestazioni di diverse assicurazioni sociali (art. 69). Secondo il principio della congruenza, nel calcolare il sovraindennizzo si deve tener conto unicamente delle prestazioni di medesima natura e destinazione. Sotto il profilo del diritto in materia di cure, è degno di nota il fatto che la LPGA faccia una distinzione tra il rimborso delle spese di guarigione e d'integrazione e il rimborso delle spese di cura in relazione alla grande invalidità (art. 74 cpv. 2 lett. a e d).

1.4

Attuale finanziamento delle cure

1.4.1

Finanziamento dal punto di vista macroeconomico

La tabella qui di seguito illustra il finanziamento del settore delle cure (in istituto e a domicilio) nel 2001, suddiviso secondo gli enti cui incombe il finanziamento:

Tabella 3: Finanziamento delle cure nel 2001 (situazione reale)

Ente cui incombe il finanziamento	Case di cura		Cure a domicilio		Totale		
	mio. CHF	in %	mio. CHF	in %	mio. CHF	in %	
AMal (assicurazione malattie, netto)	1'071.8	19.2	230.3	24.6	1'302.1	20.0	a)
AVS	1'308.9	5.5	237.2	25.3	546.1	8.4	b)
di cui sovvenzioni dirette	0.0	0.0	160.0	17.1	160.0	2.5	c)
di cui assegni per grandi invalidi	308.9	5.5	77.2	8.2	386.1	5.9	d)
AI (assicurazione per l'invalidità)	0.0	0.0	32.0	3.4	32.0	0.5	e)
di cui sovvenzioni dirette	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	f)
di cui assegni per grandi invalidi	0.0	0.0	32.0	3.4	32.0	0.5	g)
Prestazioni complementari (PC)	895.0	16.0	0.0	0.0	895.0	13.7	h)
di cui PC all'AVS	895.0	16.0	0.0	0.0	895.0	13.7	i)
di cui PC all'AI	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	j)
AINF (assicurazione contro gli infortuni)	0.0	0.0	12.2	1.3	12.2	0.2	a)
AM (assicurazione militare)	1.8	0.0	0.4	0.0	2.2	0.0	a)
Assicurazione privata	0.0	0.0	25.1	2.7	25.1	0.4	a)
Altri finanziamenti privati	83.8	1.5	46.1	4.9	129.9	2.0	a)
Cantoni/Comuni	479.7	8.6	341.3	36.5	821.0	12.6	a)
Aiuto sociale	97.0	1.7	2.1	0.2	99.1	1.5	k)
Economie domestiche (incl. partecipazione ai costi AMal)	2'640.9	47.3	9.1	1.0	2'650.0	40.7	l)
Totale	5'578.9	100.0	935.8	100.0	6'514.7	100.0	a)
Aiuto non retribuito					1'223.0		m)

Fonti e spiegazioni

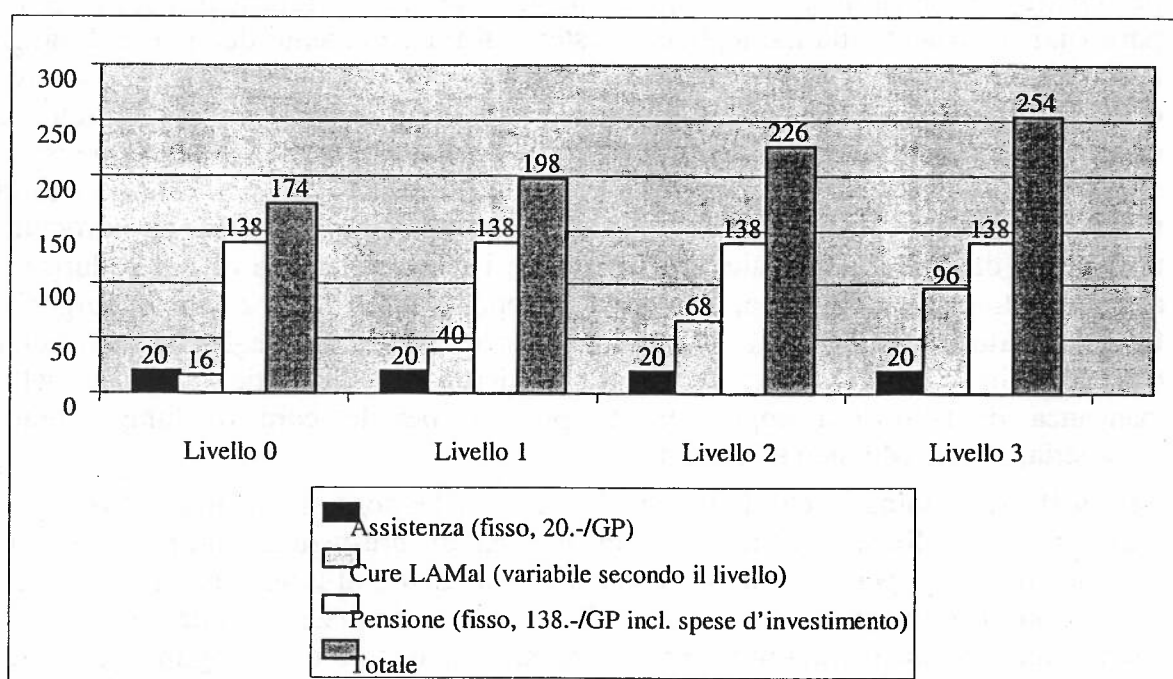
- a) UST, Kosten des Gesundheitswesens 2001 (Costi del settore sanitario 2001, d/f), Neuchâtel 2003
- b) Somma di c), d) ed e)
- c) UST, Kosten des Gesundheitswesens 2001 (Costi del settore sanitario 2001, d/f) / base: LAVS art. 101bis
- d) UFAS, Statistica AVS 2002 (d/f) (totale 386,1 mio.); ripartizione istituti/Spitex stimata all'interno dell'UFAS: 80%/20%
- e) Somma di f) e g)
- f) Ipotizzando che le case di cura e Spitex non ricevano sovvenzioni dell'AI
- g) Stima interna dell'UFAS sulla base della statistica Spitex 2001 (entrate per le persone d'età inferiore ai 65 anni da prestazioni per l'economia domestica e dell'assistenza sociale)
- h) Somma di i) e j)
- i) UFAS, Statistica PC 2001 (d/f), PC per persone residenti in istituti
- j) Ipotizzando che le PC dell'AI vengano versate solo a persone che vivono in case per invalidi
- k) Stima interna dell'UFAS secondo la ripartizione presso le economie domestiche
- l) Grandezza residua (totale delle spese meno tutti gli altri finanziamenti)
- m) UST e stima interna dell'UFAS per il 2000

1.4.2

Finanziamento dal punto di vista microeconomico

L'introduzione di una contabilità analitica e di una registrazione delle prestazioni uniformi, quale è richiesta a livello di ordinanza anche per le case di cura²⁷, rende possibile valutare le spese giornaliere per un soggiorno in un istituto e operare confronti tra istituti. Il grafico qui di seguito²⁸ mostra, a titolo di approssimazione esemplificativa del possibile fabbisogno finanziario della singola persona che vive in un istituto, le spese medie di soggiorno per una ventina di istituti privati e pubblici del Cantone di Berna nel 2001. Attualmente non sono disponibili valutazioni comparabili a livello nazionale.

Grafico 2: Spese medie di soggiorno in una casa di cura per giorno-paziente nel Cantone di Berna



Le *spese giornaliere* comprendono le spese d'infrastruttura. Anche le spese per mezzi e apparecchi sono già considerate, ma non le spese per medicinali, medici e terapie. Le *spese di cura* includono le spese del personale e del materiale di cura, ma non le spese d'infrastruttura.

Le spese calcolate per le cure mediche si riferiscono alla situazione quale sarebbe in caso di applicazione rigorosa del diritto vigente. Sulla base delle tariffe limite per il rimborso delle spese di cura negli istituti, menzionate nel capitolo 2.3.1, la quota di finanziamento degli assicuratori malattia risulta tuttavia inferiore.

²⁷ Cfr. in merito il capitolo 2.3.1.

²⁸ Beat Wenger, Finanzierung der stationären Langzeitpflege, sipp focus 1/2003, pag. 1 segg.

Tenuto conto dell'importanza acquisita negli ultimi anni dalle cure di lunga durata nella politica sanitaria dei Paesi che ne fanno parte, l'OCSE ha esaminato i sistemi delle cure di lunga durata in 19 Paesi²⁹, nell'ottica delle riforme attuate e future concernenti il finanziamento delle prestazioni, e ha pubblicato uno studio³⁰ che consente le seguenti considerazioni di carattere generale.

La maggior parte dei Paesi esaminati ha sviluppato un sistema che permette alle persone anziane che ne hanno bisogno di ricevere le cure nell'ambito in un'istituto, anche se le prestazioni di cura vengono offerte in forme molto diverse (prestazioni pecuniarie, prestazioni in natura, indennizzo dell'aiuto informale ecc.). Sono parimenti improntati alla molteplicità i sistemi di finanziamento delle cure di lunga durata per le persone anziane (imposte, contributi, prestazioni proprie). Un obiettivo d'importanza centrale comune agli sforzi di riforma in tutti i Paesi è tuttavia costituito dal coordinamento delle prestazioni e degli istituti destinati alle persone che necessitano di cure. Nella maggior parte dei Paesi, le imposte costituiscono la fonte principale del finanziamento delle cure, mentre alcuni Paesi hanno introdotto un sistema di sicurezza sociale volto a coprire i costi delle cure di lunga durata e altri costi straordinari (Austria, Germania, Giappone, Paesi Bassi e Lussemburgo)³¹. In alcuni altri Paesi (pochi) in cui le prestazioni di cura negli ospedali sono finanziate in misura limitata mediante l'assicurazione malattie, a causa della mancanza di istituzioni appositamente previste per le cure di lunga durata (Ungheria, Corea, Messico e Polonia).

Dei 19 Paesi esaminati, sette (Austria, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Norvegia, Lussemburgo e Svezia) conoscono un sistema di prestazioni indipendenti dal bisogno con una copertura generale che disciplina le cure di lunga durata in maniera analoga ad altri bisogni sanitari in tutto il sistema di sicurezza sociale. Gli altri 12 Paesi hanno un sistema del tutto o parzialmente dipendente dal bisogno, basato sul reddito e/o sulla sostanza. All'interno di questi due gruppi, i sistemi sono organizzati in maniera molto eterogenea.

Il rapporto giunge alla conclusione che un numero crescente di Paesi ha la tendenza ad applicare i principi del finanziamento pubblico delle cure mediche acute anche alle cure di lunga durata. In questi Paesi va crescendo il grado di accettazione dell'idea di un'assicurazione obbligatoria analoga all'assicurazione delle malattie acute. Altri Paesi usano ancora una certa cautela di fronte a un cambio di sistema che porti dalla copertura del rischio di cure limitata e dipendente dal bisogno a una copertura indipendente dal bisogno. Tuttavia, anche nei Paesi con sistemi di prestazioni indipendenti dal bisogno le economie domestiche private sono tenute a partecipare ai costi in misura maggiore rispetto alle cure delle malattie acute.

²⁹ Australia, Austria, Canada, Germania, Ungheria, Irlanda, Giappone, Corea, Lussemburgo, Messico, Paesi Bassi, Neozelanda, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti d'America

³⁰ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care, la cui pubblicazione è prevista entro la metà del 2004

³¹ Cfr. allegato 1

L'ordinamento delle cure e del loro finanziamento illustrato nel capitolo 1 pone diversi problemi che, essendo situati a livelli diversi, richiederanno diverse strategie di soluzione:

2.1 Livello di prestazioni insufficiente in caso di bisogno di cure dovuto alla vecchiaia

Il fatto che il bisogno di cure non rappresenta un rischio autonomo disciplinato da un'assicurazione sociale specifica, ma è disciplinato nel contesto delle assicurazioni sociali primarie orientate sulle cause, fa sì che siano per principio diverse le prestazioni a seconda che il bisogno di cure sia dovuto a vecchiaia, malattia o infortunio³². Analizzando i singoli ordinamenti delle prestazioni, ci si rende conto che *de lege lata* il livello di prestazioni, specie in caso di bisogno di cure dovuto a vecchiaia, deve essere considerato piuttosto basso:

- L'AVS non prevede assegni per grandi invalidi in caso di grande invalidità di grado lieve.
- Il correttivo finale delle prestazioni complementari presenta parecchie limitazioni, il che, a causa del considerevole onere finanziario, implica un maggior rischio di dover ricorrere all'aiuto sociale specialmente nel caso delle persone fortemente bisognose di cure. Va in particolare menzionata la limitazione delle PC nel caso delle persone che vivono in un istituto: secondo l'articolo 3a capoverso 3 LPC, la prestazione complementare annua per le persone che vivono in maniera permanente o per un periodo prolungato in un istituto o in un ospedale non può ammontare a un importo superiore al corrispondente del 175 per cento dell'importo massimo per il fabbisogno vitale delle persone che vivono sole secondo l'articolo 13 capoverso 1 lettera a LPC (30'275 franchi all'anno oppure 2'525 franchi al mese).

³² Cfr. per un'esposizione dettagliata, Hardy Landolt, Das soziale Pflegesicherungssystem, Bern 2002, pag. 109 segg.

2.2

Evoluzione dei costi delle cure

Nel 2001 sono confluiti nel settore delle cure circa 6,5 miliardi di franchi (case di cura e Spitex). Rispetto al 1995, in cui il settore delle cure ha causato spese per 4,2 miliardi di franchi, ciò significa un aumento di oltre il 30 per cento. In questi dati non è incluso l'aiuto non retribuito prestato a persone bisognose di cure, il cui valore per il 2002 è stimato a 1,2 miliardi di franchi³³ e la cui integrazione nelle spese globali provocherebbe un sensibile aumento (del 20 % circa).

Tabella 4: Evoluzione dei costi nel settore delle cure

Anno	Case di cura	Cure a domicilio (Spitex)	Cure complessive	Aumento
1995	4'206.9	702.3	4'909.2	
1996	4'429.1	772.5	5'201.6	3.96%
1997	4'593.3	768.4	5'361.7	3.08%
1998	4'830.1	814.5	5'644.6	5.28%
1999	4'935.2	848.4	5'738.6	1.67%
2000	5'194.8	889.3	6'084.1	6.02%
2001	5' 578.9	935.8	6'514.7	7.07%

Fonte: Ufficio federale di statistica, valutazione dei dati rilevati in „Kosten des Gesundheitswesens“ (Costi del settore sanitario, d/f)

Ipotizzando che la presumibile tendenza a un calo dell'aiuto non retribuito continui e basandosi sullo scenario demografico “Trend” dell'Ufficio federale di statistica, è possibile calcolare in proiezione lo sviluppo futuro del numero di persone bisognose di cure e dei costi delle cure.

Dalla proiezione demografica per il periodo 2000-2020 risulta un aumento del numero delle persone anziane bisognose di cure di al massimo un terzo³⁴.

Da una stima di costi del settore delle cure basata sullo scenario demografico “Trend” e su di una serie temporale dei fattori non dovuti ad aspetti demografici osservata dal 1995 al 2000, risulta un aumento globale dei costi dell'83 per cento nel periodo 2000-2020 e del 208 per cento nel periodo 2000-2040. Secondo questa stima, l'aumento dei costi dovuto allo sviluppo demografico sarebbe inferiore a quello non dovuto allo sviluppo demografico.

La proiezione fino al 2040 evidenzia i limiti di attendibilità della stima. L'approccio meccanicistico non è in grado di tenere nella giusta considerazione né lo sviluppo della politica sanitaria né quello della medicina. Per esempio, secondo Höpflinger et al. è presumibile che una riduzione moderata del bisogno di cure – p. es. grazie a programmi di geriatria preventiva o a un incremento dei successi nel campo della riabilitazione – possa attenuare considerevolmente l'effetto puramente demografico. Le decisioni in materia di politica sanitaria non dovrebbero invece influire tanto

³³ Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz aufgrund der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, Statistik der Schweiz, Neuchâtel 2002

³⁴ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003, pag. 44

sulle spese del settore delle cure quanto piuttosto sulle quote di finanziamento assunte dai singoli enti finanziatori.

Tabella 5: Proiezioni per gli anni 2020 e 2040

	2000-2020	2000-2040
Costi delle cure nel 2000	6 084	6 084
Aumento dei costi dovuto all'evoluzione demografica	1 902	4 651
Aumento dei costi non dovuto all'evoluzione demografica	3 154	7 981
Costi delle cure complessivi	11 141	18 716
Aumento in termini percentuali	83%	208%

Fonte: Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung (Finanziamento delle cure e fabbisogno di cure: stima dello sviluppo futuro, d)

2.3 Grave onere finanziario per l'assicurazione malattie

2.3.1 Onere per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie³⁵, i costi dell'estensione delle prestazioni per il settore delle case di cura erano stati stimati a 560 milioni di franchi. Prendendo come punto di riferimento i costi delle prestazioni dell'assicurazione malattie relativi a questo settore del 1995 (cioè dell'anno precedente l'entrata in vigore della LAMal), l'aumento dei costi previsto è stato superato per la prima volta nel 1999. In questo contesto non si sono verificati soltanto gli effetti preannunciati in vista dell'introduzione della LAMal. Da una considerazione retroattiva dei costi fatturati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in questo settore emerge ora che dal 1999 in poi l'aumento delle spese è regredito, avvicinandosi all'evoluzione media delle spese nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo fatto è verosimilmente riconducibile, almeno in parte, alle tariffe limite entrate in vigore il 1° gennaio 1998, che saranno applicabili fino a quando i fornitori di prestazioni del settore delle cure avranno introdotto gli strumenti di trasparenza prescritti a livello di ordinanza³⁶, che servono da base per la determinazione dei costi e delle prestazioni delle cure ospedaliere, semiospedaliere, ambulatoriali e di lunga durata a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 2 OCPre). Il rimborso delle prestazioni inerenti alle cure a domicilio avviene secondo tariffe limite giornaliere, suddivise in quattro livelli di fabbisogno di cure che vanno dal bisogno di cure leggero a quello grave³⁷ (art. 9a cpv. 2 OCPre). Le prestazioni di Spitex sono rimborsate secondo tariffe limite orarie³⁸ (art. 9a cpv. 1 OCPre).

³⁵ FF 1992 I 188

³⁶ Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre, RS 832.104)

³⁷ Primo livello di bisogno di cure: 10-20 fr.; secondo livello di bisogno di cure: 15-40 fr.; terzo livello di bisogno di cure: 30-60 fr.; quarto livello di bisogno di cure: 40-70 fr.

³⁸ Per le situazioni semplici e stabili: 30-45 fr.; per le situazioni instabili e complesse: 45-65 fr.; per accertamenti e consulenze: 50-70 fr.

Stato della discussione concernente le tariffe limite:

Occorre partire dal presupposto che, una volta raggiunta la piena trasparenza dei costi in conformità alle prescrizioni dell'OCPre, per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vi sarà un considerevole aumento dei costi, in quanto l'assicurazione malattie dovrà rimborsare i costi integrali delle prestazioni di cura. Per questo motivo, nel messaggio del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (strategia e temi urgenti) il Consiglio federale ha proposto al Parlamento di congelare le tariffe limite allo stato del 1° gennaio 2005 fino all'entrata in vigore di una nuova normativa per il finanziamento delle cure, ma al più tardi fino al 31 dicembre 2006 (sono eccettuate unicamente le tariffe che il 1° gennaio 2004 avevano già superato le tariffe limite; queste saranno congelate allo stato del 1° gennaio 2004). Questo congelamento delle tariffe avrà effetto indipendentemente dalle prescrizioni di trasparenza che verrebbero adempiute successivamente.

Nel contempo, nell'ordinanza il Consiglio federale intende aumentare moderatamente, per il 1° gennaio 2005, le tariffe limite dei due livelli superiori di bisogno di cure.

Tabella 6: Costi (prestazioni lorde) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in milioni di franchi

Anno	Case di cura	Cure a domicilio	Cure complessive	Aumento cure/ AOCMS	Evoluzione delle spese AOCMS
1996	666	132	798		
1997	890	193	1083	35.7%	5.5%
1998	1092	224	1316	21.4%	6.7%
1999	1170	235	1405	6.8%	4.3%
2000	1215	253	1468	4.5%	5.9%
2001	1258	270	1528	4.1%	5.9%
2002	1392	290	1682	10.1%	4.3%

Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica, banca dati dell'assicurazione malattie KKDB (Krankenversicherungsdatenbank), stato ottobre 2003

2.3.2 Spostamento delle quote di finanziamento

Le spese del settore delle cure sono coperte da più fonti di finanziamento dirette. Poco meno dei due terzi delle spese sono assunti dalle economie domestiche private. Se i mezzi di queste ultime non sono sufficienti, il che avviene soprattutto in caso di soggiorno in una casa di cura, esse hanno diritto a prestazioni complementari all'AVS (eventualmente all'assicurazione per l'invalidità). Circa un quinto delle spese di cura è coperto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; un ottavo circa dai Cantoni e dai Comuni. Le spese rimanenti sono coperte da altre assicurazioni sociali e mediante finanziamenti privati (donazioni, legati). La quota di finanziamento del settore delle cure coperta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è quasi raddoppiata nel periodo intercorso tra l'entrata in vigore della LAMal e il 1999, mentre in seguito è rimasta stabile. La quota dei poteri pubblici, dapprima diminuita, è quasi tornata al livello iniziale. La quota di finanziamento delle economie domestiche private è diminuita.

Tabella 7: Quote di finanziamento

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Quota AOCMS (netta ³⁹)	10.5	10.6	17.6	19.8	20.6	20.5	20.0
Altre assic. sociali	2.5	2.5	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7
Cantoni/Comuni	13.2	13.3	10.8	10.2	10.0	9.1	12.6
Economie domestiche	71.8	71.6	66.7	65.4	64.9	65.8	62.7
Altri finanz. privati	2.0	2.0	1.9	1.7	1.7	1.8	2.0
Cure complessive	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ufficio federale di statistica, valutazione dei dati rilevati in „Kosten des Gesundheitswesens“ (Costi del settore sanitario, d/f)

³⁹ La partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia) nell'AOCMS non è compresa in questo valore, motivo per cui figura l'indicazione "netta". In questa tabella la partecipazione ai costi AOCMS è integrata, logicamente, nella fonte di finanziamento "economie domestiche".

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure persegue in linea di massima due obiettivi di riforma, i quali, almeno in parte, sono in contrasto tra di loro: da un lato si intende lenire la situazione, difficile dal punto di vista della politica sociale, di determinati gruppi di persone bisognose di cure, dall'altro si tratta di evitare che l'assicurazione malattie, che nel sistema in vigore prende sempre più a carico prestazioni di cura dovute alla vecchiaia, debba sostenere ulteriori oneri finanziari: è vero che l'assicurazione malattie, per il suo stesso scopo, dovrebbe rispondere unicamente per le prestazioni dovute a malattia (nel settore delle cure dovrebbe quindi coprire le prestazioni di cura dovute a malattia, ma non quelle dovute a vecchiaia). Tuttavia, nella prassi quotidiana è praticamente impossibile distinguere tra cure dovute a malattia e cure dovute a vecchiaia, in quanto in età avanzata ogni caso di cura presenta verosimilmente anche una causa somatica. Non bisogna tuttavia disconoscere che l'età incrementa nettamente il rischio di cure: in un determinato quadro diagnostico, una persona giovane si riprenderà eventualmente senza (o con poche) prestazioni di cura, mentre una persona anziana - per lo stesso identico quadro diagnostico - può diventare, a causa della vecchiaia, un caso di cura transitorio o permanente. Nel sistema svizzero delle assicurazioni sociali, che ha avuto una crescita storica ed è strutturato secondo la causa, vale a dire secondo i rischi, questo maggiore onere dovuto alla vecchiaia non dovrebbe essere sopportato in maniera illimitata dall'assicurazione malattie. Risulta quindi impellente ridefinire in maniera più precisa la distinzione tra i diversi rami delle assicurazioni sociali. Questa riformulazione può avvenire secondo diversi criteri, ad esempio mediante la definizione delle prestazioni oppure secondo un criterio temporale. Per ciascuno di questi due approcci proponiamo qui di seguito un modello di finanziamento.

3.1 **Modello A**

3.1.1 **Idea di base del modello**

L'idea di base del modello A consiste nell'attuare la premessa indiscussa che la LAMal copre il rischio di malattia e non il rischio di cure generale, dovuto alla vecchiaia. A causa della distinzione praticamente impossibile delle cure dovute a malattia e di quelle dovute alla vecchiaia nella prassi quotidiana, nel quadro di questo modello la nozione di cure mediche è dichiarata elemento centrale di riferimento: le cure mediche perseguono di regola un obiettivo terapeutico o palliativo per la cura di malattie o la lotta contro le loro conseguenze e rientrano quindi nel campo di prestazioni della LAMal:

- *situazioni di cura complesse*: se in un singolo caso sono necessarie cure mediche, si presume che le cure di base, eventualmente anch'esse indicate per lo svolgimento degli atti ordinari della vita, siano di natura complessa a causa della comprovata situazione di malattia, vale a dire che richiedano specifiche conoscenze mediche e/o di cura, e quindi rientrino nel campo di prestazioni dell'assicurazione malattie. Nelle situazioni di cura complesse, le prestazioni sono quindi rimborsate dall'assicurazione malattie sia per le cure di base sia per le cure mediche. In compenso, negli istituti viene soppresso l'assegno per grandi invalidi dell'AVS per la grande invalidità di grado medio e di grado elevato.
- *Situazioni di cura semplici*: in tutti i casi senza bisogno di cure mediche, comprese le situazioni di cura semplici senza situazione di malattia, non vengono invece più

versate prestazioni dell'assicurazione malattie, nemmeno per le cure di base. A titolo di compensazione, e come incentivo a rinunciare il più a lungo possibile a ricorrere a infrastrutture di degenza stazionarie, nell'AVS si introduce un assegno per grandi invalidi di grado lieve per le persone che vivono a casa.

Visto che per l'assicurazione malattie la pressione dovuta a problemi finanziari e di politica sociale più forte si riscontra nel settore delle cure prestate alle persone anziane, il modello di finanziamento A qui proposto si applica esclusivamente alle persone in età di pensionamento AVS. La difficile distinzione tra cure dovute a vecchiaia e cure dovute a malattia è infatti logicamente più problematica per quanto riguarda le persone anziane, mentre per le persone più giovani bisognose di cure l'obbligo di versare prestazioni continuerà a incombere prevalentemente all'assicurazione per l'invalidità.

3.1.2 Questioni legate alla definizione

Il modello A è basato sulle seguenti definizioni:

- *cure di base*: le cure di base hanno lo scopo di salvaguardare gli atti ordinari della vita (AOV), che fundamentalmente sono svolti in maniera autonoma e che comprendono sei ambiti (vestirsi, svestirsi; alzarsi, sedersi, sdraiarsi; mangiare; cura del corpo; espletare i bisogni fisiologici; spostarsi). La (parziale) impossibilità di svolgere autonomamente questi atti può essere dovuta a vecchiaia e/o a malattia.

Nelle *situazioni semplici*, che in linea di massima corrispondono alla grande invalidità di grado lieve o medio dell'AVS/AI, le cure di base possono essere dispensate da profani o da personale sanitario non particolarmente qualificato, anche da parenti. Nelle *situazioni complesse*, che per definizione sono vincolate ad uno sfondo medico, le cure di base devono essere dispensate o sorvegliate da personale sanitario qualificato. Le situazioni di cura complesse si producono soltanto nei casi in cui il processo di invecchiamento rende l'assicurato bisognoso di cure oltre la misura usuale per la sua età (rispetto ai valori e alle ripartizioni standard). Nella prassi, la situazione complessa ai sensi di questo modello dovrebbe corrispondere a una grande invalidità di grado elevato secondo l'AVS/AI.

- *Cure mediche*: le cure mediche sono orientate all'esecuzione di misure destinate a raggiungere un obiettivo terapeutico. Esse sono eseguite o sorvegliate da personale medico qualificato e accompagnate dall'assistenza di un medico.
- *Grande invalidità*: è considerato grande invalido chi a causa di un danno alla salute necessita permanentemente dell'aiuto di terzi o della sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita (art. 9 LPGa). La grande invalidità è graduata secondo le definizioni dell'assicurazione per l'invalidità. Si è in presenza di grande invalidità di *grado elevato* se una persona necessita in maniera notevole dell'aiuto di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita nonché di cure permanenti o di una sorveglianza personale (art. 37 cpv. 1 OAI⁴⁰). In caso di grande invalidità di *grado medio e lieve*, una persona necessita dell'aiuto di terzi

⁴⁰ Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità, RS 831.201

per compiere unicamente un determinato numero (rispettivamente 4 e 2) di atti ordinari della vita (art. 37 cpv. 2 e 3 OAI).

3.1.3 Questioni legate all'attuazione: adeguamento dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS

Il modello A propone una chiara definizione della distinzione tra cure dovute alla vecchiaia e cure dovute a malattia (presente almeno a livello concettuale e teorico nel diritto in vigore). In tal modo il modello interessa indirettamente il campo delle prestazioni degli assegni per grandi invalidi dell'AVS⁴¹: in questo settore è quindi necessario procedere a diversi adeguamenti di conseguenza volti in parte a estendere e in parte a ridurre le prestazioni.

3.1.3.1 Adeguamento dell'assegno per grandi invalidi nelle situazioni di cura semplici

Da una parte, il modello A propone che l'assicurazione malattie cessi di assumere prestazioni nel settore delle cure di base nelle situazioni di cura semplici, di modo che l'indennizzo dell'aiuto da parte di terzi nel compiere gli atti ordinari della vita (AOV) per le persone in età di pensionamento AVS rientri solo nel campo di prestazioni dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS. Poiché oggi un assegno per grandi invalidi dell'AVS è versato esclusivamente in caso di grande invalidità di grado elevato o di grado medio e poiché è previsto un periodo d'attesa di un anno, per motivi di politica sociale nel settore degli assegni per grandi invalidi occorre effettuare i seguenti adeguamenti:

- *introduzione di un assegno per grandi invalidi in caso di grande invalidità di grado lieve*: gli atti ordinari della vita di carattere generale, descritti nel capitolo 3.1.2, sono oggi finanziati dall'assicurazione malattie. Secondo la proposta del modello A, queste prestazioni saranno assunte esclusivamente dagli assegni per grandi invalidi dell'AVS. Tuttavia, l'assegno per grandi invalidi dell'AVS in caso di grande invalidità di grado lieve sarà versato unicamente a chi vive a casa, e non a chi soggiorna in una casa di cura. In tal modo si intende creare un incentivo affinché le persone ancora autosufficienti vivano a casa il più a lungo possibile.
- *Riduzione del periodo d'attesa*: il cambiamento dell'ente responsabile del finanziamento presuppone un disciplinamento per quanto riguarda il periodo d'attesa di un anno prescritto nell'AVS, che non è previsto nell'assicurazione malattie e che quindi comporterebbe lacune a scapito degli assicurati. Tuttavia, in molti casi non è chiaro sin dall'inizio se il bisogno di cure sia destinato a durare a lungo o no. Alla luce di questi due fattori, si giustifica una riduzione dell'attuale periodo d'attesa. Si propone di ridurre da un anno a nove mesi il periodo d'attesa. Il diritto a un assegno per grandi invalidi insorge pertanto se la grande invalidità è stata ininterrottamente tale durante nove mesi. Durante i primi nove mesi, gli aventi diritto finanziano quindi queste prestazioni con i propri mezzi, eventualmente con prestazioni complementari.

⁴¹ Gli assegni per grandi invalidi nel quadro dell'AI non sono interessati dal presente modello.

3.1.3.2

Adeguamento dell'assegno per grandi invalidi nelle situazioni di cura complesse

D'altro canto, il modello A propone che nelle situazioni complesse l'assicurazione malattie assuma integralmente le spese delle cure mediche e delle cure di base. In tal modo, nelle cure di base l'assicurazione malattie copre in pratica il campo di prestazioni dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS, che in linea di principio potrebbe quindi essere soppresso. A questo proposito occorre tuttavia distinguere se gli assegni per grandi invalidi sono versati a persone che vivono a casa o a persone che vivono in un istituto: la congruenza non totale delle prestazioni dell'assicurazione malattie con l'obiettivo di prestazione dell'assegno per grandi invalidi, ad esempio nel rendere possibili i contatti sociali, depone a favore della soppressione dell'assegno per grandi invalidi esclusivamente per le persone che vivono in un istituto, poiché determinate prestazioni, quali i contatti sociali, possono essere considerate coperte nel contesto dell'istituto, il che non è invece il caso per le persone bisognose di aiuto che vivono al proprio domicilio. Inoltre, continuando a versare l'assegno per grandi invalidi alle persone che vivono a casa, è possibile rafforzarne l'autonomia e potenziare quindi l'incentivo a rinunciare il più a lungo possibile a ricorrere a infrastrutture di cura quali gli istituti.

Tabella 8: Compendio delle ripercussioni del modello A sul versante delle prestazioni

		Prestazioni per le cure di base		Prestazioni per le cure mediche
		in situazioni di cura semplici	in situazioni di cura complesse	
A casa	AOCMS	No (-)	Sì (+)	Sì (+/-)
	AGI-AVS	Sì (+)	Sì (+/-)	Sì (+/-)
	PC	Sì (+)		
In istituto	AOCMS	No (-)	Sì (+)	Sì (+)
	AGI-AVS	No (+/-)	No (-)	No (-)
	PC	Sì (+)		

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS

PC Prestazioni complementari (per le proposte materiali, cfr. cap. 3.3)

AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

(-) *Riduzione* delle prestazioni rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni (nell'assicurazione malattie, senza tenere conto delle attuali tariffe limite)

(+) *Estensione* delle prestazioni rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni (nell'assicurazione malattie, senza tenere conto delle attuali tariffe limite)

(+/-) Situazione invariata rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni

3.2

Modello B

3.2.1

Idea di base del modello

Nell'estate 2002 il Dipartimento federale dell'interno, in seguito a una seduta speciale del Consiglio federale sul tema dell'assicurazione malattie, ha incaricato un gruppo di esperti esterni di esaminare nuovi modelli di finanziamento delle cure in vista di un'ulteriore revisione della LAMal. Nel loro rapporto⁴², presentato nel luglio 2003, gli esperti hanno proposto due possibili modelli di finanziamento alternativi, ma dato la priorità a un modello concreto (modello "Status Quo plus"). Questo modello distingue, nel settore dell'assicurazione malattie, tra il finanziamento delle cure acute (cure transitorie negli istituti e cure acute Spitex) e il finanziamento delle cure di lunga durata.

Per quanto concerne le cure acute, i costi delle prestazioni di cura secondo la LAMal sono assunti interamente dagli assicuratori.

Le cure di lunga durata sono finanziate congiuntamente dagli assicuratori, dai poteri pubblici (mediante un'estensione mirata delle prestazioni complementari, cfr. cap. 3.3) e dalle persone bisognose di cure; gli assicuratori-malattie versano un "contributo" ai costi delle cure di lunga durata. Questo contributo è fissato in modo tale che l'assicurazione malattie non abbia a subire ulteriori oneri finanziari rispetto al disciplinamento attualmente in vigore (che prevede tariffe limite stabilite dalle autorità).

3.2.2 Questioni legate alla definizione

Per il modello B è dunque determinante la distinzione tra cure acute e cure di lunga durata e quindi la definizione di questo binomio, che il rapporto degli esperti ha lasciato in sospeso.

Attualmente è definita a livello di legge unicamente la nozione di "cure per pazienti lungodegenti": sono considerate cure per pazienti lungodegenti le degenze in ospedale o in casa di cura senza che, secondo l'indicazione medica, siano necessarie cure e assistenza o una riabilitazione medica in ospedale (art. 49 cpv. 3 LAMal e art. 6 OCPre).

Per la definizione delle cure acute e delle cure di lunga durata sono in discussione le seguenti caratteristiche scientifiche in materia di cure⁴³:

- *cure acute*: le cure acute sono limitate a una durata determinata, essendo incerto il decorso del processo di guarigione. La fase delle cure acute è caratterizzata da una perdita improvvisa, e di regola transitoria, dell'autonomia, durante il cui persistere l'assunzione degli atti ordinari della vita dei pazienti fa parte delle cure (AOV, cfr. cap. 3.1.2). Il trattamento medico è riferito a scopi diagnostici e terapeutici.
- *cure di lunga durata*: la fase delle cure di lunga durata è di regola irreversibile e quindi illimitata nel tempo. Le cure comprendono, oltre agli atti ordinari della vita, anche misure attivanti, preventive o palliative ed hanno lo scopo di mantenere o

⁴² Rolf Iten/Stephan Hammer, Finanzierung der Pflege, Zürich 2003

⁴³ Per la definizione seguente cfr.: Finanzierung der Pflege, Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer, Bern/Zürich, 2004

migliorare la qualità della vita del paziente nonostante le limitazioni della sua autonomia.

La distinzione tra cure acute e cure di lunga durata deve essere operata secondo criteri temporali, ma senza fissare un limite rigido, bensì un valore di riferimento che in determinate circostanze può essere modificato, ossia prolungato. Va osservato che sulla base della definizione delle cure di lunga durata della LAMal - de facto si tratta della ripartizione delle cure per pazienti lungodegenti - la distinzione temporale può essere valida soltanto nel settore delle cure e non per la definizione delle cure acute in ambito ospedaliero. Per questo motivo, la nozione di cure acute è problematica e fuorviante, ragion per cui nel seguito ci baseremo sui malati che non necessitano più di alcuna degenza in ambito ospedaliero dovuta a cure mediche. La distinzione viene quindi operata tra malati acuti o transitori e malati di lunga durata; il limite potrebbe essere fissato a 90 giorni, ma a determinate condizioni potrebbe anche essere prolungato (su proposta del medico di fiducia). Anche eventuali interruzioni della fase di lunga durata dovuta a nuove fasi acute dovrebbero esser esaminate da un medico di fiducia.

Tabella 9: Compendio delle ripercussioni del modello B sul versante delle prestazioni

		Prestazioni per le cure di base		Prestazioni per le cure mediche	
		acute	di lunga durata	acute	di lunga durata
A casa / in istituto	AOCMS	sì (+/-)	sì (-)	sì (+/-)	sì (-)
	AGI-AVS	sì (+/-)			
	PC	sì (+)			

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS

PC Prestazioni complementari (per le proposte materiali, cfr. cap. 3.3)

AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

(-) *Riduzione* delle prestazioni rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni (nell'assicurazione malattie, senza tenere conto delle attuali tariffe limite)

(+) *Estensione* delle prestazioni rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni (nell'assicurazione malattie, senza tenere conto delle attuali tariffe limite)

(+/-) Situazione invariata rispetto all'attuale ordinamento delle prestazioni

3.3

Provvedimento ausiliario di politica sociale: adeguamento delle prestazioni complementari

Considerato che il nuovo disciplinamento delle prestazioni dell'assicurazione malattie comporta tendenzialmente, sia nel modello A che nel modello B, un onere maggiore per le economie domestiche private, dal punto di vista della politica sociale sembra in linea di principio opportuno, provvedere a una correzione mediante prestazioni standard in funzione del bisogno, quali le prestazioni complementari. Per questo motivo nel quadro della presente revisione di legge viene ripresa la soppressione della limitazione delle prestazioni, in quanto questa misura è proposta anche nel disegno della Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC). Si garantisce

così la compatibilità di entrambi i disegni. Pertanto l'ammontare della prestazione complementare non dovrebbe più essere limitato, a condizione che i Cantoni prevedano un importo massimo per le tasse d'istituto determinanti⁴⁴. Per gli istituti con spese di cura entro i limiti di tassa definiti, le spese di cura potrebbero essere assunte integralmente, escludendo praticamente il rischio di dover ricorrere all'aiuto sociale.

3.4 Misura accompagnatoria volta a contenere i costi: rafforzamento della prevenzione

Se due obiettivi legislativi essenziali della LAMal possono essere considerati raggiunti - il rafforzamento della solidarietà tra gli assicurati e la concessione dell'accesso alle prestazioni mediche secondo il principio dell'uguaglianza giuridica -, altrettanto non si può dire del terzo obiettivo parziale del legislatore storico, ossia il contenimento dell'evoluzione dei costi: dall'entrata in vigore della LAMal, nel 1996, sia le spese globali dell'assicurazione malattie sia le spese dell'assicurazione malattie per il settore delle cure presentano quote di aumento annuo nettamente superiori all'evoluzione media dei salari e dei prezzi. Scomponendo l'evoluzione dei costi nei suoi elementi ($\text{costi} = \text{quantità} \times \text{prezzo}$), si constata che i prezzi svolgono in generale un ruolo subordinato, pressoché inesistente nel settore delle cure a causa delle tariffe limite esistenti, e che pertanto l'aumento dei costi è dovuto principalmente all'evoluzione della quantità. Occorre tuttavia distinguere i motivi di questa evoluzione della quantità: gli esperti in materia di economia sanitaria individuano un notevole potenziale di razionalizzazione nel sistema globale dell'assicurazione malattie - secondo studi internazionali, fino al 30 per cento delle prestazioni fornite non ha alcuna utilità dal punto di vista medico -, poiché motivi non medici (come lo sfruttamento delle capacità esistenti, l'ottimizzazione dei redditi da parte dei fornitori di prestazioni, il comportamento dei pazienti o i trattamenti multipli a causa del mancante coordinamento nella catena terapeutica ecc.) influiscono sulla fornitura di prestazioni. Questi motivi però - e quindi le possibilità di razionalizzare - nel settore delle cure vanno nettamente ridimensionati quanto alla loro importanza: proprio le persone più bisognose di cure non dispongono praticamente di alcuna libertà di scelta né di un margine di manovra per formulare preferenze di consumo; le prestazioni di cura sono fornite in maniera preponderante, su prescrizione medica e dopo un accertamento del bisogno, da fornitori di prestazioni non medici e nelle case di cura non esistono praticamente sovracapacità. Le diverse ragioni che stanno alla base dell'aumento dei costi non esimono tuttavia dallo sviluppare soluzioni di contenimento anche nel settore delle cure, sia pure di qualità diversa: non è prioritario evitare le prestazioni diagnostiche o terapeutiche poco o punto indicate dal profilo medico, bensì promuovere la prevenzione.

⁴⁴ Fino ad oggi, solo tre Cantoni non hanno ancora introdotto un importo massimo per le case per anziani, le case per invalidi e le case di cura: Neuchâtel, San Gallo e Basilea Campagna.

3.4.1

Importanza della prevenzione geriatrica

I risultati di una ampio studio⁴⁵, svolto nel quadro del Programma nazionale di ricerca “Vecchiaia” (PNR 32), hanno mostrato che le visite preventive a domicilio possono prevenire efficacemente le infermità della vecchiaia. Si sono rivelate particolarmente efficaci le visite geriatriche a domicilio a scadenze trimestrali presso persone anziane che presentano lievi infermità o non ne presentano affatto: per questo gruppo di persone, lo studio ha riscontrato un rischio di essere ricoverate in un istituto quattro volte inferiore rispetto al gruppo di controllo che non aveva beneficiato di prestazioni preventive. Per contro, le persone anziane che presentano già una o più infermità non possono beneficiare di un programma di visite geriatriche a domicilio, poiché nel caso di questo gruppo di persone prioritaria non è la prevenzione, bensì la terapia e la riabilitazione.

Tuttavia, la prevenzione geriatrica, almeno per le persone non inferme, non è solo efficace dal profilo medico, ma è anche efficiente dal profilo dei costi, seppure soltanto a media scadenza: la realizzazione del programma d'intervento alla base dello studio causa costi per circa 700 CHF per persona all'anno. Il confronto di questi costi annui con i risparmi da attendersi dal calo dei ricoveri nelle case di cura mostra che a partire dal terzo anno ci si può attendere un guadagno netto per un importo di poco inferiore ai 2000 CHF per persona all'anno.

3.4.2

Proposte per l'attuazione

Lo studio del PNR ha evidenziato che la qualità delle visite a domicilio, che presuppongono conoscenze interdisciplinari, costituisce un fattore decisivo per il successo del programma. Una loro più ampia attuazione nella prassi richiede pertanto misure a diversi livelli della formazione e del controllo delle prestazioni e della qualità. In Svizzera non esistono sufficienti offerte di formazione né nel settore non medico né in quello medico. L'attuale formazione da infermiere in salute pubblica risponde ai requisiti solo in maniera insufficiente. Anche nel settore medico la realizzazione di un simile programma comporta notevoli sforzi: per aumentare la competenza geriatrica dei medici di famiglia e dei medici specialisti, occorrerebbe creare offerte speciali di formazione continua e perfezionamento. Infine andrebbero presi in considerazione anche elementi di formazione comuni (p. es. tra neomedici e neoinfermieri). Nonostante questi deficit - o forse proprio causa di essi - sembra opportuno promuovere la prevenzione geriatrica a diversi livelli:

- *Livello della prevenzione generale*: a livello generale, la fondazione “Promozione Salute Svizzera”, che secondo l'articolo 19 LAMal stimola, coordina e valuta misure intese a promuovere la salute e a prevenire le malattie, potrebbe essere vincolata per legge a definire la prevenzione geriatrica come priorità del suo agire. Nel quadro di campagne di prevenzione andrebbero sensibilizzati agli aspetti della prevenzione specifica per la vecchiaia (p. es. prevenzione delle cadute) sia la popolazione anziana sia i medici, in particolare i medici di famiglia.
- *Livello della prevenzione individuale*: a livello delle misure di prevenzione individuale, che costituivano l'obiettivo dello studio relativo al PNR, esiste già

⁴⁵ Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (a c.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, SGGP-Schriftenreihe, n. 62, Muri 2000

una base legale: secondo l'articolo 26 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume fra l'altro i costi di "misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo"; le misure preventive devono essere eseguite o ordinate da un medico. Prima di stabilire a livello di ordinanza un obbligo di prestazione degli assicuratori-malattie in questo settore, in un primo momento occorrerebbe sottoporre le condizioni quadro (estensione delle prestazioni, formazione delle persone mediche e non mediche che forniscono le prestazioni, tariffe, integrazione in modelli *managed care* ecc.) a un esame approfondito delle competenti commissioni della Confederazione.

3.5 Riassunto: compendio delle ripercussioni finanziarie dei modelli proposti

3.5.1 Osservazioni generali relative alle ripercussioni finanziarie

Nella dinamica generale dell'evoluzione dei costi e delle spese nel settore delle cure le variabili esogene svolgono un ruolo di primo piano. Il settore delle cure sarà influenzato soprattutto dall'evoluzione demografica e dal progresso medico - due variabili che si influenzano a vicenda. La crescita è difficilmente quantificabile⁴⁶, ma in ogni previsione a lungo termine bisogna per principio partire dal presupposto che, a causa dei fattori esogeni, l'intero settore delle cure subirà un aumento dei costi che inciderà su tutti i finanziatori, e quindi graverà ulteriormente anche sui poteri pubblici.

Riguardo alle ripercussioni finanziarie dei modelli proposti va constatato che già attualmente i costi delle cure non assunti dall'assicurazione malattie sono coperti mediante altre fonti di finanziamento. Questo riguarda in primo luogo le economie domestiche e i Cantoni o i Comuni relativamente alle prestazioni complementari e all'aiuto sociale. Di conseguenza, nella maggior parte dei casi entrambi i modelli non comportano veri e propri costi supplementari, bensì modifiche sul fronte del finanziamento. In un'analisi statica i modelli porteranno unicamente ad un trasferimento di oneri tra le fonti di finanziamento - principalmente tra le economie domestiche e i poteri pubblici, mentre l'assicurazione malattie conserverà presumibilmente all'incirca l'attuale quota di finanziamento. In virtù della modifica nell'ambito delle PC, queste ultime dovrebbero gravare ulteriormente sui Cantoni (e sulla Confederazione). D'altra parte, però, l'aumento dei sussidi per le PC dovrebbe sgravare in ampia misura l'aiuto sociale e il bisogno di sussidiamento degli istituti pubblici e delle aziende pubbliche per le cure a domicilio (Spitex) dovrebbe diminuire. Tuttavia i costi derivanti dall'ampliamento delle PC dovrebbero eccedere i risparmi che ne conseguirebbero cosicché in entrambi i modelli i poteri pubblici si vedrebbero presumibilmente confrontati ad un aumento dei costi.

⁴⁶ Cfr. capitolo 2.2 (con ulteriori rinvii)

3.5.2

Ripercussioni finanziarie del modello A

Nel modello A l'idea di base è costituita dal fatto che l'assicurazione malattie finanzia unicamente le cure di base nelle situazioni complesse. L'assicurazione malattie sarà quindi sgravata nel settore delle cure di base semplici, mentre per le cure di base complesse, a causa dell'attuale copertura delle spese parzialmente lacunosa, occorrerà attendersi costi nettamente superiori. Complessivamente l'assicurazione malattie risulta leggermente sgravata (di circa 60 milioni di franchi), poiché in ultima analisi il modello prevede che rimborsi meno prestazioni. Poiché però mancano dati precisi sulla ripartizione delle spese di cura, la quantificazione risulta incerta, ragion per cui non è possibile valutare la dinamica degli incentivi.

Anche nel settore degli assegni per grandi invalidi dell'AVS vi sono due effetti contrapposti. Da un lato, l'introduzione di un assegno per grandi invalidi di grado lieve (spese supplementari per 20 milioni di franchi) e la riduzione del periodo di attesa da 12 a 9 mesi (spese supplementari per 12 milioni di franchi) comportano complessivamente un aumento dei costi stimato a 32 milioni di franchi; dall'altro, la soppressione dell'assegno per grandi invalidi per le persone che vivono in un istituto implica uno sgravio di 190 milioni di franchi: quest'ultimo effetto è quindi nettamente prevalente.

Gli adeguamenti delle prestazioni complementari sono gli stessi in entrambi i modelli: da stime interne all'Amministrazione risulta che la riforma prevista nel settore delle PC (soppressione della limitazione delle PC per le persone che vivono in un istituto) provocherebbe un aumento dei costi di circa 230 milioni di franchi⁴⁷.

Le ripercussioni finanziarie del modello A riguardano sia l'assicurazione malattie che l'AVS (assegno per grandi invalidi) e le PC ed hanno quindi effetti di più ampia portata rispetto al modello B. Partendo dal presupposto che la riforma delle PC venga attuata, nel modello A risulta comunque un lieve sgravio finanziario delle economie domestiche.

Tabella 10: Maggiori e minori costi del modello di finanziamento A rispetto allo statu quo (in mio. CHF)⁴⁸

	Prestazioni per le cure di base		Prestazioni per le cure mediche	Totale
	in situazioni di cura semplici	in situazioni di cura complesse		
AOCMS	- 424	+ 361	0	- 63
AGI-AVS	+ 20 (AGI gr. lieve) + 12 (riduzione periodo d'attesa)	- 190	0	- 158
PC	+ 236 (soppressione della limitazione delle PC per le persone negli istituti)			+ 236
Totale				+ 15

⁴⁷ I calcoli sono fondati sui dati della statistica delle PC 2003. Questa rilevazione registra ogni anno a dicembre tutti i casi di PC. L'aumento dei costi si ottiene ricalcolando le PC individuali senza tener conto del limite in vigore. Quale tassa dovuta all'istituto è stata considerata la tassa effettivamente determinante per il calcolo delle PC, che nella maggior parte dei Cantoni ha un limite massimo.

⁴⁸ Senza considerare la NPC.

Legenda:
 AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS
 PC Prestazioni complementari
 AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Tabella 11: Ripercussioni finanziarie del modello A sulla Confederazione e sui Cantoni (in mio. CHF)

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS	- 26	- 6
PC	+ 53	+ 183
Totale	+ 27	+ 177

Legenda:
 AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS
 PC Prestazioni complementari
 AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

3.5.3 Ripercussioni finanziarie del modello B

Nel modello B, per il settore dell'assicurazione malattie si propone di operare una distinzione rigorosa tra cure acute e cure di lunga durata. Mentre le cure acute andrebbero finanziate completamente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nel caso delle cure di lunga durata il finanziamento sarebbe assicurato sia dall'assicurazione malattie che dai poteri pubblici (mediante le prestazioni complementari) che dalle persone bisognose di cure. Il calcolo delle ripercussioni finanziarie è stato focalizzato sul settore delle cure di lunga durata, di modo che le ripercussioni sul settore acuto dell'assicurazione malattie non sono state considerate. In questo settore vi sarà tendenzialmente un aggravio dell'assicurazione malattie, anche se solo in misura limitata. Per le cure di lunga durata il modello prevede che la quota di finanziamento dell'assicurazione malattie, visto il disciplinamento dei contributi degli assicuratori, non sarà ulteriormente innalzata, di modo che in questo settore non vi saranno ripercussioni finanziarie.

Per quanto concerne l'assegno per grandi invalidi dell'AVS, si presume che sarà mantenuto al livello attuale, cosicché anche in questo caso non sono previste ripercussioni finanziarie dovute al modello. Il modello è chiaramente incentrato sul settore delle PC, dove propone la stessa riforma del modello A. Gli effetti nel settore delle PC vanno equiparati all'effetto globale del modello (dal punto di vista delle assicurazioni sociali).

Le ripercussioni del modello B riguardano quindi soprattutto le PC, che subirebbero un onere maggiore. In compenso, le economie domestiche dovrebbero beneficiare di uno sgravio finanziario.

Tabella 12: Maggiori e minori costi del modello di finanziamento B rispetto allo statu quo (in mio. CHF)⁴⁹

	Prestazioni per le cure di base		Prestazioni per le cure mediche		Totale
	acute	di lunga durata	acute	di lunga durata	
AOCMS	0 ⁵⁰				0
AGI-AVS	0				0
PC	+ 236 (soppressione della limitazione delle PC per le persone negli istituti)				+ 236
Totale					+ 236

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS

PC Prestazioni complementari

AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Tabella 13: Ripercussioni finanziarie del modello B sulla Confederazione e sui Cantoni (in mio. CHF)

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS	0	0
PC	+ 53	+ 183
Totale	+ 53	+ 183

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS

PC Prestazioni complementari

AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

3.5.4 Rapporto con la Nuova impostazione della perequazione finanziaria (NPC)

La futura Nuova impostazione della perequazione finanziaria (NPC) prevede che nel quadro delle PC la Confederazione sarà competente in maniera preponderante per la garanzia dell'esistenza (5/8 delle spese) e che i Cantoni, oltre a una partecipazione alla garanzia dell'esistenza (3/8 delle spese), assumeranno integralmente le PC dovute ai costi di malattia o invalidità. I Cantoni devono assumere integralmente l'importo delle spese d'istituto che eccede il fabbisogno vitale. I Cantoni possono limitare la tassa giornaliera dovuta alla degenza in una casa di cura o in un ospedale ed influenzare così l'importo delle PC a loro carico. Poiché in questo sistema non ha senso fissare un limite massimo delle PC annue per le persone che vivono in un

⁴⁹ Senza considerare la NPC.

⁵⁰ Si ipotizza che il contributo alle cure di lunga durata sia stabilito in modo tale che l'attuale onere per l'assicurazione malattie (secondo l'ordinamento delle tariffe limite) rimanga invariato. Rispetto al rimborso delle spese integrali del diritto vigente, tuttavia, si tratta di una riduzione delle prestazioni.

istituto, il limite sarà soppresso. Con la NPC i Cantoni potranno continuare a tener conto in maggiore o minore misura della diminuzione della sostanza.

Con la NPC anche nel settore delle PC la responsabilità per il finanziamento delle spese d'istituto è conferita in ampia misura ai Cantoni. Gli oneri delle PC di cui alle tabelle 11 e 13 sono dunque completamente a carico dei Cantoni. Lo sgravio previsto dal modello A nel settore degli assegni per grandi invalidi invece concerne esclusivamente la Confederazione. Tutti gli aggravii risp. sgravi sono compensati nel bilancio globale delle NPC: per Confederazione e Cantoni dunque la ripartizione dei compiti dal punto di vista finanziario sarà neutrale.

Tabella 14: Ripercussioni finanziarie del modello A per Confederazione e Cantoni tenuto conto della NPC (in mio. CHF)⁵¹

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS	- 32	0
PC	0	+ 236
Totale	- 32	+ 236

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS
PC Prestazioni complementari
AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Tabella 15: Ripercussioni finanziarie del modello B per Confederazione e Cantoni tenuto conto della NPC (in mio. CHF)⁵²

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS	0	0
PC	0	+ 236
Totale	0	+ 236

Legenda:

AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS
PC Prestazioni complementari
AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

⁵¹ Gli aumenti risp. diminuzioni degli oneri dovuti al modello sono compensati nel bilancio globale della NPC.

⁵² Gli aumenti risp. diminuzioni degli oneri dovuti al modello sono compensati nel bilancio globale della NPC.

3.6

Soluzioni accantonate

Nel quadro del presente avamprogetto non si tiene conto dei seguenti modelli di nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

3.6.1

Introduzione di un'assicurazione per le cure

La copertura delle conseguenze economiche del bisogno di cure può essere organizzata come assicurazione sociale autonoma. Sia per quanto riguarda l'estensione delle prestazioni che in relazione all'obbligo d'assicurazione e al finanziamento sono ipotizzabili diverse modalità, che possono essere combinate in diversi modi:

- *estensione delle prestazioni*: il rischio di cure può essere organizzato, come ad esempio in Germania, come ramo delle assicurazioni sociali obbligatorio per tutta la popolazione, che copra, oltre a quelle indicate a livello medico, anche le altre prestazioni di cura, indipendentemente dalla loro causa. Sono tuttavia in discussione anche modelli che prevedono un'assicurazione delle cure che comprenda unicamente le prestazioni di cura indicate a livello medico secondo la LAMal.
- *obbligo d'assicurazione*: l'obbligo d'assicurazione può estendersi a tutta la popolazione o soltanto a determinati gruppi della popolazione, in particolare a determinati gruppi d'età (p. es. le persone di età superiore ai 50, 60 o 70 anni).
- *finanziamento*: per quanto concerne il finanziamento, oltre alle detrazioni salariali usuali nei sistemi delle assicurazioni sociali e ai mezzi fiscali generali, entrano in considerazione in particolare i premi pro capite, che possono essere impostati in maniera uniforme (solidarietà intergenerazionale) oppure in modo differenziato in funzione del rischio (solidarietà intragenerazionale).

In Svizzera l'introduzione di un'assicurazione per le cure è già stata discussa e respinta più volte. Ad esempio, all'inizio degli anni Novanta, vale a dire prima dell'entrata in vigore della LAMal, l'iniziativa parlamentare Tschopp del 30 novembre 1992 proponeva un'assicurazione federale indipendente dall'assicurazione malattie obbligatoria che assumesse le spese sanitarie, dell'economia domestica e dell'assistenza sociale delle persone inferme d'età superiore ai 75 anni ("AVS plus").

Nel suo rapporto del 13 gennaio 1999, in risposta al postulato della Commissione della politica sociale del Consiglio degli Stati sulla garanzia e il finanziamento delle prestazioni di cura e dell'assistenza in caso di bisogno di cure, il Consiglio federale giungeva alla conclusione che la solidarietà intergenerazionale istituita dalla LAMal per le cure mediche dovesse essere mantenuta e che dal punto di vista sociale non fosse auspicabile il trattamento separato della "quarta età" dal resto della popolazione, ma che si dovesse piuttosto trattare allo stesso modo tutte le persone interessate, indipendentemente dalla classe d'età. Secondo l'Esecutivo lo sgravio delle famiglie e persone di modeste condizioni economiche doveva essere raggiunto mediante misure di controllo dei costi e riduzioni individuali dei premi. Per quanto concerne l'assunzione delle spese in caso di bisogno di cure (cure, alloggio, assistenza sociale, sostegno), il Consiglio federale riteneva che le prestazioni complementari dovessero essere coordinate con l'assicurazione malattie, con

l'assegno per grandi invalidi e con l'indennità di assistenza (allora prevista) della 4^a revisione dell'AI.

3.6.2 Imposta di successione federale come fonte complementare di finanziamento

Negli ultimi anni è stata avanzata da più parti l'idea del finanziamento delle assicurazioni sociali, in particolare dell'AVS, mediante un'*imposta di successione* federale. Il Consiglio federale ha respinto queste proposte sostenendo che il finanziamento delle opere sociali mediante un'imposta di successione federale indebolirebbe il sostrato fiscale dei Cantoni e sarebbe in contrasto con gli obiettivi della riforma della perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni (cfr. mozione 96.3213 Hafner. Imposta federale di successione e donazione quale contributo al finanziamento dell'AVS). È tuttavia indiscusso che eventuali miglioramenti delle PC rappresentano una forma di protezione degli eredi in quanto la sostanza residua non deve essere utilizzata per finanziare prestazioni di cura, ma può eventualmente essere trasmessa agli eredi.

4.1

Adeguamenti derivanti dall'attuazione del modello A

4.1.1

Adeguamenti nell'assicurazione malattie

L'attuazione del modello A in relazione alle prestazioni non presuppone adeguamenti giuridici a livello di legge, ma unicamente a livello di ordinanza: infatti a livello di legge il diritto vigente designa le prestazioni non mediche soltanto nel loro principio (le cure sono definite nell'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal), mentre le singole prestazioni a carico delle casse malati sono definite in elenchi positivi a livello di ordinanza. Per l'attuazione del modello A, questo principio della definizione delle prestazioni dal punto di vista del diritto in materia di assicurazione malattie significa che non occorrerà procedere a modifiche a livello di legge, bensì a una nuova definizione del settore delle prestazioni nell'ordinanza sulle prestazioni. L'adeguamento dell'OPre ai sensi del modello A comporterà la revisione dei seguenti punti:

- *Nuova definizione delle cure mediche (art. 7 OPre)*: la definizione delle cure mediche nell'ordinanza andrà verificata e adeguata al nuovo modello. Una particolare attenzione dovrà essere rivolta alla definizione delle prestazioni, che dovrà rendere praticamente impossibile comportamenti elusivi (p. es. la prescrizione per ragioni sociali di cure mediche non indicate dal profilo medico allo scopo esclusivo di far sì che le cure mediche necessarie per il singolo caso vengano assunte dall'assicurazione malattie).
- *Nuova definizione delle cure di base (art. 7 OPre)*: le cure di base devono da un lato essere adeguate, per quanto concerne l'estensione delle prestazioni, alla definizione internazionalmente riconosciuta degli atti ordinari della vita (AOV), dall'altro devono essere limitate quali prestazioni accessorie delle cure per la vecchiaia: le cure di base sono coperte esclusivamente per persone nell'età legale di pensionamento cui sono dispensate cure mediche.
- *Verifica delle valutazioni dei bisogni e delle procedure di controllo (art. 8 e 8a OPre)*: allo scopo di poter controllare lo sviluppo del volume delle prestazioni nel settore delle cure, sarà indispensabile verificare i meccanismi esistenti della valutazione dei bisogni e delle procedure di controllo (in particolare la limitazione nel tempo con possibilità di ripetizione) ed eventualmente completarli, ad esempio mediante il ricorso a medici di fiducia.

4.1.2

Adeguamenti nell'AVS

Art. 43bis

Ai beneficiari di una rendita di vecchiaia grandi invalidi di grado lieve sarà concesso un assegno per grandi invalidi per compiere gli atti ordinari della vita (cure di base). In tal modo possono essere coperte, in misura modesta, le prestazioni Spitex.

L'assegno per grandi invalidi in caso di grande invalidità di grado lieve sarà tuttavia concesso unicamente alle persone in età di pensionamento AVS che vivono a casa e non a quelle che soggiornano in un istituto. Analogamente, i beneficiari della rendita di vecchiaia grandi invalidi di grado medio o elevato che vivono in un istituto non ricevono più alcun assegno per grandi invalidi se l'assicurazione malattie assume le spese delle cure mediche e delle cure di base.

Il diritto a un assegno per grandi invalidi insorge quando la grande invalidità dura da almeno nove mesi (cfr. cap. 3.1.3.1).

Garanzia dei diritti acquisiti: il modello di finanziamento descritto si applica in primo luogo alle persone che diventano bisognose di cure solo dopo aver compiuto i 65 rispettivamente i 64 anni. Alle persone che erano bisognose di cure già prima del compimento dell'età di pensionamento e che ricevevano un assegno per grandi invalidi dell'AI, una volta raggiunta l'età di pensionamento, verrà versato (come finora) un assegno per grandi invalidi dell'AVS d'importo identico, sempre che l'assicurazione malattie non fornisca prestazioni di cura. È soprattutto il caso delle persone invalide che già nell'età in cui esercitavano un'attività lucrativa sono entrate in un istituto per invalidi e alle quali l'assicurazione malattie non fornisce alcuna prestazione di cura.

4.2 Adeguamenti derivanti dall'attuazione del modello B

Contrariamente al modello A, l'attuazione del modello B in relazione alle prestazioni richiede un adeguamento del diritto in materia di assicurazione malattie a livello di legge:

Art. 25 cpv. 2 lett. a^{bis}

Nella definizione delle prestazioni generali a livello di legge, nell'articolo 25 LAMal, occorre sancire il principio che per le cure di lunga durata viene versato unicamente un contributo. La cura di lunga durata è definita come fase che inizia dopo un periodo di 90 giorni con misure di cura (acute) che non hanno avuto luogo nel quadro di un trattamento ospedaliero dovuto a motivi medici.

Tutti gli altri adeguamenti giuridici devono essere eseguiti, conformemente all'attuale sistematica del diritto in materia di assicurazione malattie, a livello di ordinanza: nell'articolo 33 LAMal il legislatore ha conferito al Consiglio federale la competenza, fra l'altro, di precisare le prestazioni definite nell'articolo 25 capoverso 2 LAMal oppure di delegare questo compito al Dipartimento o all'Ufficio federale. Analogamente alle prestazioni già esistenti per le quali viene versato unicamente un contributo (cure balneari, spese di trasporto e di salvataggio), è presumibile che il Consiglio federale delegherà questa sua competenza, di modo che sia la definizione delle cure di lunga durata sia il relativo contributo saranno stabiliti nell'OPre.

Tabella 16: Distinzione delle cure di lunga durata nel modello B

	Cure ospedaliere	Cure di lunga durata	
		„cure acute”	„cure di lunga durata”
Definizione	Per motivi medici, l'ambito ospedaliero è imperativamente necessario; possono riguardare le cure acute o la riabilitazione medica	Misure di cura che non devono (più) essere eseguite in ambito ospedaliero e che comprendono un elemento transitorio	Cure di lunga durata “vere e proprie” per malati cronici che necessitano di cure permanenti (fuori dall'ambito ospedaliero)
Periodo/giorni	1 - ∞	1 - 90	91 - ∞
Finanziamento	AMal e poteri pubblici	AMal	Contributo AMal

4.3 Adeguamenti indipendenti dai modelli

4.3.1 Adeguamenti indipendenti dai modelli nell'assicurazione malattie

Art. 19 cpv. 2

Il secondo periodo, di nuova introduzione, definisce la prevenzione per la vecchiaia come attività prioritaria dell'istituzione. Il finanziamento dev'essere disciplinato dal Dipartimento, il quale conformemente all'articolo 20 capoverso 2 LAMal definisce già oggi il contributo annuo prelevato da ogni persona assicurata (attualmente 2,40 CHF all'anno). Il Dipartimento è ad esempio libero, nel quadro di questa competenza, di aumentare il contributo a favore della prevenzione per la vecchiaia, vincolandone la destinazione, oppure di riservare una parte (percentuale o fissa) del contributo attuale per la prevenzione per la vecchiaia.

Art. 104a

Poiché nella fase d'introduzione della LAMal era stata constatata un'insufficiente trasparenza dei costi nel settore Spitex e in quello delle case di cura, nell'autunno 1997 è stata inserita nell'OAMal (art. 59a) una norma di delega: tale norma, che si basa sull'articolo 43 capoverso 7 LAMal secondo cui il Consiglio federale "può stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate; può anche fissare norme relative all'adeguamento delle tariffe", autorizza il Dipartimento, in caso di mancanza di trasparenza dei costi nei settori Spitex e delle case di cura, a fissare tariffe limite che non possono essere superate. Avendo considerato la questione come problematica d'introduzione, nel 2002 il legislatore nelle disposizioni transitorie ha emanato, con l'articolo 104a LAMal, una base legale formale che sancisce anche esplicitamente la competenza della Confederazione di emanare un disciplinamento. Con l'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, questa norma di delega per l'emanazione di tariffe limite non ha più ragion d'essere e va quindi abrogata.

4.3.2 Adeguamento delle prestazioni complementari indipendente dai modelli

Le correzioni proposte dai due modelli, necessarie per motivi di politica sociale, presuppongono un disciplinamento più generoso della diminuzione della sostanza e della franchigia patrimoniale e la soppressione dell'importo massimo delle prestazioni complementari per le persone che soggiornano negli istituti e negli ospedali:

Art. 3a cpv. 3

Per le persone che soggiornano in maniera permanente o per un periodo prolungato in un istituto o in un ospedale, secondo il diritto vigente la prestazione complementare annua non deve superare il 175 per cento dell'importo massimo del fabbisogno vitale delle persone che vivono sole ai sensi dell'articolo 3b capoverso 1 lettera a LPC, il che corrisponde attualmente a un importo annuo di 30'275 CHF o a un importo mensile di 2'525 CHF. Con il nuovo disciplinamento si intende sopprimere questa limitazione delle prestazioni. Si parte tuttavia dal presupposto che i Cantoni prevedano un tetto massimo per le tasse d'istituto giornaliere da considerarsi come spese riconosciute. Fino ad oggi, 23 dei 26 Cantoni hanno fatto uso della possibilità di limitare le tasse d'istituto computabili.

Allegato 1: Tavola sinottica del confronto fra alcuni Paesi

Il seguente compendio⁵³ mostra tre modelli diversi per il finanziamento delle cure. Nell'assicurazione di base gli Stati prescelti presentano un sistema di assicurazione sociale finanziato mediante contributi comparabile al sistema svizzero di assicurazione malattie e conoscono un sistema particolare per le cure.

	Germania	Austria	Lussemburgo
Basi giuridiche	Assicurazione sociale delle cure per assicurati secondo la legge e assicurazione obbligatoria privata delle cure per gli affiliati ad assicurazioni private contro le malattie, Codice sulla socialità (Sozialgesetzbuch), Undicesimo libro	Legge federale sui contributi alle cure (Bundespflegegeldgesetz, BPGG) Leggi dei Länder sui contributi alle cure	Legge del 19 giugno 1998 che introduce l'assicurazione per le cure
Principio di base	Assicurazione legale per le cure	Sistema di contributi per le cure dello Stato centrale e dei Länder, finanziato mediante le imposte	Assicurazione sociale per le cure
Assicurati	In funzione dell'obbligo di aderire all'assicurazione contro le malattie (salariati, pensionati, disoccupati ecc.)	Tutti gli abitanti	Tutte le persone affiliate all'assicurazione contro le malattie (persone esercitanti un'attività lucrativa, pensionati e beneficiari di una prestazione della sicurezza sociale)
Finanziamento a) imposte b) contributi	a) no b) 100%	a) 100% b) no	a) 45 % delle spese globali dell'assicurazione per le cure b) resto
Persone soggette alla contribuzione e aliquote di contribuzione a) salariati b) datori di	a) e b) 1,7% (metà ciascuno) del reddito da lavoro fino a un limite di calcolo dei contributi (1.1.2004: € 41'850) d) 1,7 % della rendita		a), c) e d) e altri beneficiari di una prestazione della sicurezza sociale: contributo speciale dell'1% del reddito (reddito da lavoro,

⁵³ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term care, Annex: tables and figures, dicembre 2003 (pubblicazione prevista per la metà del 2004); MISSOC, sistema d'informazione reciproca della sicurezza sociale negli Stati membri dell'UE e dello SEE (situazione al 1° gennaio 2003 e sviluppo).

lavoro c)indipendenti d)pensionati	fino a un limite di calcolo dei contributi disoccupati: i contributi sono assunti dall'Istituto nazionale del lavoro (Bun- desanstalt für Arbeit)		reddito sostitutivo e introiti dalla sostanza)
Partecipazione propria	no	Contributo alle spese per chi usufruisce di prestazioni in natura	no

Allegato 2: Dati alla base dei modelli di calcolo

1. Stima dell'attuale volume di finanziamento per le prestazioni di cura

	Finanziamento attuale stimato (2001) in mio. CHF		
	AMal	AGI AMal	Somma
Cure di base <i>semplici</i>	423.9 ³⁾	117.6 ⁶⁾	541.5
Cure di base <i>complesse</i>	722.1 ³⁾	268.5 ⁵⁾	990.6
Totale cure di base	1'146.0 ²⁾	386.1 ⁵⁾	1'532.1
Cure mediche	382.0 ²⁾	0	382.0
Totale	1'528.0 ¹⁾	386.1 ⁴⁾	1'914.1

- 1) Spese globali dell'assicurazione malattie per case di cura e Spitex nel 2001, compresa la partecipazione ai costi
- 2) Ripartizione cure di base / cure mediche nel rapporto stimato di 75:25
- 3) Ripartizione stimata cure di base semplici / complesse secondo i livelli di fabbisogno di cure (rapporto 37:63)
- 4) Totale assegni per grandi invalidi dell'AVS versati nel 2001
- 5) Ripartizione stimata cure di base complesse secondo quota AGI per grande invalidità di grado elevato
- 6) Ripartizione stimata cure di base semplici secondo quota AGI per grande invalidità di grado lieve e medio

2. Stima delle ripercussioni finanziarie

Ipotesi sul futuro finanziamento (secondo il modello A):

- AMal non finanzia più le cure di base semplici; le cure di base semplici sono finanziate mediante gli AGI, le PC e le economie domestiche
- gli AGI vengono versati soltanto alle persone bisognose di cure che vivono a casa (ripartizione istituto/domicilio: 50 % ciascuno)
- introduzione di un AGI per la grande invalidità di grado lieve
- rispetto alla situazione attuale, le spese complessive per le cure di base semplici rispettivamente complesse rimarranno presumibilmente costanti.

	Finanziamento stimato secondo il modello (in mio. CHF)			
	AMal	AGI AVS	Aggravio per le PC ⁵⁾	Aggravio/sgravio per le economie domestiche ⁶⁾
Cure di base <i>semplici</i>	0.0 ¹⁾	90.8 ⁴⁾	177.0	273.7
Cure di base <i>complesse</i>	1'083.1 ²⁾	134.3	59.0	-285.8
Totale cure di base	1'083.1	225.1	236.0	-12.1
Cure mediche	382.0 ³⁾	0.0	0.0	0.0
Totale	1'465.1	225.1	236.0	-12.1

- 1) Le cure di base semplici non fanno più parte delle prestazioni AMal, per cui decadono i contributi AMal

- 2) Cure di base complesse come prestazione AMal; la prestazione è di regola finanziata soltanto mediante l'AMal, il che fa aumentare nettamente il fabbisogno finanziario (ipotesi + 50%)
- 3) Ipotesi: le cure mediche a carico dell'AMal sono assunte nella stessa misura di prima
- 4) Vengono versati un AGI di grado lieve (ca. 20 mio.) e l'attuale AGI di grado medio; tuttavia solo alle persone bisognose che vivono a casa: +12 mio. per la riduzione del periodo d'attesa
- 5) Ripercussioni finanziarie stimate della riforma nel settore delle PC (soppressione della limitazione): ca. 236 mio.; ipotesi: 3/4 per le cure di base semplici
- 6) Ripercussioni stimate per le economie domestiche (aggravio = + / sgravio = -)

	Ripercussioni per AMal e AVS		
	AMal	AGI AVS	Somma
Cure di base <i>semplici</i>	-423.9	-26.8	-450.7
Cure di base <i>complesse</i>	361.0	-134.3	226.8
Totale cure di base	-62.9	-161.1	-223.9
Cure mediche	0.0	0.0	0.0
Totale	-62.9	-161.1	-223.9

Abbreviazioni:

AMal = assicurazione malattie

AGI AVS = assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti

PC = prestazioni complementari

**Legge federale
concernente la riorganizzazione del finanziamento delle
cure
(Modello A)**

del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del...¹,

decreta:

I

Le seguenti altre leggi sono modificate come segue:

- 1. Legge federale del 20 dicembre 1946² su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti:**

Art. 43bis cpv. 1 primo periodo, 1^{bis} (nuovo), 2 primo periodo, 3 e 4

¹ Hanno diritto all'assegno per grandi invalidi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGa) in Svizzera, che presentano un'invalidità (art. 9 LPGa) di grado elevato, medio o lieve.

^{1bis} In caso di degenza in una casa di cura, il diritto all'assegno per grandi invalidi decade se i costi delle cure sono coperti dall'assicurazione malattie.

² Il diritto all'assegno per grandi invalidi sorge il primo giorno del mese in cui tutte le condizioni sono soddisfatte, ma al più presto dal momento in cui l'assicurato è stato grande invalido per almeno nove mesi, senza interruzione.

³ L'assegno mensile per grandi invalidi di grado elevato ammonta all'80 per cento, quello per grandi invalidi di grado medio al 50 per cento e quello per grandi invalidi di grado lieve al 20 per cento dell'importo minimo della rendita di vecchiaia previsto dall'articolo 34 capoverso 5.

¹ BBl (...)

² RS 831.10

- ⁴ La persona grande invalida che, fino alla fine del mese in cui ha raggiunto l'età di pensionamento, ha beneficiato di un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità riceve un'indennità per lo meno uguale a quella ricevuta fino ad allora. Resta riservato il capoverso 1^{bis}.

2. Legge federale del 19 marzo 1965³ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità:

Art. 3a cpv. 3

Abrogato

3. Legge federale del 18 marzo 1994⁴ sull'assicurazione malattie:

Art. 19 cpv. 2

- ² Essi gestiscono congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie. L'istituzione attribuisce particolare importanza alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie nella vecchiaia. Se l'istituzione non è fondata dagli assicuratori e dai Cantoni, il compito è assunto dalla Confederazione.

Art. 104a

Abrogato

II

- ¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.
² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

³ RS 831.30

⁴ RS 832.10

**Legge federale
concernente la riorganizzazione del finanziamento delle
cure
(Modello B)**

del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del...¹,

decreta:

I

Le seguenti altre leggi sono modificate come segue:

1. **Legge federale del 19 marzo 1965³ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità:**

Art. 3a cpv. 3

Abrogato

2. **Legge federale del 18 marzo 1994⁴ sull'assicurazione malattie:**

Art. 19 cpv. 2

- ² Essi gestiscono congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie. L'istituzione attribuisce particolare importanza alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie nella vecchiaia. Se l'istituzione non è fondata dagli assicuratori e dai Cantoni, il compito è assunto dalla Confederazione.

¹ BBl (...)

³ RS 831.30

⁴ RS 832.10

Art. 25 cpv. 2 lett. a^{bis} (nuova)

² Queste prestazioni comprendono:

a^{bis} in deroga alla lettera a un contributo ai costi delle cure di lunga durata dispensate in una casa di cura, ambulatorialmente o al domicilio del paziente;

Art. 104a

Abrogato

II

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

Indice

1 Situazione iniziale: stato attuale delle cure in Svizzera	2
1.1 Vecchiaia e cure nel contesto sociale e sociopolitico	2
1.2 Definizione e oggetto delle cure	3
1.3 Il disciplinamento giuridico delle cure	4
1.3.1 Ordinamento quadro costituzionale delle cure	4
1.3.2 Prestazioni di cura primarie fornite dalle assicurazioni sociali	4
1.3.3 Prestazioni di cura sussidiarie fornite dagli altri sistemi di prestazioni sociali	11
1.3.4 Regole di coordinamento	14
1.4 Attuale finanziamento delle cure	15
1.4.1 Finanziamento dal punto di vista macroeconomico	15
1.4.2 Finanziamento dal punto di vista microeconomico	17
1.5 Excursus: copertura del rischio di cure nei sistemi sociali esteri	18
2 Problemi e sollecitazioni nel settore delle cure	19
2.1 Livello di prestazioni insufficiente in caso di bisogno di cure dovuto alla vecchiaia	19
2.2 Evoluzione dei costi delle cure	20
2.3 Grave onere finanziario per l'assicurazione malattie	21
2.3.1 Onere per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	21
2.3.2 Spostamento delle quote di finanziamento	22
3 Proposte di soluzione	24
3.1 Modello A	24
3.1.1 Idea di base del modello	24
3.1.2 Questioni legate alla definizione	25
3.1.3 Questioni legate all'attuazione: adeguamento dell'assegno per grandi invalidi dell'AVS	26
3.2 Modello B	28
3.2.1 Idea di base del modello	28
3.2.2 Questioni legate alla definizione	28
3.3 Provvedimento ausiliario di politica sociale: adeguamento delle prestazioni complementari	29
3.4 Misura accompagnatoria volta a contenere i costi: rafforzamento della prevenzione	30
3.4.1 Importanza della prevenzione geriatrica	31
3.4.2 Proposte per l'attuazione	31
3.5 Riassunto: compendio delle ripercussioni finanziarie dei modelli proposti	32
3.5.1 Osservazioni generali relative alle ripercussioni finanziarie	32
3.5.2 Ripercussioni finanziarie del modello A	33
3.5.3 Ripercussioni finanziarie del modello B	34
3.5.4 Rapporto con la Nuova impostazione della perequazione finanziaria (NPC)	35

3.6 Soluzioni accantonate	37
3.6.1 Introduzione di un'assicurazione per le cure	37
3.6.2 Imposta di successione federale come fonte complementare di finanziamento	38
4 Spiegazioni relative all'attuazione giuridica	39
4.1 Adeguamenti derivanti dall'attuazione del modello A	39
4.1.1 Adeguamenti nell'assicurazione malattie	39
4.1.2 Adeguamenti nell'AVS	39
4.2 Adeguamenti derivanti dall'attuazione del modello B	40
4.3 Adeguamenti indipendenti dai modelli	41
4.3.1 Adeguamenti indipendenti dai modelli nell'assicurazione malattie	41
4.3.2 Adeguamento delle prestazioni complementari indipendente dai modelli	41