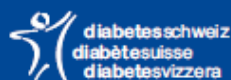


Maladie chronique : prestations des assurances sociales

Guide pratique 2019



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro



Schweizerische Herzstiftung
Fondation Suisse de Cardiologie
Fondazione Svizzera di Cardiologia



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Notice complémentaire au Guide pratique : Modifications valables dès le 1^{er} janvier 2019

Rentes AVS et rentes AI

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les rentes AVS et les rentes AI sont adaptées au coût de la vie et à l'évolution des salaires, et augmentent de 10 francs, resp. 20 francs. La rente ordinaire passe de 1175 à 1185 francs par mois, et la rente maximale de 2350 à 2370 francs (montant pour une période de cotisation complète).

Allocation pour impotence versée par l'AVS

Les montants de l'allocation pour impotence ont légèrement augmenté. À l'heure actuelle, ces montants sont les suivants :

- Allocation en cas d'impotence faible à domicile 237 francs par mois
- Allocation en cas d'impotence moyenne à domicile 593 francs par mois
- Allocation en cas d'impotence grave à domicile 948 francs par mois

Allocation pour impotence versée par l'AI

Les montants de l'allocation pour impotence ont légèrement augmenté. À l'heure actuelle, ces montants sont les suivants :

- allocation pour une impotence de faible degré à domicile : 474 francs par mois (pour les mineurs : 15.80 francs par jour) ;
- allocation pour une impotence moyenne à domicile : 1185 francs par mois (pour les mineurs : 39.50 francs par jour) ;
- allocation pour une impotence grave à domicile : 1896 francs par mois

(pour les mineurs : 63.20 francs par jour).

Un montant équivalant au quart de l'allocation pour impotent est versé aux personnes qui séjournent dans un home ou une institution médicalisée. Les montants de l'allocation pour impotent sont de 119 francs, 296 francs ou 474 francs, selon le degré de l'impotence.

Supplément pour soins intenses destinés à des mineurs de l'AI

Le supplément pour soins intenses prodigués à domicile à des mineurs a légèrement augmenté. Il se monte à :

- 31.60 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 4 heures au moins ;
- 55.30 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 6 heures au moins ;
- 79 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 8 heures au moins.

Contribution d'assistance

Le tarif de la contribution d'assistance a légèrement augmenté et s'élève actuellement à 33.20 francs de l'heure.

Les prestations pour lesquelles des qualifications particulières sont requises sont rémunérées à un tarif de 49.80 francs de l'heure. Si le patient requiert une assistance de nuit, l'office AI fixe la contribution d'assistance du service de nuit selon l'intensité de la prestation à fournir. Cette contribution s'élève au maximum à 88.55 francs par nuit.

Prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI destinées à couvrir des besoins vitaux :

Les montants des prestations complémentaires destinées à couvrir des besoins vitaux ont été légèrement augmentés. À l'heure actuelle, ils sont fixés à :

- 19 450 francs par an pour les personnes seules
- 29 175 francs par an pour les couples
- 10 170 francs par an pour les orphelins

Revenu provenant d'une activité lucrative :

Le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par le bénéficiaire d'une rente et par son conjoint n'est compté que partiellement : les deux tiers du revenu sont pris en compte, après déduction des frais nécessaires à son obtention, et un montant global de 1000 francs par an pour les personnes seules et de 1500 francs pour les couples.

Pour les bénéficiaires d'une rente AI pour un degré d'invalidité de 40 % à 69 %, on prend en compte un revenu exigible (également aux deux tiers), si ces bénéficiaires n'ont pas pu apporter la preuve que, malgré des recherches intensives, ils n'ont pas trouvé d'emploi :

- 25 933 francs par an, pour un degré d'invalidité de 40 % à 49 %
- 19 450 francs par an, pour un degré d'invalidité de 50 % à 59 %
- 12 967 francs par an, pour un degré d'invalidité de 60 % à 69 %

Revenu de personne valide pour les personnes avec un handicap précoce

Pour les personnes avec un handicap précoce qui, en raison de leur état de santé, n'ont pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes, c'est le revenu moyen des salariés en Suisse qui est considéré comme le revenu de personne valide. Cela correspond à :

- 58 100 francs pour les moins de 21 ans
- 66 400 francs pour les moins de 25 ans
- 74 700 francs pour les moins de 30 ans
- 83 000 francs à partir de 30 ans

Prévoyance professionnelle : Montants limites

Les montants limites pour la prévoyance professionnelle obligatoire ont été relevés. À l'heure actuelle, ils se chiffrent comme suit :

- salaire minimum : 21 330 francs
- salaire coordonné minimal : 3 555 francs
- déduction de coordination : 24 885 francs
- limite supérieure du salaire annuel : 85 320 francs

Les bénéficiaires d'un quart de rente de l'AI doivent obligatoirement être assurés à la prévoyance professionnelle dès que leur salaire atteint 15 998 francs, les bénéficiaires d'une demi-rente de l'AI à partir d'un salaire de 10 665 francs et les bénéficiaires de trois-quarts de rente à partir d'un salaire de 5333 francs. Par contre, tout bénéficiaire d'une rente complète de l'AI n'est pas soumis à l'obligation d'être assuré à la LPP.

Les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance chômage doivent obligatoirement être assurés si le montant de ces indemnités dépasse 21 330 francs par an.

Assurance obligatoire des soins

Listes noires

Suite à un cas tragique s'étant produit dans le canton des Grisons, les listes noires ont été de plus en plus la cible de critiques, d'où leur suppression par certains cantons, tels que les cantons des Grisons et de Soleure. Actuellement, sept cantons ont encore des listes noires : Argovie, Lucerne, Schaffhouse, Saint-Gall, Thurgovie, Tessin et Zoug.

Prestations de l'assurance maladie

Transplantation de poumon :

Les caisses maladies sont tenues de couvrir les transplantations isolées du poumon de donneurs non vivants, à condition qu'il s'agisse d'une transplantation effectuée chez un patient qui se trouve au stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique, et à condition que l'opération soit pratiquée à l'Hôpital universitaire de Zurich ou au sein du CURT, regroupement du « Centre Hospitalier Universitaire Vaudois » et des « Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) » pour autant que ces hôpitaux soient inscrits au Registre de Swisstransplant.

Autrefois, la transplantation de poumons devait être pratiquée à l'Hôpital universitaire de Zurich.

Insulinothérapie :

L'insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue est prise en charge par les assureurs comme prestation obligatoire lorsque le patient souffre d'un diabète labile et que son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante. L'indication de la pompe et la prise en charge de la personne à traiter doivent être effectuées par un médecin spécialisé en endocrinologie et en diabétologie ou par un centre qualifié. Auparavant, seul un centre qualifié pouvait les effectuer.

Financement des soins infirmiers :

Depuis le 1^{er} janvier 2011, la contribution des caisses maladies au financement des soins infirmiers est limitée. Dès le 1^{er} juillet 2019, la contribution sera réduite de 3.6 %.

Elle se monte à 79.80 francs par heure (à 76.93 francs dès le 1^{er} juillet 2019) pour les explications et les conseils, à 65.40 francs (à 63.05 francs dès le 1^{er} juillet 2019) pour les examens et les traitements, et à 54.60 francs (à 52.63 francs dès le 1^{er} juillet 2019) pour les soins de base.

Participation aux coûts par les personnes qui nécessitent des soins :

La question de savoir si les personnes qui nécessitent des soins doivent assumer elles-mêmes une part des coûts, en sus de leur franchise et de leur quote-part, a été réglée de différentes manières selon les cantons. Toutefois, 20% au plus de la contribution maximale

fixée par le Conseil fédéral (soit actuellement au maximum 21.60 francs par jour) peuvent être répercutés sur l'assuré (art. 25a, al. 5, 1^{ère} phrase LAMAL). Le surplus est pris en charge par les cantons et les communes. Jusqu'ici, il n'était pas toujours aisé de savoir qui devait prendre en charge le solde résiduel à payer lorsque le coût effectif des soins dépassait les montants maximaux éventuels fixés par le canton. Le Tribunal fédéral a désormais statué que les pouvoirs publics étaient tenus de régler les prestations en pareils cas (ATF 144 V 280).

Moyens auxiliaires

Pompes à insuline : lorsqu'une insulinothérapie est indiquée avec pompe par infusion les caisses maladies doivent assumer les frais de location de ce système. Le remboursement est calculé selon un forfait journalier fixe, qui comprend - outre la location de la pompe - le matériel d'utilisation nécessaire (set de perfusion / cathéter, ceinture, systèmes de portage, ampoules, etc.). Ce forfait journalier ne couvre pas toujours les frais en cas d'acquisition de fournitures supplémentaires. Le surplus de dépenses est à la charge du patient ou de la patiente.

Système de mesure du glucose basé sur les capteurs précalibrés avec visualisation sur demande des valeurs : Depuis le 1^{er} juillet 2017, un nouveau système de surveillance du glucose, à base de capteurs, est pris en charge par les caisses maladies. Le remboursement est calculé à la pièce, par capteur, qui a une durée de port de 14 jours. 27 capteurs au maximum sont remboursés par année. La caisse maladie ne garantit la couverture des frais que si la prise en charge est recommandée par un médecin spécialisé en endocrinologie et en diabétologie et est accordée uniquement aux patients diabétiques qui ont besoin d'une thérapie intensive à l'insuline (thérapie à l'aide d'une pompe ou thérapie basale bolus)

Matériel de stomathérapie : les assureurs-maladies sont tenus de couvrir, jusqu'à concurrence de 6300 francs par année, les coûts du matériel pour les soins de colostomie ou d'urostomie, et jusqu'à concurrence de 5400 francs par année pour les soins d'iléostomie ou de fistule. Dès le 1^{er} avril 2019, les soins de stomie (colo-, iléo-, urostomie, fistules) seront pris en charge jusqu'à concurrence de 5040 francs.

Pompes aspirantes pour les voies respiratoires : la location d'un aspirateur trachéal, y compris un forfait mensuel pour le matériel d'utilisation nécessaire, sont remboursés par l'assureur.

Remarques :

Les adresses figurant dans le Guide pratique 2019 sur les prestations des assurances sociales ont été actualisées, et quelques modifications rédactionnelles ont également été apportées.