

Interpellation présentée par le député :
M. Alain Charbonnier

Date de dépôt : 17 juin 2010

Interpellation urgente écrite

Participation des résidents d'EMS et des patients à domicile aux soins de longue durée

Mesdames et
Messieurs les députés,

Les Chambres fédérales ont adopté, le 13 juin 2008, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) pour le domaine du financement des soins (FF 2008 4751). Cette révision a pour effet que les ordonnances, touchées par les modifications adoptées, doivent elles aussi être adaptées. Elles sont au nombre de deux: l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31)

La fixation de la date d'entrée en vigueur de la loi sur le nouveau régime de financement des soins (ci-après: la loi) est de la compétence du Conseil fédéral. L'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2011.

La prise en charge des coûts des soins est ainsi répartie entre l'assurance-maladie, à hauteur des montants prévus à l'art. 7a OPAS, **l'assuré**, à hauteur **du 20% de la contribution maximale** fixée par le Conseil fédéral et le canton de résidence pour le reste.

Les frais payés au titre de participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal sont remboursés par le canton aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle (art. 14, al. 1, let. g, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC; RS 831.30)).

Concernant la prise en charge des coûts des soins imputée à l'assuré, à savoir le 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, celle-

ci peut être, par année, au maximum égale à 365 x le 20% de la contribution maximale.

Exemples de participation aux coûts des patients dans le nouveau régime de financement des soins

Conformément à l'art. 25a, al. 5, LAMal (nouveau), 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral peuvent être imputés à la personne assurée.

Patient soigné dans un établissement médico-social

Exemple 1: Le patient a un besoin en soins de 45 minutes par jour

Taxe de soins de l'EMS (supposition):	F	45.00
Montant Assurance. Mal. niveau 3 (Brut)	F	27.00
Reste (non couvert par l'Assurance. Mal.)	F	18.00
Participation aux coûts du patient (max. 20% de F 108 = F 21.60)	F	18.00
Financement résiduel (canton)	F	0.00

Exemple 2: Le patient a un besoin en soins supérieur à 300 minutes par jour

Taxe de soins de l'EMS (supposition):	F	200.00
Montant Assurance Mal. niveau 12 (Brut)	F	108.00
Reste (non couvert par l'Assurance Mal)	F	92.00
Participation aux coûts du patient (max. 20% de F 108 = F 21.60)	F	21.60
Financement résiduel (canton)	F	70.40

Patient à la maison, organisation de soins et d'aide à domicile

Exemple 1: Le patient a un besoin en soins de 20 minutes (10 minutes soins de traitement et 10 minutes soins de base) par jour

Tarif soins à domicile (supposition):	F	35.00
Montant Assurance Mal. pour 10 min. soins de traitement (Brut)	F	10.90
Montant Assurance Mal. pour 10 min. soins de base (Brut)	F	9.10
Reste (non couvert par l'AOS)	F	15.00

Participation aux coûts du patient (max. 20% de F 79.80 = F 15.95)	F	15.00
Financement résiduel (canton)	F	0.00
<i>Exemple 2: Le patient a un besoin en soins de 80 minutes (20 minutes soins de traitement et 60 minutes soins de base) par jour</i>		
Tarif soins à domicile (supposition):	F	140.00
Montant Assurance Mal. pour 20 min. soins de traitement (Brut)	F	21.80
Montant Assurance Mal. pour 60 min. soins de base (Brut)	F	54.60
Reste (non couvert par l'Assurance Mal.)	F	63.60
Participation aux coûts du patient (max. 20% de F 79.80 = F 15.95)	F	15.95
Financement résiduel (canton)	F	47.65

Ces tableaux donnés comme exemple par les services de l'administration fédérale démontrent que la participation d'un résident d'EMS pourrait s'élever à F 2 1,60 par jour, soit F 78 84 par année et celle d'un patient à domicile à F 15,95 par jour soit par année F 5821.

Les cantons ont **la compétence** pour fixer le taux de participation **ou non** des résidents des EMS et des patients traités à domicile, taux qui ne doit pas dépasser le 20% des coûts.

L'entrée en vigueur étant fixé au 1^{er} janvier 2011, soit dans six mois, et sachant que les Genevois ont les primes d'assurance-maladie les plus élevées de Suisse, ma question est la suivante :

Le Conseil d'Etat a-t-il choisi de faire participer les résidents d'EMS et les patients à domicile au financement des soins de longue durée, et, si oui, à quel taux ?