

*Date de dépôt : 30 juin 2010*

## Réponse du Conseil d'Etat

à l'interpellation urgente écrite de **M. Alain Charbonnier** : la participation des résidents d'EMS et des patients à domicile aux soins de longue durée

Mesdames et  
Messieurs les députés,

En date du 17 juin 2010, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une interpellation urgente écrite qui a la teneur suivante :

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<sup>er</sup> 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 e 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<sup>er</sup> 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 ?***

## REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

La mise en œuvre de la réforme du financement des soins de longue durée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 a nécessité une évaluation des impacts financiers au niveau cantonal. Cette évaluation a permis d'estimer d'une part le niveau d'engagement des assureurs maladie dans le cadre des modifications tarifaires prévues et d'autre part, d'estimer l'effort qui serait demandé aux résidents en établissements médico-sociaux (EMS) et aux bénéficiaires de soins à domicile, en leur répercutant une contribution aux coûts des soins.

Le Conseil d'Etat, dans sa séance du 23 juin 2010, a pris les décisions nécessaires à la mise en œuvre, dès janvier 2011 de cette réforme fédérale du financement des soins de longue durée.

S'agissant des soins de longue durée dispensés par les établissements médico-sociaux (EMS) à leurs résidents, le Conseil d'Etat renonce à percevoir la nouvelle contribution de 20 %, en tout cas pour l'année 2011. Cet effort supplémentaire n'aurait en effet conduit, compte tenu du financement par les prestations complémentaires des frais médicaux et de pension de près de 75 % des résidents, à un transfert de charges vers le budget de celles-ci.

Dans le domaine des soins à domicile, le Conseil d'Etat ne renonce pas entièrement à cette nouvelle contribution, afin d'assurer le financement durable de sa politique de maintien à domicile. Il n'autorisera toutefois les prestataires subventionnés de soins à domicile à ne percevoir, au maximum, que la moitié de la contribution prévue par le droit fédéral, soit 10 % des contributions maximales à charges des assureurs. La modulation de la facturation s'échelonnnera en outre de 0 à 10 % des contributions maximales à charge des assureurs, selon des barèmes liés au revenu déterminant unifié (RDU).

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

La chancelière :  
Anja WYDEN GUELPA

Le président :  
François LONGCHAMP