

*Proposition présentée par les députés :*

*Mmes et MM. Christine Serdaly Morgan, Lydia Schneider Hausser, Prunella Carrard, Salima Moyard, Irène Buche, Christian Dandres, Elisabeth Châtelain, Manuel Tornare, Antoine Droin, Aurélie Gavillet, Jean-Louis Fazio, Roger Deneys, Loly Bolay et Anne Emery-Torracinta*

*Date de dépôt : 21 septembre 2010*

## **Proposition de résolution**

### **Pas de charges supplémentaires pour les personnes âgées : pour une politique de soins cohérente**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins de longue durée non pris en charge par les assurances sociales et fournis en ambulatoire ou en établissements médico-sociaux ;
- l'article 2 de cet arrêté qui permet de répercuter à hauteur de 10% maximum le coût des soins dispensés en ambulatoire sur les assurés<sup>1</sup> ;
- la réponse du Conseil d'Etat à l'IUE 1011 du 17 juin 2010 ;
- les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins (22/10/2009) d'inviter les cantons en vertu du principe « l'ambulatoire prime l'hospitalier » à ne pas percevoir de contributions personnelles auprès de leurs résidents et de compenser cette renonciation sous la forme de subventions aux fournisseurs de prestations (recommandation 2 al. f) ;

---

<sup>1</sup> Soit CHF 15.95 par jour divisé par deux (CHF 2'910,50 par an)

- que les prestations ambulatoires sont économiquement plus avantageuses que les prestations hospitalières et que les caisses publiques en sont allégées d'autant ;
- qu'il est nécessaire, dès lors, de poursuivre et d'assurer une politique de soins à domicile accessible à toutes et tous, en garantissant une prise en charge par l'Etat de l'augmentation des coûts liés à la révision de la LAMal ;
- l'introduction des forfaits par cas (Swiss DRG) dans les hôpitaux en 2012 qui induiront un transfert prévu plus rapide des patients vers le domicile ou l'EMS et la nécessité, dès lors, de maintenir l'attractivité et les moyens de l'aide à domicile ;
- la charge plus que substantielle que représentent les coûts liés à la santé pour les ménages suisses et genevois en particulier ;
- que l'arrêté du Conseil d'Etat susmentionné ne fait qu'alourdir encore un peu plus ces charges en particulier pour les personnes âgées vivant à domicile (environ 75% de la clientèle actuelle de la FSASD) ;
- que les personnes âgées se situent, en termes de besoin, souvent à la frontière entre domicile et EMS ; et qu'en « taxant » l'un, on risque de créer un mouvement artificiel vers l'autre ;
- le fait que, *in fine*, une partie des coûts sera de toute façon à la charge de l'Etat, sous la forme d'un transfert des charges vers les prestations complémentaires ou l'aide sociale, ce qui est contraire aux recommandations fédérales liées à la réforme ;
- que ce type de mesures contraint certaines personnes à renoncer aux soins car elles ne voudraient ou ne pourraient ni solliciter les prestations complémentaires ni l'aide sociale ;
- qu'en l'espèce, l'arrêté du Conseil d'Etat, qui ne délimite pas de manière précise le montant facturable en fonction du type de soin effectué, est susceptible d'un recours dans le cadre d'une décision individuelle, en raison de l'inégalité de traitement qu'il génère ;
- les décisions, relatives à cette question, prises récemment par le parlement bernois<sup>2</sup> et le canton du Valais de ne pas demander une participation aux bénéficiaires de l'aide à domicile ;

---

<sup>2</sup> Voir la motion n°118-2010 adoptée le 10/09/2010 par 134 oui, 3 non et 2 abstentions : <http://www.gr.be.ch/gr/fr/index/geschaefte/geschaefte/suche/geschaefte.gi-d-237da110997f4880bc9f9b016a12e865.html>

invite le Conseil d'Etat

à modifier son arrêté du 23 juin 2010, afin que la part facturable des soins dispensés en EMS et en ambulatoire (soins à domicile) ne soit pas répercutée sur les assurés, et ceci de façon durable.

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

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 de longue durée (FF 2008 4751). Cette révision a, en aval, nécessité la modification de deux ordonnances : l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et l'ordonnance 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).

L'entrée en vigueur de la loi sur le nouveau régime de financement des soins a été fixée par le Conseil Fédéral au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

En résumé, le nouveau système se fonde sur une contribution des assurances maladies (tarifs nationaux et identiques pour l'ensemble des cantons), le coût résiduel des soins étant à charge des cantons. Ceux-ci peuvent, à hauteur de 20% du tarif maximal, répercuter une partie du coût des soins sur les assurés (résidents en EMS ou clients / patients à domicile).

Il s'agit d'une mesure potestative (« peut mais ne doit pas ») et selon les Recommandations de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS), celle-ci ne doit pas aller à l'encontre, par exemple, du maintien à domicile, ni ne conduire à un transfert de charges sur l'aide sociale ou les prestations complémentaires. La CDS propose ainsi de renoncer à une contribution des clients en prévoyant une subvention aux prestataires.

Avant cette date, le système qui prévalait dans les différents cantons était variable. D'une manière générale et sans préjuger de cas particuliers, les cantons suisses allemands connaissaient un système qui prévoyait une participation des assurés aux coûts très supérieure au 20% de la nouvelle loi pour les EMS. Pour ces derniers, cette loi constitue donc une avancée. Les cantons romands, Genève en tête, ne pratiquaient pas de tels reports puisque le canton prenait en charge l'essentiel du coût des soins non couverts par les assurances maladies.

Alors que le système genevois a fait ses preuves et qu'il dispose aujourd'hui d'une politique d'aide à domicile enviée, le Conseil d'Etat, par son arrêté du 23 juin, a décidé de modifier la donne et d'alourdir la facture des assurés en répercutant, à hauteur de 10% maximum, une partie des coûts, sur les patients bénéficiant de soins à domicile.

Cette décision, que le Conseil d'Etat justifie par le souci « *d'assurer le financement durable des soins à domicile* »<sup>3</sup>, relève, à n'en pas douter, de considérations louables à très court terme et selon le seul point de vue de l'élaboration du budget annuel 2011. Mais comme nous le montrent les exemples des cantons de Berne et du Valais, il est possible de choisir une autre voie, plus durable, et qui valorise une politique globale et cohérente des soins et de l'aide aux personnes, en intégrant notamment les trois prestataires majeurs que sont l'hôpital, les soins à domicile et les EMS.

En effet, plutôt que de ponctionner les personnes malades et vieillissantes – personnes qui, faut-il le rappeler, ont déjà largement participé au financement des soins en question par le biais de leurs cotisations aux assurances, ainsi que par leurs impôts –, n'est-il pas plus judicieux d'assumer la politique de maintien à domicile développée jusque-là, et de la poursuivre en prenant en charge l'augmentation des coûts liée à la révision de la LAMal ?

Il est également surprenant de constater que le raisonnement concernant le transfert de charges, tenu dans le cadre de la décision relative aux EMS, n'a pas été retenu pour les soins à domicile. En effet, dans ce domaine aussi, ce sont bien, au final, l'aide sociale et les prestations complémentaires qui devront assumer une partie des coûts imputés aux patients. Il ne semble donc pas logique d'aboutir à un système de facturation différent en la matière qui, de plus, risque de générer des coûts administratifs conséquents au vu de la complexité des règles énoncées.

Dès lors, il convient que le Conseil d'Etat revienne sur sa décision en publiant un nouvel arrêté qui stipule que les assurés n'auront pas à participer aux coûts des soins à domicile ; et qu'il informe le Grand Conseil des conséquences de l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, afin de décider des moyens pour poursuivre la politique cantonale définie jusque-là, ou assumer de la modifier en toute transparence, cas échéant.

Au bénéfice de ces explications, Mesdames et Messieurs les député-e-s, nous vous invitons à soutenir la présente résolution.

---

<sup>3</sup> Point presse du Conseil d'Etat, 23 juin 2010. *A noter que selon la mention mentionnée ci-dessus, cet argument ne tient pas, en tous les cas pour Berne, du fait du transfert de coûts.*

05209-2010

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

**ARRÊTÉ**

déterminant la contribution personnelle des assurés  
aux coûts des soins de longue durée non pris en  
charge par les assurances sociales et fournis en  
ambulatoire ou en établissements médico-sociaux

23 juin 2010

**LE CONSEIL D'ÉTAT**

Vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal);

vu la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 13 juin 2008, en particulier l'article 25a, alinéa 5 LAMal;

vu la modification de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 24 juin 2009;

vu l'article 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997,

**ARRÊTE :**

1. La contribution personnelle de l'assuré aux coûts des soins, au sens de l'article 25a, alinéa 5, première phrase, LAMal, n'est pas répercutée sur les résidents des établissements médico-sociaux (EMS) au moins pour l'année 2011.
2. La contribution personnelle de l'assuré aux coûts des soins dispensés en ambulatoire par des prestataires subventionnés s'élève au maximum à 10% de la contribution maximale de l'assurance obligatoire des soins.
3. Le pourcentage facturé à charge de l'assuré se définit en fonction du revenu déterminant de la personne.

- 2 -

4. Un taux unique de facturation est appliqué pour les bénéficiaires de prestations complémentaires.
5. Le présent arrêté entre en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Communiqué à :

DARES	3 ex.
DSE	1 ex.
FAO	1 ex.



Certifié conforme,

La chancelière d'Etat :

*A. L. de Gex*