

Date de dépôt : 11 janvier 2011

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de résolution de M^{mes} 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 : Pas de charges supplémentaires pour les personnes âgées : pour une politique de soins cohérente

Rapport de majorité de M. Philippe Schaller (page 1)

Rapport de minorité de M^{me} Christine Serdaly Morgan (page 25)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Philippe Schaller

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission de la santé a examiné la R 637 lors de sa séance du 8 octobre 2010 sous la présidence de M. Michel Forni.

La commission fut assistée dans ses travaux par M^{me} Christine Brennenstuhl, responsable du secteur des réseaux de soins, DG Santé, DARES, M^{me} Anne-Geneviève Butikofer, DG Santé, DARES, M^{me} Marie Chappuis, secrétaire adjointe DARES. M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat, DARES a participé à cette séance.

Le procès-verbal a été tenu avec exactitude par M. Guy Chevalley, que je remercie au nom de la commission.

Présentation générale

La résolution 637 a été renvoyée, sans débat, à la commission de la santé lors de la séance du Grand Conseil du 23 septembre 2010.

Cette résolution a été déposée par le groupe socialiste suite à l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins de longue durée. Il s'agit des coûts non pris en charge par les assurances sociales et fournis en ambulatoire ou en établissements médico-sociaux.

Cet arrêté du CE répond à l'adoption par le Parlement d'un paquet législatif qui règle le nouveau financement des soins à domicile et dans les établissements médico-sociaux (EMS). La Confédération a laissé plusieurs points ouverts dans la nouvelle réglementation ; chaque canton doit décider de sa réglementation. (LAMal 25a, al. 5, OPAS 7a, al. 1, let. a).

Art. 25a, al. 5 : « *Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.* »

Dans le cadre de ce nouvel article LAMal, le canton a le choix pour le financement des soins de longue durée entre :

- renoncer à la participation du patient (annexe 1, arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010) :
- faire participer le patient en supplément au max. F 15.95 par jour – F 5821.75 par année (au maximum 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)).

Le canton de Genève a pris la décision :

- de ne pas prélever de contribution personnelle accrue pour les résidents en EMS pendant au moins une année,
- de ne prélever auprès des clients des organismes de soins subventionnés et reconnus d'utilité publique que la moitié de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral = F 8 par jour (ceci ne correspond pas à 10% de la facture puisque précisément la facture sera adaptée en fonction de la situation économique du client)
- d'appliquer les barèmes du revenu déterminant unifié pour moduler la part à charge des patients (RDU).

A relever que ce montant de F 8 est fixé par rapport au tarif maximal OPAS et non par rapport à la facture adressée au client, car désormais le remboursement à charge de l'assurance ne représente plus qu'une contribution au financement et non plus un tarif global censé couvrir les coûts. En conséquence, la part des coûts non couverts à charge du patient est en outre modulée en fonction du RDU et non en fonction de ce qui est remboursé par les assurances (annexe 2)

La résolution invite le Conseil d'Etat à modifier son arrêté du 23 juin, 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.

Présentation du financement des soins de longue durée par M. Adrien Bron (séance du 1^{er} octobre 2010)

Afin de préparer l'étude de la R 637, M. Adrien Bron vient présenter le nouveau financement des soins de longue durée (annexe 3).

Le Conseil fédéral a procédé à un premier gel des tarifs par ordonnance en 1998, notamment en raison du vieillissement de la population. En 2005, le CF envoie un nouveau message concernant le nouveau financement des soins. L'objectif est de ne pas faire supporter à la LAMal une part excessive des coûts liés au vieillissement de la population; ceci a abouti à l'adoption par le Parlement d'un train de mesures législatives.

Il précise que **la révision de la loi poursuit les principes suivants** :

- le Conseil fédéral fixe les tarifs des soins : il n'est donc plus possible de négocier les tarifs en fonction de la couverture des coûts réels. Ils sont uniformisés entre cantons ;
- une contribution personnelle (en plus des quote-part et franchise) est reportée sur le patient. Elle est limitée à 20 % de la contribution des assureurs selon l'OPAS. Le canton peut répercuter 20 %. Les cantons assument les coûts résiduels ;
- une nouvelle catégorie de soins (soins aigus et de transition) est créée. Pendant quatorze jours après un séjour hospitalier en soins aigus sur prescription d'un médecin hospitalier, la répartition de financement pour ces soins, et même s'ils sont dispensés à domicile, reste de 55 % (canton) et de 45 % (AOS) ;
- la réforme du financement des soins ne doit pas conduire les assuré-e-s à l'aide sociale.

M. Bron précise que les cantons doivent adapter leurs dispositions légales pour assurer le financement résiduel. Le Conseil d'Etat a pris plusieurs décisions dans ce cadre :

- financer à hauteur de 55 % les coûts des soins aigus et de transition (45 % restant à l'AOS ;
- ne pas prélever de contribution personnelle accrue pour la population résidant en EMS pendant au moins une année ; les effets de cette décision seront examinés en fin d'année : un nouveau prélèvement n'équivaldrait, selon projections, qu'à des transferts de charge pour les prestations complémentaires ;
- ne prélever auprès de la clientèle de la FSASD que la moitié de la nouvelle contribution autorisée par la LAMal. Elle sera aussi calculée selon le RDU, soit F 8 par jour au maximum ;
- ne pas prolonger les tarifs en vigueur en 2010. Une disposition transitoire du nouveau régime de financement de soins permet, lorsque des différences importantes surviennent dans un canton, de s'adapter sur trois ans, mais aucun « saut » n'étant observable à Genève, le CE y a donc renoncé.

M. Bron rappelle concernant la **nouvelle contribution personnelle**, que les tarifs des soins, notamment à la FSASD, sont bloqués au niveau de 2006 par arrêté fédéral. Leurs recettes ne peut augmenter. Par ailleurs, le taux de subventionnement moyen du maintien à domicile en 2008 s'élevait à 50 % en Suisse, contre 68 % à Genève.

Le canton cherche donc à normaliser sa situation. Les nouveaux tarifs occasionneront des pertes, censées être compensées par la contribution personnelle.

La FSASD pouvait prélever jusqu'à 20 % des contributions AOS (plafonnées à F 15,95 par jour, soit un revenu de F 10,6 millions). Avec l'application du RDU, le revenu aurait atteint F 9,2 millions.

Un plafonnement à F 8 par jour apporte un revenu de 5,3 millions de francs. Il a finalement été décidé de prélever 10 %, soit la moitié de la contribution fixée par la LAMal, modulée par le RDU; ceci permet de percevoir une recette supplémentaire de 4,6 millions pour la FSASD.

Le 29 % des bénéficiaires de la FSASD qui reçoivent des prestations complémentaires ne recevront pas de facture, elles seront adressées directement au SPC. L'impact moyen de ces 10 % s'élève à 42 francs mensuels par client ou cliente.

M. Bron rappelle les **conséquences financières prévues** pour le budget 2011 :

- la subvention aux EMS augmente de 12 millions de francs pour ne pas répercuter les coûts des soins sur les résidents.
- concernant les soins à domicile, l'augmentation est de 9 millions de francs pour les organismes actuellement non subventionnés (hors FSASD) et qui répondront aux critères d'utilité publique.
- pour le SPC (prestations complémentaires), l'augmentation est de 2 millions de francs.

Il relève des incertitudes quant aux méthodes d'évaluation des besoins en soins et donc de l'impact sur les revenus des institutions de soins à domicile.

Il rappelle que la perte de 1,5 million de francs provient déjà d'un équilibre : la facturation à 5 minutes fera perdre 3 millions de francs à la FSASD. Il ajoute enfin que la modification de la LSDom proposée vise à englober l'ensemble des prestataires de soins prévu-e-s par le nouveau régime de financement des soins. Dans la mesure où les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant figurent dans la LAMal, il faut les citer aussi dans le dispositif cantonal.

Discussion et vote

En préambule, la commissaire socialiste présente de manière exhaustive le financement des soins de longue durée en EMS, domicile, foyer de jour et soins aigus et de transition. Elle commente les recommandations de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) de ne pas reporter les coûts sur la clientèle, de manière à favoriser les soins à domicile. Elle commente la situation des différents cantons en la matière. (annexe 3).

Elle transmet également que plusieurs cantons souhaitent que la contribution des assureurs soit, non plus bloquée, mais aménagée en fonction du coût de la vie et d'une péréquation entre cantons.

Ensuite, elle commente la résolution qui demande :

- la révision de cet arrêté, afin de donner du temps pour une politique menée jusque-là par le Canton et pour sa continuité (favoriser les soins à domicile) ;
- que le Grand Conseil soit informé des changements législatifs pour que la politique cantonale des soins puisse faire l'objet d'un débat fondé sur des éléments chiffrés.

Cette résolution pose la question du bien-fondé d'une participation accrue des assuré-e-s. A ceci s'ajoutent des craintes de créer des transferts de

charges sur l'aide sociale et les prestations complémentaires, ce qui serait contraire aux recommandations nationales et constituerait un coût caché financé par l'impôt. Le processus pourrait en outre pousser certaines personnes à renoncer à demander les prestations complémentaires par excès de complexité et de susciter des recours de la part des assuré-e-s : si on peut facturer le tarif le plus haut de la catégorie la plus haute, il existera des différences entre prestataires de soins.

Une commissaire (V) demande des explications sur le changement de la politique du canton quant à l'aide à domicile évoquée par la résolution.

Une autre commissaire (V) aimerait aussi avoir des précisions sur les processus de demande de prestations complémentaires qui pourraient devenir plus compliqués et, donc, inciter des personnes à y renoncer. Elle s'inquiète également du principe d'équité entre le domicile et les EMS.

Un commissaire (PDC) aimerait avoir des précisions sur le mode de facturation : est-ce 10% des soins facturés par jour ou un montant forfaitaire de F 8 par jour ?

M. Unger préfère se baser sur la participation mensuelle moyenne actuelle, soit 42 francs, plutôt que sur la participation quotidienne maximale. Il constate que le système crée effectivement des différences de financement pour chaque type de soins. La liste exhaustive de ce qui est facturable au sens de l'AOS, figurant dans l'OPAS, reposera cependant sur les mêmes tarifs dans tous les cantons indépendamment du coût de la vie.

Par ailleurs, la FSASD perd 1,5 million de francs à toutes choses égales. Le canton ne souhaitant pas laisser faire, il a opté pour une participation à 10% adaptée au RDU. M. Unger relève, sur la base d'informations de la CDS, qu'un grand nombre de cantons procéderont à des prélèvements tant pour les EMS que pour les soins à domicile. Il constate donc que le canton ne peut pas se permettre d'accroître sa part de financement sur la durée ; il préfère demander une petite contribution personnelle que de procéder à des coupes budgétaires. Finalement, il compare, et par rapport à d'autres cantons, le taux de subventionnement des soins à domicile est de 68 % à Genève ; la solution proposée déchargera donc un petit peu les contribuables.

M. Unger précise qu'il ne s'agit pas de dissuasion mais de pérennité du financement. Il ajoute que la clientèle de la FSASD, qui recourt aux prestations complémentaires (25 %), n'est pas comparable à celle vivant en EMS (72 %) et rappelle que la FSASD ne s'autofinance qu'à 32 % ; elle nécessite donc des ressources.

Un commissaire (MCG) demande si le nouveau système de financement servira uniquement à combler la perte de 1,5 million de francs de la FSASD.

M. Unger répond que la perte de 1,5 million de francs est due aux tarifs OPAS. La participation de 10 % se monte à 4,6 millions de francs. La FSASD gagne donc 3,1 millions de francs.

Un commissaire (UDC) se demande pourquoi les communes n'ont pas été sollicitées. Il s'enquiert de l'avis du département sur l'idée d'une résolution parlementaire.

Premièrement, M. Unger répond qu'il a tenté de convaincre les communes en 2005. Le PL a été voté au Grand Conseil puis écarté en référendum. Deuxièmement, il relève que Genève adresse beaucoup de résolutions à Berne. L'an passé, deux résolutions genevoises ont néanmoins été votées au Conseil National et en commission aux Etats; elles demandaient la cantonalisation et le plafonnement des réserves.

La commissaire socialiste précise que l'objectif de la résolution est bien d'identifier les enjeux d'un changement reconnu comme tel, inscrit dans un contexte national pour 2011; les montants versés aux assuré-e-s par Santésuisse seront unifiés. Le renoncement aux prestations complémentaires mérite d'être anticipé. En réponse à la question du commissaire (L), elle indique que la résolution vise à identifier l'éventuel transfert de charges des prestations de soins aux prestations complémentaires, d'où l'idée de charge pour les contribuables.

M. Unger estime, selon l'hypothèse que, autant de gens se situent au-dessus que au-dessous du seuil d'accès aux prestations complémentaires, que 358 personnes reçoivent F 50 ou moins par mois de la part des prestations complémentaires. Ceci représente 1,4 % des bénéficiaires. Appliqué aux 2'500 bénéficiaires des prestations complémentaires de la FSASD, cela représente 35 personnes. Il confirme que les nouveaux prestataires seront sous RDU, suite à une demande d'un commissaire (S).

Un commissaire (L) estime qu'il n'y a pas de modification de la politique de financement des soins. Il s'agit d'une adaptation du cadre existant à de nouvelles règles. Son groupe n'entrera donc pas en matière sur la résolution. Les prestations complémentaires garantiront une prise en charge équitable.

Un commissaire (MCG) demande si le nombre de 35 personnes et le mode de calcul avancés par le département paraissent corrects aux auteur-e-s de la résolution. Il suggère un gel de la résolution, en attendant un bilan ultérieur.

La commissaire (S) explique que cette question des transferts est plus générale. A titre personnel, elle préfère une politique claire de la santé à une politique de l'assistance sociale. La commissaire ne se prononce pas sur les

chiffres du département. Elle ne se dit pas encline à renoncer à la résolution, au vu des arguments formulés, mais partage l'idée d'un bilan.

Un commissaire (PDC) résume le débat : les 10 % sont un choix politique. Une augmentation des bénéficiaires des prestations complémentaires est à envisager, mais elle restera limitée. Il réitère sa question sur la référence des 10 %.

M. Unger promet de s'assurer du mode de calcul de la contribution personnelle selon le nouveau financement des soins de longue durée et de transmettre ces éléments lors de la prochaine séance de commission. (Annexe 2 et 3).

Le Président met au vote la R 637.

Pour : 2 (2 S)
Contre : 10 (2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Abst : 3 (3 Ve)

Conclusions

La majorité de la commission a été favorable au choix politique du Conseil d'Etat concernant le nouveau modèle de financement des soins de longue durée, conformément à la disposition de la loi fédérale.

Le nouvel article LAMal (Art. 25, al 5) autorise le canton à reporter sur le patient une contribution personnelle allant jusqu'à la limite de 20% des coûts facturés pour les prestations de soins selon l'OPAS.

Le Conseil d'Etat, par son arrêté du 23 juin 2010, a choisi de diviser par deux le plafonnement et de le fixer à 10% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, soit F 8 par jour. Il a également proposé d'appliquer les barèmes du revenu déterminant unifié (RDU) pour moduler la part à charge des patients (annexe 5).

Pour les personnes au bénéfice des prestations complémentaires, la facture de cette contribution personnelle sera adressée directement au SPC, ceci occasionnera un surcroît de travail, qui toutefois sera limité à un nombre défini des clientes et clients de la FSASD (29% environ).

Renoncer à cette contribution équivaut à soutenir financièrement avec des fonds publics des personnes qui disposent de suffisamment de moyens pour financer partiellement les soins qui leur sont fournis.

Il est à relever que le canton de Genève est le canton de Suisse qui soutient le plus fortement le financement des soins à domicile et leur

développement avec une part avoisinant, en 2008, le 68% (annexe 6). Renoncer à ce financement complémentaire reviendrait à alourdir encore plus cette charge publique et risquer de mettre en péril l'avenir de ce secteur.

En mettant à contribution, de manière limitée, et de manière ciblée, ceux qui le peuvent parmi les bénéficiaires de soins à domicile, on assied mieux la politique poursuivie par le Canton en la matière que si on table sur des augmentations sans fin des subsides cantonaux.

La majorité de la commission n'estime pas que cette contribution puisse nuire à la politique établie dans le canton en faveur des soins à domicile et de l'ambulatoire.

Mesdames et Messieurs les députés, au vu de ce qui précède, la majorité des membres de la commission de la santé du canton vous propose de ne pas prendre en considération la résolution 637.

Catégorie : II.

- Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13.6.2008
- Ordonnance sur l'assurance-maladie (OPAS), modification du 24.6.2009
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OAMal), modification du 24.6.2009
- Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS), modification du 24.6.2009
- Download:<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/07345/index.html?lang=fr>

Annexes :

- 1 *Arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010*
- 2 *Calcul de la contribution personnelle selon le nouveau financement des soins de longue durée.*
- 3 *Présentation du DARES du 1^{er} octobre 2010*
- 4 *Nouveau financement des soins – les différentes participations du patient selon les cantons en 2011*
- 5 *Effets de la révision LAMal et RDU*
- 6 *Recettes provenant des prestations propres et de subventions, en pourcentage 2008.*

Résolution (637)

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 assurés¹ ;
- 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) ;
- 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 ;

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

- 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 bernois² et le canton du Valais de ne pas demander une participation aux bénéficiaires de l'aide à domicile ;

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.

² 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.gid-237da110997f4880bc9f9b016a12e865.html>

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.

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^{er} janvier 2011.

Communiqué à :

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



Certifié conforme,

La chancelière d'Etat :

A. L. de Gex



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de l'économie et de la santé
Secrétariat général

Note interne

Objet **Calcul de la contribution personnelle selon le nouveau financement des soins de longue durée. Commission de la santé 22 octobre 2010**

La limitation de la contribution personnelle selon la nouvelle LAMal est fixée à 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Soit CHF 15,95 par jour, 20% de CHF 79,80.

Cette limitation est fixée par rapport au tarif maximal OPAS et non par rapport à la facture adressée au client car désormais le remboursement à charge de l'assurance ne représente plus qu'une contribution au financement et non plus un tarif global censé couvrir les coûts. En conséquence, la facture adressée au client varie en fonction des décisions cantonales. (Il n'y a plus de tarif global dont on peut dériver un pourcentage)

Le canton de Genève a choisi de diviser par deux le plafond et de le fixer à 10% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral = CHF 8 par jour (≠ à 10% de la facture, puisque précisément la facture sera adaptée en fonction de la situation économique du client).

Le canton de Genève a ensuite choisi d'appliquer les barème du revenu déterminant unifié pour moduler la part à charge des patients.

La part des coûts non couverts à charge du patient est en outre modulée en fonction du RDU et non en fonction de ce qui est remboursé par les assurances.

Ce qui varie, c'est la contribution de 8 francs selon le RDU et non plus une proportion fixe de la facture.

Cumuler une modulation selon le RDU et selon la part remboursable par les assurances serait un doublon qui reviendrait à une machinerie de facturation extrêmement lourde pour des gains très petits (p. ex, moduler 10% de CHF 19,60, pour se référer à l'exemple 1 ci-joint).

En outre, ne facturer que 10% de la part AOS réduirait à presque rien la contribution des patients autorisées par la LAMal.

En d'autre terme: le canton a choisi de diviser par deux la charge pour tous les patients et de la moduler selon les capacités économiques.

Financement des soins de longue durée

Grand Conseil - Commission de la santé
1^{er} octobre 2010

Adrien Bron, Secrétaire adjoint



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1000 - TELÉPHONE 022 310 1111

Département des affaires régionales de l'économie et de la santé
04/10/2010

04.10.2010 - Page 1

Les soins dans la LAMal

- 1996: Entrée en vigueur de la LAMal: extension des prestations de l'assurance sociale et nouvelles catégories de prestataires
- 1998: Premier gel des tarifs par le biais d'ordonnance au niveau fédéral
- 2005: Message du Conseil fédéral sur le nouveau financement des soins. Objectif: ne pas faire supporter à la LAMal une part excessive des coûts liés au vieillissement de la population
- Vote aux Chambres fédérales: juin 2008
- Entrée en vigueur repoussée deux fois



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1000 - TELÉPHONE 022 310 1111

Département des affaires régionales de l'économie et de la santé
04/10/2010

04.10.2010 - Page 2

Les principes de la révision

- Le Conseil fédéral fixe les tarifs des soins
- Un report de charge sur le patient est prévu mais limité. La contribution personnelle (en plus de la quote-part et de la franchise, 20% de la contribution des assureurs selon l'OPAS)
- Les cantons assument le financement résiduel
- La loi crée une nouvelle catégorie de soins: les soins aigus et de transition
- La réforme du financement des soins ne doit pas conduire les assurés à l'aide sociale



La nouvelle loi

- *LAMal Art. 25a Soins en cas de maladie*
- 1 L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.
 - 2 Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.
 - 3 Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.
 - 4 Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.
 - 5 Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. **Les cantons règlent le financement résiduel.**



La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom)

• Chapitre IV Financement

• Art. 21 Sources de financement

- Les prestations de maintien à domicile sont financées par :
 - a) les bénéficiaires;
 - b) les assureurs-maladies;
 - c) les indemnités et les aides financières;
 - d) les dons et les legs.

• Art. 22 Utilité publique

• Poursuivent un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui :

- a) correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale;
- b) font partie du réseau de soins;
- c) sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- d) appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat;
- e) poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées;
- f) consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile;
- g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate.

• Art. 23 Aides et indemnités financières

• Des indemnités ou des aides financières peuvent être accordées par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux structures intermédiaires poursuivant un but d'utilité publique, aux conditions prévues par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005



Les décisions du Conseil d'Etat

- Financer à 55% les coûts des soins aigus et de transition
- Ne pas prélever de contribution personnelle accrue pour les résidents en EMS pendant au moins une année
- Ne prélever auprès des clients de la FSASD que la moitié de la nouvelle contribution (contribution calculée selon le RDU soit CHF 7,95/jour au maximum)
- Ne pas prolonger les tarifs en vigueur en 2010



Nouvelle contribution personnelle

- Tarifs des soins FSASD bloqués au niveau 2006 par arrêté fédéral (conséquence: impossibilité d'augmenter les recettes de la FSASD)
- Taux de subventionnement moyen du maintien à domicile en 2008: 50% en Suisse, contre 68% à Genève
- Diminution des recettes liées aux nouveaux tarifs applicables par tranches de cinq minutes
- Revenus supplémentaires pour la FSASD autorisés par la LAMal
 - 20% (15,95 CHF /jour)= 10,6 millions
 - 20% + RDU= 9,2 millions
 - 10% (7,95 CHF/jour) = 5,3 millions
 - **Solution retenue: 10% + RDU = 4,6 millions (dont 21% aux SPC)**
- Impact moyen du prélèvement du 10%: 42 CHF/mois/client
- Contribution personnelle en EMS et/ou à domicile prélevée: ZH, SG, GR, ZG, SZ, SH, SO, BE, AR, UR, AG, LU, NW, JU, TG, VD
(liste des décisions prises au 9 juin 2010)



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1001 TORRONS LEX

Département des affaires régionales de l'économie et de la santé

04/10/2010

04.10.2010 - Page 7

Conséquences financières prévues

- Augmentation de 12 millions de la subvention aux EMS inscrite au PB 2011 pour ne pas répercuter les coûts des soins auprès des patients
- Jusqu'à 9 millions supplémentaires inscrits au PB 2011 dans les soins à domicile pour les organismes actuellement non subventionnés (= hors FSASD)
- Augmentation de 2 millions pour les SPC inscrite au PB 2011
- Incertitudes quant aux méthodes d'évaluation des besoins en soins



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1001 TORRONS LEX

Département des affaires régionales de l'économie et de la santé

04/10/2010

04.10.2010 - Page 8

Intégrer les infirmiers/ères indépendant(e)s à la LSDom

- Prestataires des soins selon la LAMal
- A rajouter dans la LSDom pour qu'ils/elles soient soumis(es) aux mêmes règles que les autres prestataires de soins





AIDE ET SOINS À DOMICILE

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

Nouveau financement des soins – les différentes participations du patient selon les cantons en 2011

Conformément au nouveau régime de financement des soins entré en vigueur au 1.1.2011, les personnes nécessitant des soins payent, selon la décision de leur canton, une participation du patient aux soins ambulatoires (sans les soins aigus et de transition), en plus de leur quote-part et franchise habituelles.

Canton	Participation du patient pour les soins ambulatoires (sans les soins aigus et de transition)				Remarques
	Fr. 15.95 sont perçus par jour pour les prestations de soins selon l'OPAS. ¹	Fr. 8.- sont perçus par jour pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 15.95 par jour	10 % des coûts facturés pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 15.95 par jour	10% des coûts facturés pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 8.- par jour	
AG				X	0% pour 2011. La réglementation pour 2012 est adoptée par le Grand Conseil en 2011.
AI			X		
AR			X		
BE				X	
BL				X	A partir de 2012: 10%, au max. Fr. 8.- par jour.
BS			X		
FR				X	
GE		Fr. 0.- à 8.-; indépendamment du revenu			
GL				X	
GR			X		
JU				X	
LU		X			Renonciation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans.

Canton	Participation du patient pour les soins ambulatoires (sans les soins aigus et de transition)				Remarques
	Fr. 15.95 sont perçus par jour pour les prestations de soins selon l'OPAS. ¹	Fr. 8.- sont perçus par jour pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 15.95 par jour.	10 % des coûts facturés pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 15.95 par jour.	10 % des coûts facturés pour les prestations de soins selon l'OPAS. Au max. Fr. 8.- par jour.	
NE				X	
NW	X				Renoncation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans.
OW					Encore ouvert – tendances à 20%.
SG			X		Le projet sera soumis en 2011 au peuple.
SH					
SO			X		X
SZ			X		
TG			X		
TI				X	
UR		X			
VD				X	Pas encore définitif: la décision sera prise par le Grand Conseil au début 2011.
VS				X	
ZG			X		
ZH		X			

Les indications sont sans garantie. Etat: 21.12.2010.

¹ Pour les interventions très courtes, la participation du patient s'élève à moins de Fr. 15.95, parce que la contribution de l'assureur plus la participation du patient ne doit pas dépasser le prix couvrant des prestations de soins.

T6.2 Recettes provenant de prestations propres et de subventions, en pourcentage 2008

Canton	Recettes des prestations propres		Recettes des subventions ¹			Total
	Prestations de service	Autres recettes	Canton	Communes	Autres pouvoirs publics	
ZH	50.6	4.8	12.3	32.1	0.1	100.0
BE ²	56.2	2.7	1.6	39.5	0.1	100.0
LU	50.7	5.0	-	43.6	0.6	100.0
UR	55.4	4.3	40.2	0.1	-	100.0
SZ	51.8	7.2	-	38.1	2.8	100.0
OW	48.7	2.8	15.0	33.4	0.1	100.0
NW	43.7	4.1	-	52.0	0.2	100.0
GL	60.4	11.9	10.7	11.1	5.9	100.0
ZG	45.6	6.9	-	45.7	1.7	100.0
FR	46.8	1.5	13.4	38.2	0.2	100.0
SO	65.0	4.4	-	30.5	0.2	100.0
BS	55.1	2.5	38.0	4.3	-	100.0
BL	55.7	6.2	-	38.0	0.1	100.0
SH	54.4	5.9	-	39.3	0.4	100.0
AR	72.1	10.7	2.4	4.7	10.1	100.0
AI	62.4	1.9	35.7	-	-	100.0
SG	64.3	5.9	<0.1	29.1	0.7	100.0
GR	56.1	2.1	21.3	17.7	2.7	100.0
AG	55.3	9.0	0.1	34.2	1.5	100.0
TG	55.1	11.2	0.7	32.8	0.2	100.0
TI	43.3	1.8	11.0	43.9	-	100.0
VD	46.5	1.6	25.6	25.7	0.5	100.0
VS	40.4	4.8	34.4	20.5	-	100.0
NE	54.1	0.8	45.1	-	-	100.0
GE	30.0	2.0	68.0	-	-	100.0
JU	54.0	0.5	36.8	8.3	0.3	100.0
CH	49.3	3.7	20.4	26.2	0.4	100.0

¹ Depuis l'introduction de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) le 1er janvier 2008, la responsabilité des organisations Spitex incombe désormais aux cantons et les subventions prévues par la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) ne seront plus versées qu'à des organisations d'aide et de soins à domicile oeuvrant dans toute la Suisse. En raison de ce changement, la variable «LAVS 101bis» n'apparaîtra plus dans les données de la statistique à partir de 2008.

² Dans le canton de Berne, les organisations sont financées par les communes (couverture de déficit, budget global, contributions par tête). Le canton ne paie aucune subvention directe aux organisations Spitex, mais rembourse 50% des subventions versées dans le cadre de la

Scénario de prise en charge par le canton de la participation du client

Estimations basées sur les prestations LAMal 2009

Scénario 1 : participation du client 100% à sa charge

c		d		e		f		g		h		h/c	
Nombre de clients		Participation client fr. 15.95/j. dès 1ère minute		Couverture par le canton (%)		Couverture par le canton (en francs)		A charge des clients (en francs)		Participation client fr. 15.95/j. (moyenne annuelle par client)			
10'558		10'612'173		-		-		10'612'173		1'005			

Scénario 2 : participation du client pris en charge par l'état de 0 à 100% selon RDU 70%

c		d		e		f		g		h		h/c	
RDU client*	Limite revenu	Nombre de clients	Participation client fr. 15.95/j. dès 1ère minute	Couverture par le canton (%)	Couverture par le canton (en francs)	A charge des clients (en francs)	Participation client fr. 15.95/j. (moyenne annuelle par client)						
A	18'000	205	206'266	100	206'266	0	0						
B	23'000	230	231'523	80	185'218	46'305	201						
C	28'000	482	484'094	60	290'456	193'637	402						
D	33'000	871	875'578	40	350'231	525'347	603						
E	38'000	1'495	1'502'795	20	300'559	1'202'236	804						
F	>38'000	7'275	7'311'918	0	0	7'311'918	1'005						
Total		10'558	10'612'173		1'332'731	9'279'442	879						

Scénario 3 : participation du client pris en charge par l'état de 50 à 100% selon RDU 70% + RDU

c		d		e		f		g		h		h/c	
RDU client*	Limite revenu	Nombre de clients	Participation client fr. 15.95/j. dès 1ère minute	Couverture par le canton (%)	Couverture par le canton (en francs)	A charge des clients (en francs)	Participation client fr. 15.95/j. (moyenne annuelle par client)						
A	18'000	205	206'266	100	206'266	0	0						
B	23'000	230	231'523	90	208'371	23'152	101						
C	28'000	482	484'094	80	387'275	96'819	201						
D	33'000	871	875'578	70	612'905	262'673	302						
E	38'000	1'495	1'502'795	60	901'677	601'118	402						
F	>38'000	7'275	7'311'918	50	3'655'959	3'655'959	503						
Total		10'558	10'612'173		5'972'452	4'639'721	439						

Source : données Infocentre, facturation des prestations LAMal

* les clients dont le RDU est inconnu à ce jour ont été ventilés selon la répartition observée des clients dont le RDU est connu.

Date de dépôt : 25 janvier 2011

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M^{me} Christine Serdaly Morgan

Mesdames et
Messieurs les députés,

La résolution 637 « Pas de charges supplémentaires pour les personnes âgées : pour une politique de soins cohérente » avait pour but de permettre au Grand Conseil de redonner sa dimension politique à la décision du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, visant notamment à introduire une « contribution personnelle » et nouvelle des assurés au financement des soins de longue durée à domicile (en complément de la contribution aux frais que les assurés versent déjà sous forme de franchise et de quote-part de 10%)³.

Contrairement à l'opinion émise par un député lors de son examen en commission, ses auteurs ont estimé qu'il ne s'agissait pas là d'une simple adaptation du cadre existant à de nouvelles règles, mais bien d'une modification de la politique cantonale déployée depuis l'introduction du centime additionnel pour financer l'aide et les soins à domicile (1992), ainsi que l'accueil en EMS (1998).

Il semble ainsi que l'on ne peut régler la question des incidences de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur le financement des soins et de la révision conséquente de la LAMal⁴ au 1^{er} janvier 2011, par simple arrêté; et que ce dossier à facettes multiples mérite une attention de la part du Grand Conseil, quitte à reporter certains aspects de la mise en œuvre cantonale (la loi fédérale instaurant un laps de temps maximum de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi pour sa mise en œuvre au niveau cantonal).

³ Soit 10% des 20% maximum prévus par la Loi fédérale. A noter que ces 10% n'ont rien à voir avec les 10% de la quote-part que l'assuré se doit de financer pour ses soins. Voir pour plus de détails la présentation à la commission de la santé annexée au rapport de minorité.

⁴ Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751) adoptée par le Parlement fédéral le 13.6.2008 ; elle comprend notamment une révision de la LAMal (loi sur l'assurance maladie).

Un dossier à facettes multiples

Les décisions contenues dans l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010 sont différentes pour les EMS et pour l'aide à domicile : la nouvelle «contribution personnelle» est épargnée aux résidents des EMS. Elles ont un caractère impermanent : valable « au moins pour 2011 » en ce qui concerne les EMS. Elles laissent entrevoir une complexité administrative et un risque d'inéquité dans les modalités de facturation aux assurés : contribution de l'assuré plafonnée à 10% du coût de la prestation la plus haute à charge de l'assurance maladie (lui facturera-t-on toujours le tarif le plus haut quelle que soit sa prestation ?), calcul de la nouvelle «contribution personnelle» en fonction du RDU, mais taux unique pour les bénéficiaires des prestations complémentaires (donc sans relation à la prestation ?).

Ceci dans un contexte où :

- l'aide à domicile se situe au carrefour entre l'hôpital, l'EMS et les structures intermédiaires ; les décisions prises concernant son financement ont des répercussions sur les prestations en amont et en aval ; est-ce judicieux de diminuer l'attractivité de ce pilier, alors que l'on veut réduire la durée des séjours hospitaliers (objectif de la réforme du financement des hôpitaux), tout comme le nombre de résidents en EMS ?
- les planifications ambulatoire et médico-sociale que doit approuver le Grand Conseil ne sont pas disponibles ; il n'y a pas de vision globale sur les besoins et les prestataires attendus ; les prestataires devront être « accrédités », mais qui sont les candidats éligibles, pour quelles prestations et pour quel budget global ?
- la réforme du financement des hôpitaux entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012 ; là aussi, la planification hospitalière et son articulation avec la planification ambulatoire sont en cours ; les rôles des uns et des autres devront être clarifiés, avec également une nouvelle catégorie de prestations pour les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital disposant d'un financement identique au financement hospitalier ; dans ce panorama, les soins à domicile auront un rôle prépondérant, mais les EMS pourront aussi être prestataires.

Au milieu de ce puzzle et sans disposer de toutes les pièces, cela semble peu raisonnable de décider de changer l'une des règles. Mais surtout, il devrait y avoir une unanimité quant à la nécessité d'une véritable discussion politique une fois les éléments connus.

Personnes âgées et soins à domicile : une prestation publique ou deux départements ?

L'arrêté du Conseil d'Etat répond à des stratégies différentes. Serait-ce le signe de politiques différentes, alors que la personne âgée et la politique à son égard, devraient être dans un continuum de services, une approche commune et coordonnée, au-delà de lois différentes et de départements différents ?

L'absence de «contribution personnelle» pour le résidant en EMS est notamment justifiée par un calcul effectué, qui met en évidence un report conséquent d'une telle mesure sur les prestations complémentaires. Il est aussi le signe de la priorité que s'est donnée le Département de la solidarité et de l'emploi (DES) pour se concentrer sur le désenchevêtrement des coûts, entre le prix de pension et les soins, et la définition du coût de ces derniers⁵.

Mais la décision pour l'aide à domicile est-elle le cheval de Troie d'une nouvelle approche du financement des soins de longue durée appelée à se généraliser ?

Politique nationale et recommandations de la CDS⁶

La Suisse est diverse et la réforme du financement des soins vient y mettre un terme, avec un transfert de la charge de l'assurance maladie sur les cantons et les assurés :

- la contribution des assurances maladies est fixée uniformément pour toute la Suisse (12 niveaux pour les EMS et 3 tarifs pour le domicile) : l'opération doit être, pour les caisses, financièrement neutre sur la Suisse ;
- les cantons devront tous se préoccuper de la question et ce même si au final la commune reste une contributrice majeure, comme dans certains cantons suisse-almémans ;
- les clients pourront être amenés à payer au maximum 20% de la contribution la plus élevée de l'assurance obligatoire des soins (AOS) : CHF 21,60 / jour au maximum pour les EMS et CHF 15,95 / jour pour le domicile.

Les motifs de cette réforme ?

Trois motifs essentiels à cette réforme nationale. Le premier est que l'AOS participait inégalement au coût des soins d'un canton à l'autre et le financement de l'intégralité du coût des soins, prévue dans la loi, n'a jamais été réalité. Le second concerne l'augmentation des soins de longue durée, en raison du vieillissement de la population : elle est avérée et son financement à

⁵ Voir la note de bas de page 6

⁶ Conférence des directeurs cantonaux de la santé

venir, une question de fond. Troisième motif, avec le report des coûts sur les cantons, il s'agit d'obliger ces derniers à revoir leur chaîne des soins (hôpital, domicile, structures intermédiaires, EMS) : les soins à domicile doivent être développés en Suisse alémanique, ainsi que les structures intermédiaires en général ; les séjours hospitaliers doivent diminuer et la prestation « EMS » maintenue dans une proposition « utile ».

A noter que le découpage des coûts à charge de l'AOS est le suivant pour les principaux prestataires qui nous occupent (données Santésuisse-Datenpool 2009) :

- 39,2 % pour les hôpitaux (ambulatoire et stationnaire)
- 29,4 % pour les médecins (traitements et médicaments)
- 7,8 % pour les EMS
- 2,1 % pour les soins à domicile
- 8,1 : divers (laboratoires, physiothérapeutes, autres)
-

Genève face à la Suisse ?

Sous la majorité des aspects, Genève avait, jusque-là, rempli les objectifs des réformes fédérales avec, en particulier, des soins à domicile développés de manière conséquente, et un système de financement assuré majoritairement par le Canton, sans report de charge sur les clients de l'aide à domicile. Les recommandations de la CDS⁷ concernant la réforme du financement des soins, illustrent à la fois ces objectifs et leur atteinte par notre Canton :

[...]

f) Les cantons sont invités, en vertu du principe "l'ambulatoire prime l'hospitalier", à donner aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmières et infirmiers avec mandat de prestations public l'instruction de **ne pas** percevoir auprès de leurs clientes et clients de «contribution personnelle» au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal. La compensation de cette renonciation à des rentrées s'effectue de préférence sous la forme de subventions aux fournisseurs de prestations.

g) Il est recommandé d'examiner l'inscription de telles réglementations dans le droit cantonal.

[...].

⁷ *Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins du 22 octobre 2009, document annexé au présent rapport de minorité*

Il s'agit là d'une ligne de conduite pour l'ensemble des Cantons, et il est ainsi évident que la répartition des recettes (OFS, statistiques de l'aide et des soins à domicile, 2008), telle que présentée par le DARES lors de l'examen de la résolution, ne peut que mettre en évidence, non seulement la disparité intercantonale, mais le chemin à parcourir pour certains cantons qui jusque-là, pour une douzaine d'entre eux, n'ont pas ou peu participé au financement des soins. Le canton de Genève contribue ainsi pour les soins à domicile à hauteur de 68% par le biais de subventions, alors que la moyenne suisse et de 46,6%, cantons et communes confondus.

Genève a donc décidé de longue date de prendre en charge, par le biais de l'impôt et de subventions cantonales, une part importante des coûts, en laissant à charge des assurés, essentiellement leur franchise et leur quote-part pour le financement de leurs soins⁸.

Est-ce parce qu'une partie de la Suisse ne s'y met que progressivement que l'avance de Genève devrait être utilisée pour justifier d'un retrait cantonal du financement direct ?

Il s'agit là d'un changement d'orientation et non d'une décision technique. Dans ce sens, le maintien de la politique actuelle, avec l'injection de fonds complémentaires pour compenser les pertes liées au changement de système, se serait apparenté à un investissement. Technique celui-là.

Est-ce parce que l'objet a une certaine complexité qu'il valait mieux éviter la demande de financement complémentaire pour la FSASD au Grand Conseil ?

Quel modèle financier et économique ?

Outre les aspects de politique cantonale qui ne sont pas disponibles à ce jour pour estimer les besoins et le coût du système avec les nouvelles règles de financement des soins, les données financières derrière la décision de créer une contribution nouvelle du client de l'aide à domicile ne sont pas entièrement claires :

- les nouveaux tarifs fédéraux entraînent une perte pour la FSASD estimée à 1,5 moi ;

⁸ Avec toutefois une nuance importante puisque les résidents des EMS finançaient une part de coûts « cachés » dans leur prix de pension, estimée par le Canton à 12 mio. Ces 12 mio ont été retirés du calcul du prix de pension des EMS pour 2011 (diminuant par là aussi les prestations complémentaires à verser aux résidents) et réinjectés sous forme de subvention aux EMS pour les soins.

- la recette prévue avec la nouvelle «contribution personnelle» est de 5,3 mio et de 4,6 mio pour la FSASD, une fois pondérée par les effets du RDU ;
- il reste ainsi à la FSASD un solde positif 3,1 mio ; peut-il être utilisé à d'autres fins que le financement direct des soins ?
- 29,4% des clients de la FSASD bénéficient aujourd'hui de prestations complémentaires ; le coût annoncé de l'effet de la «contribution personnelle» sur le montant des prestations complémentaires est de 2 mio ; le coût du glissement de clients vers les prestations complémentaires n'a pas été évalué ; ces deux charges supplémentaires constituent un transfert du financement direct des soins vers un financement par l'aide sociale ;
- les subventions pour les autres prestataires (qui restent à définir) ont été prévues à hauteur de 9 mio au budget 2011 ;

D'une véritable politique de la santé, avec un financement diversifié et fondé sur une base solidaire, certes importante de l'impôt, mais assurant l'accès et la qualité des soins à tous, l'on glisse vers une politique de l'assistance sociale avec un financement plus opaque, augmentant le transit financier par l'aide sociale et les prestations complémentaires, tout comme les démarches administratives, aussi bien pour les prestataires de soins et que pour les clients.

Une nouvelle taxe pour l'assuré-client-contribuable

Au-delà des différences de prestations financières qui vont lui être appliquées dans son parcours de soins, le client est aussi un assuré qui doit assumer la charge, encore récemment alourdie, de ses primes d'assurance maladie.

Non content de la part des soins à laquelle il contribue déjà par le biais de sa franchise et de sa quote-part, il voit ses charges augmentées par cette nouvelle «contribution personnelle» qui lui sera facturée par le prestataire de soins à domicile.

La pleine augmentation concerne ainsi, pour la FSASD par exemple, la majorité de ses clients aujourd'hui qui ne bénéficie pas d'une réduction liée à leur revenu déterminant (RDU > CHF 38 000,- / an) : soit 70% de sa clientèle (représentant 7275 personnes). Si 20% de cette dernière est au bénéfice de prestations complémentaires (la charge de la nouvelle «contribution personnelle» revenant alors au budget des prestations complémentaires), 80% est donc directement concernée par cette charge (et taxe) nouvelle.

Certes l'ensemble des clients n'ont pas besoin de soins quotidiens et la facture supplémentaire de CHF 2910,50 (ou CHF 15.95 / jour) par an ne sera pas le lot de tous. Mais le coût moyen calculé sur la clientèle de la FSASD, qui n'a évidemment pas de sens pour un individu donné, s'élève déjà à plus de CHF 500,- annuels.

Enfin, l'arrêté du Conseil d'Etat ne précise pas les conditions de facturation qui seront applicables à l'assuré. La «contribution personnelle» du client lui sera-t-elle ainsi facturée, par le prestataire de soins à domicile, à hauteur de la prestation effectuée ou plutôt à hauteur du coût de la prestation maximale ?

Avec le risque, face à cette complexité, que certains clients renoncent à demander des soins parce que les démarches administratives pour obtenir, par exemple des prestations complémentaires, soient un obstacle, c'est toute une partie de la politique de maintien à domicile qui pourrait être touchée, sachant qu'aujourd'hui 75% de la clientèle de la FSASD sont des personnes âgées.

Pour les sommes impliquées (1,5 mio à couvrir pour la FSASD), il semble ainsi au groupe Socialiste que la charrue a été mise avant les boeufs, et qu'au risque de rebuter les députés, il eut mieux valu prévoir cette discussion un peu ardue, mais non moins intéressante, avec l'ensemble des cartes en main.

Un fonctionnement démocratique de nos institutions, assurant des décisions politiques cohérentes et partagées, appelle une discussion transparente qui supporte aussi la contradiction.

Dans ce sens, il s'opposera à toute contribution supplémentaire des clients, résidents et assurés, et il continuera à défendre une véritable politique cantonale des soins et des personnes âgées pour tous, cohérente, axée sur la prévention, le maintien à domicile et un accompagnement digne et de qualité quel que soit le lieu de vie.

Le groupe Socialiste vous invite pour ce faire à accepter cette résolution, afin de surseoir à une décision hâtive, et à attribuer ses responsabilités au Grand Conseil en abordant l'application de la révision du financement des soins et de la LaMAL au niveau cantonal, avec la rigueur et les outils nécessaires, en particulier la planification sanitaire cantonale qui sera à disposition prochainement.

Grand Conseil

Commission de la santé

Financement des soins de longue durée
(EMS, domicile, foyers de jour/nuit,
soins aigus et de transition)

Résolution R 637

8 octobre 2010

Repères historiques: rappel

- 1996 Entrée en vigueur LAMal
- 2005 Message du CF pour un nouveau régime de financement des soins
- 13 juin 2008 Vote du Parlement
- 1^{er} janvier 2011 Entrée en vigueur de la loi 3 ans pour l'appliquer

Coûts: aperçus

Coûts des soins LAMal EMS	3.1 mia
Assistance / soins non LAMal	1.1 mia
Coûts d'hébergement	3.1 mia
Autres coûts (LiMA, thérapie, etc.)	0.2 mia
Coût total EMS	7.5 mia
dont 1,8 mia pris en charge par la LAMal,	
• soit 7,8% de l'AOS	
Moyenne par jour/résident	248.-
Coût LAMal soins à domicile: 0,502 mia	
• Soit 2,1 % de l'AOS	

Situation nationale actuelle

Financeurs	Suisse romande	Suisse allemande
Assurance obligatoire des soins (AOS)	Participation pour la couverture partielle des soins LAMAL sur facturation à l'assureur du résidents, à l'acte ou au forfait.	
Cantons	Participation importante	Plutôt pas
Communes	-	Participation importante
Assurés (hors quote-part et participations)	Plutôt pas, mais « cachée » en EMS dans prix de pension	Participation importante
Prestations	Suisse romande	Suisse allemande
EMS	Fin de vie, psychiatrie, psychogériatrie et articulés avec structures interm. (sauf GE); limitation nombre	« Altersheim », « Pflegesheim », structures interm.; beaucoup d'institutions
Aide à domicile	Très développée (part. GE et VD)	Très peu développée

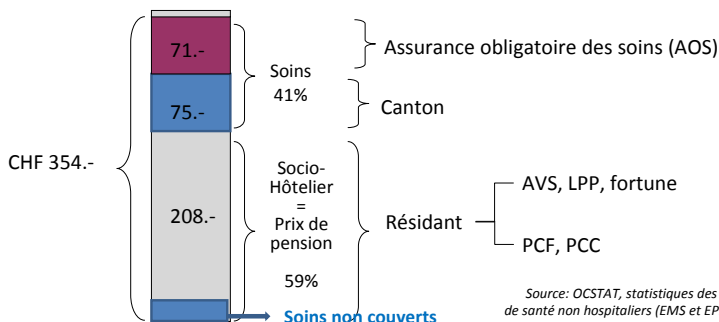
Soins de longue durée: demain

- **Contributions identiques** de l'assurance maladie dans tous les cantons pour les coûts liés aux soins
 - 12 niveaux pour EMS en fonction soins requis du résident: 9,- par niveau; max. CHF 108,- / jour
 - 3 tarifs pour domicile en fonction intervenant: max. 79,80,- / jour
- Part des résidents max. **20 % de la contribution la plus élevée** (du tarif le plus élevé) de l'assurance maladie
 - EMS: max. CHF 21.60 / jour (CHF 7'884/ an)
 - Domicile: max. CHF 15.95 / jour (CHF 5821/ an)
- Règlement du **financement des coûts restants** (coût résiduel) par les cantons
- **Mise en œuvre sans incidence sur les coûts pour Santéuisse** (à l'échelle de la Suisse et non à l'échelle cantonale) – Neutralité des coûts

Aujourd'hui en EMS: qui paie quoi?

Répartition du financement d'une journée en EMS:

(1 jour / résident, selon les chiffres 2008, coût moyen)

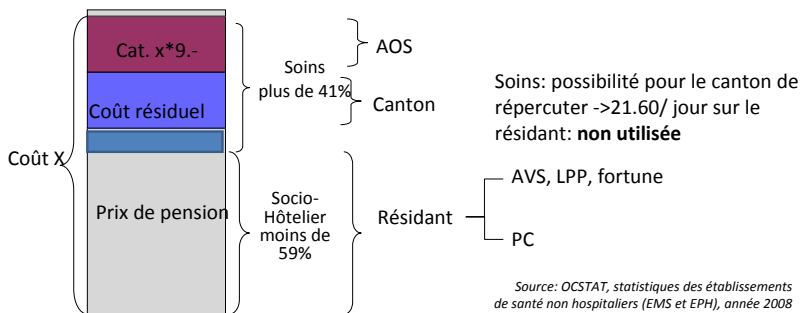


Source: OCSTAT, statistiques des établissements de santé non hospitaliers (EMS et EPH), année 2008

Dès 2011 en EMS: qui paiera quoi?

Répartition du financement d'une journée en EMS:

(1 jour / résidant, selon les chiffres 2008, coût moyen)



7

Domicile - éléments

	Répartition actuelle des coûts	Répartition des coûts à partir de 2011
Participation aux coûts pour les soins à domicile (soins de longue durée, sans les soins aigus et de transition)	Personnes nécessitant des soins -Uniquement la quote-part et la franchise. Couvre environ 5 à 7 % du prix coûtant des soins	Personnes nécessitant des soins -La quote-part et la franchise. -Participation du patient en supplément (au maximum 20% de la contribution de l'assurance maladie la plus élevée fixée par le Conseil Fédéral). Max. Fr. 15.95 par jour/ Fr. 5821.75 par année Pour Genève 10% selon RDU: max= Fr. 2911 par année
	Assurance-maladie obligatoire 55 % du prix coûtant des soins. Soins de base simple Fr. 30.- à 48.50 Soins de base complexe/examen/ traitement Fr. 45.- à 70.- Evaluation des soins requis/conseils Fr. 50.- à 75.-	Assurance-maladie obligatoire 55 % du coût des soins. Soins de base Fr. 54.60 Examen/traitement Fr. 65.40 Evaluation des soins requis/conseils Fr. 79.80
	Pouvoirs publics Les cantons/communes versent la part restante qui n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie et s'élevant à quelque 40 % du prix coûtant des soins par le biais de la couverture du déficit des organisations d'aide et de soins à domicile.	Pouvoirs publics Les cantons ou les communes doivent assumer les coûts restants. Ils règlent la répartition des charges interne au canton et peuvent de surcroît décharger les assurés en abaissant la participation du patient. La part des pouvoirs publics se situe entre env. 10 et 40 % selon les cantons et les cas.

Exemple 1

Le résident en EMS a un besoin en soins de 300 min./jour

Taxe de soins de l'EMS (supposition)	200.-
<i>Contribution AOS niveau 12 (+ de 220 min)</i>	<i>108.-</i>
Reste (non couvert par AOS)	92.-
<i>Contribution possible du résident</i>	
<i>(max. 20% de 108.- (niveau max = 21.60): CHF 21.60)</i>	
Contribution décidée par Arrêté CE	0.-
Canton (fin. résiduel)	92.-

Exemple 2

Le client à domicile a un besoin en soins de 80 min./jour

Tarif soins à domicile (supposition)	140.-
<i>Contribution AOS soins traitement brut 20'</i>	<i>21.80,-</i>
<i>Contribution AOS soins de base 60'</i>	<i>54.60,-</i>
Reste (non couvert par AOS)	63.60,-
Client	
<i>(max. 10% de 79.80.- (niveau max) = 8,-)</i>	<i>8,-</i>
Canton (fin. résiduel: 63.60.- - 8 = 55.60,-)	55.60,-

Soins dans les structures de jour / de nuit (nouveau)

- Calcul du financement identique à celui des *soins de longue durée*

Soins aigus et de transition (nouvelle notion)

- Prestations identiques aux soins de « longue durée » (art. 7 al. 2 OPAS)
- Suite à un **séjour hospitalier**
- Prescription par un **médecin de l'hôpital**
- Remboursement complet pendant **2 semaines**
- Répartition selon le financement des hôpitaux (45 % LAMal, 55 % cantons)
- **Forfaits** entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (contrat)

Situation actuelle au niveau fédéral

- Mise en œuvre est précisée dans les ordonnances approuvées le 24.6.2009 par le Conseil fédéral
- Diverses recommandations: Conférence des directeurs de la santé (CDS), associations faitières (CURAVIVA, Spitex), Surveillant des prix

Situation dans les cantons

Les questions de la mise en œuvre en discussion actuellement dans les cantons

- Avec SantéSuisse:
 - Procédures administratives
 - Prestations LAMal autres que soins
 - Soins aigus et de transition
- Avec les autorités cantonales:
 - Calcul du coût total / part résiduelle prise en charge par le Canton
 - Participation des résidents
- Cantons:
 - prévoient interpellation fédérale pour adaptation de la contribution des assureurs en regard du coût de la vie cantonale (péréquation)

Situations cantonales

- En Suisse romande:
 - participation des résidents en EMS avec des taux variables
 - **Pas de participation des clients de l'aide à domicile**
- **A Genève: situation inverse**
 - Pas de participation des résidents en EMS: transfert trop important sur les prestations complémentaires versées
 - Participation à hauteur de 10% du tarif le plus élevé, modulé en fonction RDU et PC

Résolution R 537

- Fait suite à une IUE du 17 juin 2010
- Invite à la modification de l'Arrêté du 23 juin 2010
 - Pas de répercussion sur les clients de l'aide à domicile
 - Durabilité des décisions pour les EMS et les soins à domicile
- Demande que le GC soit informé des conséquences de l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins de loge durée
 - Décider des moyens de la politique cantonale des soins

Motivations

- Maintenir la politique d'aide à domicile et anticiper le nouveau financement des hôpitaux en 2012 (introduction Swiss DRG):
 - primauté de l'ambulatoire sur l'hospitalier
 - Pas de « tourisme » entre domicile et EMS
 - Nous sommes dans la cible des objectifs nationaux (OFS et CDS)

Motivations

- Augmenter la charge des assurés et créer un transfert de charges sur l'aide sociale ou les prestations complémentaires
 - Contraire à l'esprit et aux recommandations nationales, coût « caché »
 - Risque de créer des situations sanitaires délicates, certaines personnes renonçant au PC ou à l'aide
- Inégalité de traitement et risque de recours
- Absence de données statistiques et chiffrées
 - Risque de financer autre chose que le coût des soins

Propositions

- Examiner la situation chiffrée et décider sur cette base s'il y a lieu de **modifier la politique cantonale d'aide à domicile**
 - Impact de la révision sur le financement des soins à domicile (FSASD et autres prestataires): application des nouveaux tarifs et des nouvelles méthodes de calcul
 - Impact de la décision du CE sur les clients: transfert des charges sur les PC ou l'aide sociale (projections sur base 2008 ou 2009)
- Résolution parlementaire à l'adresse du Conseil fédéral: renégociation de la contribution des assureurs maladies en fonction de la situation des cantons
 - Soutenir la position du Canton



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

ANNEXE 2

47.61

22.10.2009

Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009

Contenu

1	Contexte	2
2	Références	2
3	Besoin de réglementation des cantons ou des communes	3
3.1	Soins en EMS	3
3.2	Soins ambulatoires	5
3.3	Prestataires de soins ambulatoires	7
3.4	Coûts des soins aigus et de transition	8
3.5	Prestations relevant des soins aigus et de transition	9
3.6	Prestations complémentaires conformément à la LPC	10
3.7	Réglementation de la transition vers le nouveau régime	11
3.8	Assurance qualité des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile	11



1 Contexte

Le Parlement fédéral a adopté le 13.6.2008 la **Loi fédérale** sur le nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751). La réglementation comprend une révision de la LAMal, de la LAVS et de la LPC.

Les modifications législatives concernent les prestations suivantes:

- prestations de soins en EMS ou à domicile au sens de la LAMal
- allocation pour impotent au sens de la LAVS
- Prestation complémentaire au sens de la LPC.

Le Conseil fédéral, respectivement le DFI, a dans ce cadre adapté les **ordonnances** suivantes:

- OAMal
- OPAS
- RAVS

Les présentes recommandations ont été élaborées par la commission "Application LAMal" et approuvées le 22.10.2009 par le Comité directeur de la CDS.

Elles complètent les "Recommandations sur l'application de la LAMal dans le domaine des EMS et des services d'aide et de soins à domicile" du 14 mai 1998, dans la mesure où celles-ci ne sont pas caduques en raison de la modification de la loi.

2 Références

- Au niveau de la loi: nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751)
- Ordonnances fédérales (références au [RO 2009](#)):

3523	Règlement sur l'assurance vieillesse et survivants (RAVS)	831.101
3525	Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	832.102
3527	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)	832.112.31

- Documentation:
 - législation fédérale (y c. message du Conseil fédéral): Curia Vista¹: 05.025
 - ordonnances avec commentaire du Conseil fédéral, respectivement du DFI, 24.6.2009: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/index.html?lang=fr>
 - de plus: information générale intermédiaire de l'OFAS aux caisses de compensation, 7.4.2009, que nous estimons sans caractère obligatoire à l'exception de la constatation que le Parlement n'a pas considéré les prestations complémentaires et les allocations pour impotents comme des assurances sociales.

En relation avec la définition des assurances sociales mentionnée dans l'art. 25a al. 5 LAMal, il faut signaler également le commentaire sur les modifications de l'OAMal².

¹ <http://www.parlament.ch/f/suche/pages/curia-vista.aspx>



Remarque préliminaire

Constatation d'ordre général: conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal, les cantons règlent le financement résiduel. Les paiements reconnus et effectués dans ce cadre sont considérés comme des contributions relevant du droit des assurances sociales au sens de la LAMal et s'inscrivent donc également dans le domaine d'application de la LPGA.

Les contributions fournies au titre du financement résiduel conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal doivent en conséquence être différenciées des prestations complémentaires d'une part et d'éventuelles subventions d'autre part.

3 Besoin de réglementation des cantons ou des communes

Dans les formulations ci-après, on présume que les cantons sont compétents. Dans la mesure où le canton délègue des tâches aux communes, il peut déclarer les recommandations existantes applicables également pour les communes, pour autant que les recommandations ne concernent aucune tâche de coordination qui ne peuvent objectivement parlant être réalisées qu'au niveau cantonal ou qui doivent impérativement l'être conformément à la loi fédérale.

3.1 Soins³ en EMS

- Recommandation 1**
- a) Les cantons déterminent les coûts facturables pour les soins en EMS au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal. Ils peuvent au préalable entendre les EMS.
 - b) La base de la détermination est la justification des coûts conformément à l'OCF et leur examen par le canton.
 - c) Il est justifié de fixer dans une norme les taxes pour les soins dans le sens que l'indemnisation ne porte pas sur les coûts spécifiques de chaque EMS mais sur les coûts imputables à plusieurs EMS. Les taxes normatives pour les soins peuvent également être fixées à titre de valeurs maximales. En l'absence de justificatifs (suffisants), le canton peut évaluer les coûts ou recourir à des valeurs de référence.
 - d) Le canton exige des EMS de structurer leurs justificatifs des coûts et des prestations, d'une part, et la facturation aux résidents en EMS, d'autre part, au minimum comme suit:
 - I) Frais de pension (logement et nourriture)
 - II) Encadrement (p. ex. activités socio-hôtelières)
 - III) Prestations de soins selon les niveaux de soins requis
 - IIIa) dont à la charge de l'AOS conformément à l'art 7a al. 3 OPAS
 - IIIb) dont contribution personnelle des résidents en EMS au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
 - IIIc) dont financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
 - IV) Event. frais pour médecin, médicaments, thérapies et LiMA

² Commentaire sur les modifications de l'OAMal, p. 3: "Dans la notion d'"assurances sociales" sont comprises essentiellement les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Lors des débats parlementaires il n'a, dans ce contexte, jamais été question des prestations complémentaires et elles n'entrent pas dans cette notion. En ce qui concerne les allocations pour impondents, qui, potentiellement, pourraient être incluses, il n'y avait pas, dans le cadre des discussions parlementaires, de consensus quant à leur prise en compte. Du fait que les allocations pour impondents ne représentent pas une prestation en espèces destinée à des fins spécifiques, on peut en déduire que celles-ci n'entrent pas non plus dans la notion d'"assurances sociales".

³ Aux termes de l'art. 25a al. 1 LAMal, sont qualifiées ci-après de „soins” les prestations de soins „qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux”. La notion de „soins” est également utilisée par opposition aux soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. 2 LAMal.



e) Le canton peut stipuler que sont reconnues au maximum dans un EMS les évaluations pour les coûts de soins des EMS qui figurent sur la liste des EMS du canton de domicile de la personne nécessitant des soins.

f) Il est recommandé d'examiner l'inscription de ces réglementations dans le droit cantonal.

Explication

a) Pour la fixation du financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal, les frais de soins doivent être déterminés par unité de prestations. Un examen par jour et niveau de soin requis en tant qu'unité de prestations en référence à l'art. 7a al. 3 OPAS s'impose à cet égard. Le financement résiduel nécessaire correspond à la différence entre les frais de soins facturables d'une part et la contribution AOS plus la contribution financière des résidentes et résidents en EMS au sens de l'art. 25a Abs. 5 LAMal d'autre part.

b) Etant donné qu'un examen de la comptabilité analytique des EMS par les assureurs fait désormais défaut, les cantons sont tenus d'évaluer les frais de soins des EMS.

c) Dans une standardisation, il faut prendre en compte l'intensité des soins variable du collectif des résidents. L'évaluation des frais de soins est donc basée p. ex. sur une valeur par minute ou point, respectivement niveau, des instruments de détermination des soins requis⁴. La détermination normative des taxes pour les soins se justifie du point de vue d'une fourniture économique des soins. Si des taxes maximales pour les soins sont fixées, les frais de soins effectifs s'appliquent en cas de coûts plus bas. Cependant, les activités de formation peuvent être prises en compte individuellement par EMS.

d) Pour le cas où l'EMS conclut des forfaits pour les coûts complets avec les assureurs, la contribution personnelle d'après IIIb) et le financement résiduel d'après IIIc) doivent toutefois être inscrits séparément. Le sous-total des autres coûts AOS d'après IV) (pour médecin, thérapie, médicaments ainsi que moyens et appareils) devrait dans ce cas figurer sous IIIa).

e) Une précision correspondante n'a pas été apportée dans la LAMal, mais se comprend à partir de l'obligation des cantons de planification des EMS (art. 39 al. 3 LAMal) et des conséquences en résultant pour le financement résiduel⁵. Une réglementation par analogie avec le libre choix de l'hôpital au sens de l'art. 41 LAMal est appropriée. Les coûts sont par conséquent reconnus au maximum d'après les tarifs des soins des EMS que le canton a intégrés sur sa liste des EMS.

⁴ Qu'il soit fait observer ici que l'art. 7a al. 4 OPAS prévoit que les soins requis au sens de l'art. 7 al. 3 doivent également être déterminés dans les structures de jour et de nuit.

⁵ Dans le commentaire sur la modification de l'OAMal, p. 4, la compétence des cantons est établie comme suit: "En ce qui concerne le financement résiduel, par les cantons, de séjours dans un établissement médico-social situé hors du canton de résidence, il doit être réglé par les dispositions cantonales en tenant compte des dispositions du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC; RS 210) relatives au domicile ainsi qu'à la jurisprudence récente y relative."



3.2 Soins ambulatoires

- Recommandation 2**
- a)** Le canton peut attribuer à des organisations d'aide et de soins à domicile et à des infirmières et infirmiers sélectionnés des mandats de prestations pour des prestations d'intérêt général et indemniser celles-ci séparément à sa charge. Font p. ex. partie de ces prestations le service de permanence, le service 24 heures sur 24, l'obligation d'admission, les prestations de conseil en dehors de la LAMal, les dépenses spéciales pour l'oncologie, la psychiatrie et les services d'aide et de soins à domicile pour les enfants ou l'organisation de la prise en charge des patients après un séjour hospitalier. Pour ces prestations, un budget global peut également être pris en considération.
- b)** Si les frais de soins au sens de la LAMal ne sont pas complètement couverts, le canton règle le financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal pour les prestations de soins au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal. Le canton fixe à cet égard les tarifs horaires que les prestataires au sens des art. 49 OAMal (soins infirmiers) et 51 OAMal (organisations d'aide et de soins à domicile) peuvent facturer pour des prestations de soins.
- c)** Une différenciation des prestations en fonction des groupes de prestations au sens de l'art. 7 al 2 let. a à c OPAS – et ainsi par analogie avec la différenciation de l'indemnisation au sens de l'art. 7a al. 1 let. a à c OPAS – est appropriée.
- d)** La base pour la réglementation des tarifs horaires est la justification des coûts et leur examen par le canton. Le canton peut donner aux prestataires des directives sur la présentation des comptes.
- e)** Une détermination normative des tarifs horaires par groupe de prestations de soins selon laquelle les coûts spécifiques de chaque organisation d'aide et de soins à domicile ne sont pas indemnisés mais les tarifs pour l'indemnisation des frais de soins sont fixés ensemble pour plusieurs organisations ou infirmières et infirmiers indépendants est appropriée. Les tarifs horaires normatifs peuvent également être fixés à titre de valeurs maximales.
- f)** Les cantons sont invités, en vertu du principe "l'ambulatoire prime l'hospitalier", à donner aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmières et infirmiers avec mandat de prestations public l'instruction de **ne pas** percevoir auprès de leurs clientes et clients de contribution personnelle⁶ au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal. La compensation de cette renonciation à des rentrées s'effectue de préférence sous la forme de subventions aux fournisseurs de prestations.
- g)** Il est recommandé d'examiner l'inscription de telles réglementations dans le droit cantonal.

⁶ L'expression „contribution personnelle“ désigne ci-après la participation financière des patientes et patients aux soins pour un montant maximal de 20% de la contribution aux soins la plus élevée au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal.



- Explication
- a) Cette différenciation permet une indemnisation liée aux prestations d'après les prestations effectives et en tenant compte des différentes tâches, exigences et structures de clients. Sur cette base, les prestations de soins au sens de la LAMal et d'autres prestations d'intérêt public peuvent être clairement différenciées. Tandis que l'indemnisation des prestations de soins dans la LAMal est définie par délégation de la réglementation du financement résiduel au canton, l'organisation et l'indemnisation de prestations d'intérêt général sont soumises – faute de dispositions correspondantes dans la LAMal – à des réglementations cantonales.
- b) Pour mémoire: les frais généraux de l'institution qui ne sont pas directement en relation avec les frais de soins ne sont pas indemnisés au titre de la LaMal. Les institutions ne peuvent donc déduire de la LAMal aucun droit à la couverture de leurs frais généraux qui ne sont pas en relation directe avec la prestation de soins. Les frais administratifs généraux ne sont pas partie des soins.
- c) Avec une différenciation, les différences de qualification nécessaires pour des groupes de prestations divers sont prises en compte. Le financement adéquat est une condition de base pour que les organisations d'aide et de soins à domicile puissent engager le personnel nécessaire.
- d) Le canton peut recourir aux bases existantes, p. ex. la documentation de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (manuel de comptabilité "Manuel Finances Aide et soins à domicile").
- e) Si des tarifs horaires maximaux sont fixés, les frais de soins effectifs s'appliquent en cas de coûts plus bas.
- f) Le canton assure dans un mandat de prestations l'éventuelle renonciation des fournisseurs de prestations à la perception de la contribution personnelle pour les soins à domicile et verse la compensation du manque de rentrées qui y est lié de préférence en tant que subventions ciblées aux fournisseurs de prestations mandatés, qui de leur côté remplissent les obligations et conditions liées au mandat de prestations.

Contexte: conformément aux bases légales en vigueur jusqu'au 30.6.2010, les clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile jouissaient d'une protection tarifaire complète. La nouvelle loi permet, suite au commentaire du Conseil fédéral sur l'OAMal, de facturer aux clients au maximum 15.95 CHF par jour (situation selon les modifications de l'OPAS du 24.6.09)⁷.

⁷ Le Conseil fédéral a établi dans le commentaire sur la modification de l'OAMal que la contribution maximale est valable non par heure mais par jour. Commentaire sur la modification OAMal, p. 4: "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 (voir Annexe 1)."



3.3 Prestataires de soins ambulatoires

Recommandation 3 a) Le canton règle selon l'art. 51 let. a OAMal l'admission des organisations d'aide et de soins à domicile dans sa législation cantonale.

b) A côté des exigences mentionnées dans l'art. 51 let. b-e OAMal, le canton peut régler en particulier les points suivants dans sa législation:

1. Exigences et attestation de qualité
2. Nature des prestations reconnues ou éventail de prestations à fournir
3. Eventuellement obligations ou mandat pour des prestations d'intérêt public
4. Justification des prestations fournies et des coûts
5. Droits vis-à-vis du canton au financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
6. Décompte, flux des paiements et fourniture complète des données dans le cadre de la statistique de l'aide et des soins à domicile.

Explication a) Fondamentalement, tous les prestataires au sens de l'art. 49 OAMal (infirmière et infirmier) sont admis. Les organisations de soins infirmiers et d'aide à domicile sont admises si elles remplissent les obligations au sens de l'art. 51 OAMal. A signaler en particulier à cet égard l'art. 51 let. a OAMal qui exige une admission "en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité".

b) D'éventuelles exigences de qualité plus élevées que l'activité pratique de deux ans exigée conformément à l'OAMal devraient être inscrites dans le droit cantonal. La définition de la nature des prestations reconnues ou d'un éventail de prestations à fournir serait appropriée en vue d'exiger des qualifications plus élevées pour certaines prestations (aide et soins à domicile pour les enfants, évaluation des besoins). Les droits en francs à un financement résiduel devraient être fixés et communiqués au préalable.



3.4 Coûts des soins aigus et de transition

- Recommandation 4**
- a) Les soins aigus et de transition forment un unique concept ne devant pas être séparé.
 - b) Les forfaits conclus conformément à l'art. 25a Al. 2 LAMal doivent comme dans le financement hospitalier correspondre à la base de 100% des frais de soins et être pour le moins approuvés par les cantons.
 - c) Le canton prescrit aux fournisseurs de prestations de saisir et de présenter séparément les coûts et les prestations des soins aigus et de transition dans le calcul des coûts et la statistique des prestations.
 - d) S'il n'existe provisoirement pas de justification (suffisante) des coûts, le canton peut les évaluer lors de l'approbation ou de la fixation des tarifs ou avoir recours à des valeurs de référence.
 - e) Les forfaits pour les soins aigus et de transition n'ont pas d'influence sur les forfaits applicables dans le domaine restant des soins.
 - f) La tarif forfaitaire doit représenter en EMS un tarif journalier et pour les soins à domicile un tarif horaire⁸.
 - g) Les soins post-aigus dans un hôpital et sous protection tarifaire complète ne doivent pas être considérés comme des soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. 2 LAMal. Il est recommandé d'utiliser le cas échéant pour cela l'expression "soins post-aigus à l'hôpital" ou une autre expression se distinguant clairement de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. LAMal.

- Explication
- a) On ne fait *pas* de distinction entre soins aigus d'une part et soins de transition d'autre part.
 - b) Les cantons donnent aux fournisseurs de prestations des instructions dans ce sens dans l'optique des négociations tarifaires ou participent eux-mêmes aux négociations tarifaires.
 - c) L'OCF est fondamentalement applicable également pour la justification des coûts pour les soins aigus et de transition. Les prestations des soins aigus et de transition sont la base pour la fixation des tarifs. Les tarifs forfaitaires incluant d'autres prestations (p. ex. médecin, thérapies, médicaments, LiMA) ne sont toutefois a priori pas exclus, celles-ci n'étant au demeurant *pas* financées de manière duale cantons/AOS).
 - d) Une évaluation des coûts peut en particulier se faire à l'aide d'autres prestations ou à l'aide des prestations de soins au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal.
 - e) Les cantons garantissent ce principe. Il est par conséquent établi que les forfaits pour les soins aigus et de transition ne sont pas déterminants pour la justification des autres frais de soins d'un EMS ou de l'organisation d'aide et de soins à domicile. En d'autres termes: les coûts de la minorité des cas (soins aigus et de transition) ne peuvent pas être déterminants pour la justification des coûts de la majorité des cas (autres soins).

⁸ Aux termes de l'art. 43 LAMal, on distingue tarif au temps consacré, tarif à la prestation et forfait. S'il est question dans l'art. 25 a al. 2 LAMal de "forfaits" devant être conclus, alors aucun forfait temps n'en relèverait à proprement parler.



g) La distinction est importante, parce que les soins aigus et de transition n'englobent que les prestations de soins elles-mêmes, pas le séjour dans une institution.

3.5 Prestations relevant des soins aigus et de transition

- Recommandation 5** a) Les cantons assurent que les hôpitaux, lors de la prescription de soins aigus et de transition, tiennent compte de la définition ci-après du concept (voir encadré sous explication).
- b) Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette définition dans le droit cantonal.
- c) Le canton peut déterminer les prestataires de soins aigus et de transition. Dans le cadre de la planification des EMS, le canton peut désigner les EMS qui sont autorisés à fournir des soins aigus et de transition pour des personnes qui n'habitent pas dans l'EMS. Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette disposition dans le droit cantonal.
- d) Les coûts pour les patients qui attendent une place en EMS après un séjour hospitalier („patients en attente“) sont facturés comme jusqu'à présent d'après les règles du financement des soins au sens de l'art. 50 LAMal.

Explication a) Définition des soins aigus et de transition
 Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b, le DFI précise expressément que les soins aigus et de transition ne recouvrent que des prestations de soins à l'exclusion des frais d'hôtellerie⁹.
 La définition ci-après sert à distinguer les "soins aigus et de transition" au sens de l'art. 25a al 2 LAMal d'autres offres de prestations de soins aigus ou post-aigus (en particulier séjour hospitalier stationnaire (y c. gériatrie), réadaptation et soins en EMS et à domicile)¹⁰. Il convient en outre de signaler la précision du DFI selon laquelle les soins aigus et de transition ne sont pas cumulables avec des prestations de soins conformément à l'art. 25a al. 1 LAMal¹¹.

⁹ Commentaires sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b: "Cet article décrit la prise en charge des soins aigus et de transition. Il s'agit ici uniquement de la prise en charge des prestations de soins au sens de l'art. 7, al. 2 OPAS, ces prestations étant de type ambulatoire les frais d'hôtellerie ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie."

¹⁰ Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 4 sur l'art. 7, on fixe le but des soins et l'on précise que les patients en attente ne relèvent pas des soins aigus et de transition: "De plus, l'ordonnance précise aussi que les soins aigus et de transitions ne sont fournis que directement à la suite d'un séjour hospitalier. Ils sont prescrits par un médecin de l'hôpital uniquement en cas de nécessité médicale liée à un état de santé aigu, dans le but d'un retour à la même situation qui était celle du patient avant son hospitalisation. Les soins aigus et de transitions représentent une étape d'un traitement et ne sont en aucun cas prévus pour le financement d'éventuelles périodes d'attente de placement en réadaptation ou dans un home."

¹¹ Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, chiffre 13, le DFI constate ce qui suit: "Aujourd'hui déjà, les prestations de soins sont définies à l'art. 7, al. 2 OPAS et la description de la catégorie de prestations au niveau de l'ordonnance est en principe maintenue. En ce qui concerne la catégorie de prestations, il n'y a aucune différenciation à faire entre les prestations de soins et les prestations des soins aigus et de transition. Par conséquent, un remboursement cumulé des soins et des soins aigus et de transition est exclu. Toutefois, en raison des règles de remboursement différentes, des adaptations au niveau des ordonnances sont nécessaires."



Définition des soins aigus et de transition

- 1 Des soins aigus et de transition conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative:
 - a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.
 - b. La patiente ou le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant.
 - c. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
 - d. Un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué.
 - e. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier.
 - f. Un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la let. e est établi.
- 2 Dans la mesure où un encadrement ou un traitement médical, thérapeutique ou psychosocial sont également nécessaires, ceux-ci peuvent être fournis à titre de prestations individuelles en ambulatoire ou en EMS. Ils ne sont pas partie intégrante des soins aigus et de transition.

c) Avec la réglementation, on peut obtenir que des capacités de prestations qui ne seront ensuite pas pleinement utilisées ne sont pas inutilement mises à disposition. Il s'impose en revanche ne serait-ce que pour des raisons de coûts que les soins aigus et de transition pour des personnes vivant dans un EMS sont fournies dans celui-ci également. Dans le commentaire sur la modification de l'OPAS, il est toutefois précisé qu'une désignation particulière des prestataires de soins aigus et de transition n'est pas nécessaire parce que les prestataires sont déjà désignés dans l'art. 7 al. 1 e OPAS¹².

3.6 Prestations complémentaires conformément à la LPC

Recommandation 6 a) Les taxes journalières conformément à l'art. 10 al. 2 let. a LPC doivent être régulièrement contrôlées, en particulier également pour satisfaire à l'exigence formulée dans l'art. 10 al. 2 let. a LPC selon laquelle un séjour dans un EMS reconnu ne doit en règle générale pas mener à une dépendance de l'aide sociale.

Explications a) Il est opportun que le contrôle s'effectue non par EMS individuellement mais dans l'ensemble des EMS qui figurent sur la liste des EMS.

¹² Commentaire sur la modification OPAS, p. 4: "L'al. 3 donne une définition des soins aigus et de transition. Les prestations sont analogues à celles des soins selon l'art. 7, al. 2, OPAS et les fournisseurs de prestations sont les mêmes que ceux déjà mentionnés à l'art 7, al. 1, OPAS. Aucune désignation de fournisseurs de prestations particuliers par les cantons et aucun mandat de prestations spécifique à ces soins ne sont donc nécessaires."



3.7 Réglementation de la transition vers le nouveau régime

Recommandation 7 Dans les cantons où les tarifs AOS valables pour les soins immédiatement avant l'entrée en vigueur du nouveau régime divergent dans l'ensemble substantiellement des contributions AOS au sens de l'art. 7a al. 1 et 3 OPAS, les cantons règlent l'ajustement conformément à l'al. 2 des *dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 13.6.2008*.

Explications Par la disposition transitoire al. 2, le législateur projetait d'atténuer les effets pour les personnes nécessitant des soins. Il faut s'attendre à des changements importants avant tout pour les indemnisations en EMS. Un échelonnement linéaire est dans ce cas approprié, même si en même temps la limitation de la contribution propre au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal peut entraîner individuellement un allègement pour la résidente ou le résident en EMS. Concernant, les soins aigus et de transition, nous renvoyons au commentaire du DFI sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b¹³.

3.8 Assurance qualité des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile

Recommandation 8 Les cantons invitent les assureurs et les fournisseurs de prestations à conclure des conventions sur l'assurance-qualité au sens de l'art. 77 OAMal.

Explications Nous renvoyons également à la recommandation 12 du 14.5.1998.
 Voir: <http://www.gdk-cds.ch/290.0.html>, dernière entrée, ou directement sous:
<http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/spitexf6.pdf>]
 La CDS examine actuellement encore d'autres mesures.

¹³Commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b: " En ce qui concerne la part des coûts des soins aigus et de transition prise en charge par les cantons, l'art. 25a, al. 2, LAMal faisant directement référence à l'art. 49a LAMal, les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (financement hospitalier) ne s'appliquent pas au nouveau régime de financement des soins aigus et de transition. Les cantons doivent, par conséquent, définir directement la clef de répartition pour les soins aigus et de transition. "