

RAPPORT EXPLICATIF
accompagnant l'avant-projet de loi d'application de la loi fédérale
sur le nouveau régime de financement des soins

Le présent rapport explicatif est structuré selon le plan suivant :

- 1. Introduction**
- 2. Synthèse des nouvelles règles LAMal**
- 3. Orientation générale du projet de loi d'application cantonale**
- 4. Commentaires des dispositions**
- 5. Incidences**

1. Introduction

Le 13 juin 2008, les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, qui concerne les soins fournis par les organisations de soins et d'aide à domicile, les établissements médico-sociaux et les infirmiers et infirmières indépendants. Les modifications des ordonnances d'application ont quant à elles été adoptées par le Conseil fédéral le 24 juin 2009.

Cette réforme fédérale doit être mise en œuvre au niveau cantonal. Elle nécessite l'élaboration d'une législation d'application cantonale, ainsi qu'une modification de la loi du 8 septembre 2003 sur l'aide et les soins à domicile (LASD) et de la loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS).

Sous l'angle financier, cette réforme présente le risque d'un transfert de charges important de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) vers les cantons (Etat – communes). Aussi, dans le cadre du présent avant-projet de mise en œuvre, la volonté est elle de limiter ce transfert et de contenir la croissance des charges, tout en maintenant la qualité des prestations.

2. Synthèse des nouvelles règles LAMal

La révision de la loi fédérale porte sur les règles applicables en matière de financement du coût des soins fournis en ambulatoire par les infirmiers et infirmières indépendants et les organisations de soins et d'aide à domicile et en résidentiel par les établissements médico-sociaux.

Selon les nouvelles dispositions, les tarifs des soins à charge de l'AOS sont fixés par le Conseil fédéral, pour le secteur ambulatoire sous la forme d'un tarif horaire par catégorie de soins (évaluation et conseils, examens et traitements, soins de base) et pour les établissements médico-sociaux sous la forme d'une contribution en francs correspondant à un forfait journalier fondé sur 12 niveaux de soins requis déterminés par tranches de minutes.

Les coûts des soins non couverts par les tarifs de l'AOS peuvent être mis à la charge de l'assuré-e jusqu'à concurrence du 20% de la contribution maximale de l'AOS. Les cantons doivent régler le financement éventuel du solde, à savoir le montant non pris en charge par l'AOS et le patient.

La révision introduit une nouvelle catégorie de soins, les soins aigus et de transition, qui correspondent aux soins prodigués en ambulatoire, à domicile ou en établissement médico-social nécessaires à la fin d'un séjour en hôpital de soins aigus ou de réadaptation. Ces soins devront être prescrits par un médecin hospitalier pour une durée de 14 jours au maximum et seront facturés aux tarifs négociés entre les partenaires tarifaires (assureurs de l'AOS et fournisseurs). Ils seront financés à cent pour cent par le canton (Etat – communes) et l'AOS selon la répartition prévue en matière de financement hospitalier (55%/45%).

Conformément à la décision du Conseil fédéral, ce nouveau régime entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Dans le contexte de l'adoption de ce nouveau régime, les Chambres fédérales ont, en parallèle à la révision LAMal, modifié la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) pour introduire une allocation pour impotence légère. De même, la loi fédérale sur les prestations complémentaires (LPC) a été modifiée afin d'augmenter les revenus déterminants et les franchises sur immeuble.

3. Orientation générale de l'avant-projet de loi d'application cantonale

Pour procéder à la mise en œuvre des dispositions fédérales, d'une part des dispositions légales cantonales doivent être nouvellement introduites et, d'autre part, les lois spécifiques concernant l'aide et les soins à domicile et les établissements médico-sociaux doivent être modifiées. Pour les soins ambulatoires et de longue durée, il s'agit de désigner les fournisseurs de ces soins, de déterminer leurs coûts et de régler le financement. Pour les soins aigus et de transition, il y a lieu de préciser la notion de soins aigus et de transition, de désigner les fournisseurs de ces soins, de définir la part cantonale (Etat – communes) et d'en régler le financement. Enfin, il faut régler dans les lois spécifiques les détails du financement des prestataires concernés par ces lois, soit les services d'aide et de soins à domicile mandatés et les établissements médico-sociaux reconnus.

3.1. Soins ambulatoires et soins de longue durée

Le Conseil d'Etat détermine le coût des soins, afin qu'il soit possible de fixer la part non couverte par le tarif et incombant au patient et au canton (Etat – communes).

Dans le but d'encourager les patients et patientes à rester à domicile, le Conseil d'Etat ne souhaite pas utiliser la révision LAMal pour mettre à leur charge une partie du coût des soins fournis par les infirmiers et infirmières indépendants et les organisations de soins et d'aide à domicile, pour autant que ces organisations disposent d'un mandat public et ne poursuivent aucun but lucratif. Le solde des coûts non pris en charge par l'AOS et par les patients et patientes est financé selon les principes de la LASD. Ainsi, pour les patientes et patients, en dehors de la hausse résultant des nouveaux tarifs définis par l'OPAS, il n'y a pas de changement dans leur participation financière ; seule la franchise et la quote-part est à leur charge.

Toutefois, pour les organisations de soins et d'aide à domicile qui ne disposent pas d'un mandat public, le patient ou la patiente est appelé à contribuer financièrement à hauteur de 20% de la contribution des assureurs-maladie.

La personne bénéficiant de soins résidentiels, participe financièrement au maximum à hauteur de 20% du tarif défini pour le niveau de soins qu'elle requiert. Le solde des coûts non pris en charge

par l'AOS et par les résidants et résidentes est financé selon les principes de la LEMS. La participation des pouvoirs publics au coût résiduel des soins dispensés en EMS est versée directement à l'établissement.

3.2. Soins aigus et de transition

La révision de la LAMal introduit une nouvelle catégorie de soins, les soins aigus et de transition. Le Conseil d'Etat prévoit de définir cette notion en se basant sur les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Seront admis à fournir les soins aigus et de transition les fournisseurs de prestations désignés par le Conseil d'Etat par voie d'ordonnance.

La participation des pouvoirs publics au coût résiduel des soins dispensés dans les établissements médico-sociaux est versée directement à l'établissement, selon les mêmes modalités que celles appliquées pour les frais d'accompagnement.

3.3. Modification des lois spécifiques

Les dispositions prévues ci-dessus pour le financement des soins ambulatoires et de longue durée et des soins aigus et de transition renvoient, pour ce qui concerne la subvention cantonale, aux règles spécifiques prévues dans la LASD et la LEMS.

Avec la modification de la LASD, la subvention cantonale sera désormais versée aux associations de communes et non aux plus aux services d'aide et de soins à domicile. La modification introduit en outre la participation de l'Etat à l'ensemble des charges des associations de communes pour les prestations d'aide et de soins à domicile et non plus uniquement aux frais du personnel exécutant les prestations d'aide et de soins, comme le prévoit actuellement la LASD.

Pour les établissements médico-sociaux, la modification de la LEMS règle la prise en charge des frais de soins.

4. Commentaires des dispositions

CHAPITRE PREMIER : Soins ambulatoires et soins de longue durée

Ce chapitre règle les dispositions nécessaires à l'application cantonale de l'article 25a LAMal pour les soins en cas de maladie à l'exception des soins aigus et de transition (cf. chapitre 2). Il s'agit de soins ambulatoires fournis par les infirmiers et infirmières indépendants et par les organisations de soins et d'aide à domicile, ainsi que les soins résidentiels fournis aux résidants et résidentes des établissements médico-sociaux. Ces soins concernent des interventions de courte et de longue durée.

Art. 1

Cet article répertorie les fournisseurs de prestations autorisés à fournir les soins (soins ambulatoires et soins de longue durée). Il s'agit en particulier des établissements médico-sociaux, des organisations de soins et d'aide à domicile, des infirmiers et infirmières indépendants, ainsi que d'autres fournisseurs de prestations désignés par le Conseil d'Etat.

S'agissant de la notion d'EMS, une différence existe entre le droit fédéral et le droit cantonal. Au sens du droit fédéral, un EMS est un établissement ou une institution qui prodigue des soins à des patients et patientes pour une longue durée, indépendamment de leur âge. Selon le droit cantonal, les établissements médico-sociaux prennent en charge les patients et patientes aussi bien pour une longue que pour une courte durée, mais en principe uniquement à partir de l'âge de la retraite. Les

établissements médico-sociaux au sens de l'art. 1 let. a sont les EMS reconnus au sens de la LEMS. Cette notion étant plus restrictive que le droit fédéral, la lettre d prévoit que le Conseil d'Etat puisse désigner d'autres établissements. Pourraient ainsi être concernées les communautés religieuses prenant en charge leurs frères et sœurs âgés.

Art. 2 et 3

Les coûts des soins non couverts par les tarifs de l'AOS peuvent être mis à la charge de l'assuré-e jusqu'à concurrence du 20% de la contribution maximale de l'AOS. Les cantons doivent régler le financement du solde éventuel (part au coût résiduel), à savoir le montant non pris en charge par l'AOS et le patient ou la patiente. Afin de pouvoir régler le financement résiduel, le canton doit déterminer au préalable les coûts des soins facturables à ce titre. La compétence de déterminer ces coûts est déléguée au Conseil d'Etat.

Dans le secteur résidentiel, il existe différents types de frais. A savoir :

- les frais de pension ;
- les frais de soins ;
- les frais d'accompagnement pour l'ensemble des actes qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales des résidants et résidentes ;
- les frais financiers.

Les coûts des soins et d'accompagnement sont constitués des charges de personnel. Toutefois, seuls les frais de soins étant à la charge de l'AOS, il y a lieu de distinguer ces frais de ceux de l'accompagnement. Cette distinction est difficilement réalisable dans la mesure où ces prestations sont prodiguées par les mêmes professionnels et qu'il ne leur est pas possible de « minuter » chaque type d'intervention. Pour cette raison, les frais de soins sont définis, pour chaque établissement et par niveau de soins, de manière forfaitaire en pourcent des charges totales du personnel de soins et d'accompagnement (**art. 2**). Selon des estimations de la CDS, les soins représenteraient 60% des prestations.

Dans le domaine ambulatoire, soit pour les organisations de soins et d'aide à domicile et les infirmiers et infirmières indépendants, le Conseil d'Etat détermine le coût des soins prodigués sur la base d'une statistique des prestations et d'une comptabilité analytique (**art. 3**). A défaut d'une comptabilité analytique, le coût des soins est fixé sur la base d'autres indicateurs pertinents (salaires de référence notamment). Le Conseil d'Etat souhaite s'orienter vers un coût des soins unique pour tous les fournisseurs ambulatoires, puisque le Conseil fédéral a fixé un tarif unique quel que soit le fournisseur ambulatoire considéré. Toutefois, un coût différencié selon le fournisseur pourrait être envisagé si des différences significatives justifiées devaient apparaître. Ainsi par exemple, une organisation de soins et d'aide à domicile contrainte d'appliquer les normes salariales de l'Etat pourrait avoir des coûts salariaux différents d'une organisation non soumise à cette contrainte.

Art. 4 à 7

Ces dispositions définissent le financement du coût des soins non couverts par les tarifs de l'AOS fixés par le Conseil fédéral à l'article 7a OPAS. Pour rappel, ces coûts peuvent être mis à charge de l'assuré-e à hauteur maximale de 20% du tarif applicable, le solde étant à charge des pouvoirs publics (Etat – communes) à titre de coût résiduel.

Pour les prestations résidentielles, l’**article 4** prévoit que la part des coûts des soins non pris en charge par l’AOS est facturée au résidant ou à la résidente à raison de 20% de la contribution de l’assureur-maladie, déterminée par le niveau de soins requis (art. 7 al. 3 OPAS). Les coûts résiduels sont financés selon les principes de la LEMS (voir Tableau 1).

Tableau 1

Prestations résidentielles	
Coût	Financement
coût des soins	solde éventuel du coût des soins (coût résiduel) à charge des pouvoirs publics financé selon les principes de la LEMS
	participation de l'assuré 20% du tarif applicable
	tarif LAMal

Selon l’**article 5 al. 1**, pour les services d’aide et de soins à domicile au bénéfice d’un mandat de prestations au sens de la LASD, il n’y pas de facturation aux patients et patientes des coûts des soins non couverts par le tarif AOS. L’ensemble des coûts non couverts par le tarif est pris en charge par les pouvoirs publics selon les principes de la LASD (voir Tableau 2).

Tableau 2

Prestations des services d'aide et de soins à domicile selon la LASD	
Coût	Financement
coût des soins	solde éventuel du coût des soins (coût résiduel) à charge des pouvoirs publics financé selon les principes de la LASD
	tarif LAMal

Pour les organisations de soins et d’aide à domicile qui ne sont pas au bénéfice d’un mandat de prestations au sens de la LASD (**art. 5 al. 2**), la part des coûts des soins non pris en charge par l’AOS est facturée à l’assuré-e à raison de 20% des tarifs applicables pour les soins donnés. L’éventuel coût résiduel est entièrement pris en charge par l’Etat. La charge administrative liée à une éventuelle facturation aux communes selon les principes de la LASD serait disproportionnée. Toutefois, ce coût devrait être faible en raison de la participation des patients et patientes (voir Tableau 3). Reste ouverte la question d’un paiement par le biais d’un pot commun à l’instar de la facturation des frais d’accompagnement pour les EMS.

Tableau 3

Prestations des organisations de soins et d'aide à domicile	
Coût	Financement
coût des soins	solde éventuel du coût des soins (coût résiduel) à charge de l'Etat
	participation de l'assuré 20% du tarif applicable
	tarif LAMal

L'**article 6** règle le financement des prestations des infirmiers et infirmières indépendants. Pour ces prestations, aucune facturation aux patients et patientes du coût des soins non couvert par le tarif AOS n'est prévue. L'ensemble des coûts non couverts par le tarif est pris en charge par les pouvoirs publics selon les principes de la LASD, appliquée par analogie. Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour les modalités de facturation. Celle-ci peut, par exemple, transiter par les services d'aide et de soins à domicile mandatés par les communes ou être adressée aux assureurs-maladie, à charge pour eux de refacturer la part cantonale ; d'autres formes peuvent être étudiées.

L'**article 7** règle la situation des prestations fournies hors canton. Les patients et patientes provenant d'autres cantons supportent les coûts de soins qui ne sont pas couverts par l'AOS, à charge pour eux ou elles de régler la question de la participation cantonale avec leur canton de domicile (**al. 1**). Le financement des pouvoirs publics fribourgeois pour les soins fournis hors canton à une personne domiciliée dans le canton de Fribourg est limité à la contribution maximale versée dans le canton de Fribourg pour le même niveau de soins. (**al. 2**). Le domicile, au sens de cette loi, d'un résidant ou d'une résidante en EMS est déterminé selon la LEMS.

CHAPITRE 2 : Soins aigus et de transition

Art. 8

L'**article 8** définit les conditions de prescription des soins aigus et de transition ; il se fonde sur les recommandations de la CDS, afin que les médecins hospitaliers disposent de règles pour la prescription de ces prestations. Force est de constater que toute sortie d'hôpital ne signifie pas nécessairement une prescription de soins aigus et de transition, loin s'en faut. Ces prestations de soins doivent clairement avoir pour objectif l'augmentation de la capacité du patient ou de la patiente à prendre soin de lui-même de sorte qu'il puisse à nouveau exploiter son environnement habituel, avec les aptitudes et les possibilités qu'il ou elle avait avant son hospitalisation. Un plan de soins doit être établi avec des mesures en vue d'atteindre ces objectifs. Si un encadrement ou un traitement médical, thérapeutique ou psychosocial est également nécessaire, celui-ci n'entre pas dans le coût des soins aigus et de transition. Sont concernés par les soins aigus et de transition, les patients et patientes dont les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés, qui n'ont plus besoin de prestations diagnostiques et thérapeutiques hospitalières et dont le séjour dans une clinique de réadaptation ou dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué.

Art. 9

L'**article 9** délègue au Conseil d'Etat la compétence de désigner les fournisseurs de prestations admis à prodiguer des soins aigus et de transition. En raison de l'absence d'expérience pratique pour ce nouveau type de soins, le Conseil d'Etat définira ultérieurement les prestataires admis.

Cette tâche pourrait être confiée à un ou deux EMS dans le canton. Toutefois, le principal problème est celui de la fourniture de ces prestations aux résidants et résidentes. En effet, ces soins nécessitent une organisation spécifique, avec une dotation correspondante, puisque l'intensité de prise en charge est plus élevée que pour les autres résidants et résidentes. Les établissements médico-sociaux désignés devraient être capables d'isoler les coûts des prestations de soins aigus et de transition, car les tarifs qui y sont liés sont différents et sont négociés entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Pour les résidants et résidentes concernés par les soins aigus et de transition, une intervention des organisations de soins et d'aide à domicile ou des infirmiers et infirmières indépendants pourrait être envisagée, pour autant qu'ils fassent preuve d'une souplesse organisationnelle adéquate.

Pour les soins aigus et de transition prodigués à domicile, la question est plus simple pour les organisations de soins et d'aide à domicile et pour les infirmiers et infirmières indépendants. La principale problématique est de pouvoir dégager les ressources nécessaires à leur intervention. Se pose aussi la question du tarif que ces fournisseurs vont pouvoir négocier avec les assureurs-maladie et de la rentabilité des prestations.

Art. 10

La LAMal a logé les soins aigus et de transition à la même enseigne que le financement hospitalier ; la prise en charge de ces coûts est réglée de manière duale. Les assureurs prennent en charge au maximum 45% du coût, alors que les pouvoirs publics (Etat – communes) doivent assumer le solde, soit au minimum 55%. Le Conseil d'Etat fixe chaque année, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale (art. 7b al. 1 OPAS). Pour 2011, en vertu de la loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal), le Conseil d'Etat a fixé la part cantonale à son minimum, soit 55%. Par ailleurs, le canton (Etat – communes) doit verser sa part directement au fournisseur de prestations, mais il peut convenir avec les assureurs que cette part leur est versée.

Art. 11

Le financement de la part cantonale est réparti entre l'Etat et les communes conformément au financement des soins de longue durée, selon les législations particulières concernées (LASD ou LEMS).

Art. 12

Les dispositions relatives au financement des soins aigus et de transition sont applicables aux patients et patientes fribourgeois pris en charge dans le canton. L'**article 12** s'applique aux patients et patientes provenant d'autres cantons et aux patients et patientes fribourgeois pris en charge hors canton.

Celui-ci est analogue dans sa logique à l'article 7 valable pour les soins ambulatoires et pour les soins de longue durée.

CHAPITRE 3 : Dispositions finales

Dispositions modifiant la LASD (art. 13)

Art. 14 al. 1 let.c et al. 2

Dans la mesure où les pouvoirs publics fribourgeois prennent en charge l'entier de l'excédent d'exploitation des services d'aide et de soins à domicile mandatés, il est précisé à l'**article 14 al. 1 let. c** LASD que ces services doivent répondre à un intérêt public prépondérant. On entend par là, par exemple, un service assurant une permanence, exploité 7 jours sur 7, soumis à l'obligation d'admission et fournissant des prestations hors AOS comme des conseils, de l'aide ou des interventions de nature préventive.

L'**alinéa 2** est supprimé, car il n'y a plus de subvention fédérale aux services d'aide et de soins à domicile suite à l'entrée en vigueur en 2008 de la RPT.

Art. 16 al. 2

Cette disposition règle le subventionnement des prestations fournies par les services d'aide et de soins à domicile mandatés par les communes (art. 8 al. 3 LASD). Il prévoit, comme dans la législation actuelle, que les associations de communes prennent en charge l'excédent d'exploitation de leurs services ou des services mandatés pour l'aide et les soins à domicile. Cet excédent d'exploitation résulte du coût total lié à la fourniture des soins, de l'aide et des prestations d'intérêt général déduction faite des recettes des soins et de l'aide à domicile. Le coût total comprend les coûts des soins et de l'aide et les frais liés aux prestations d'intérêt public qui n'entrent pas dans le calcul du coût des soins et de l'aide (voir Tableau 4). Les associations de communes obtiennent une subvention cantonale représentant globalement, en moyenne, 28.5% de l'excédent d'exploitation.

Tableau 4

Financement des services d'aide et de soins à domicile

Coût total		Financement
coût autres prestations (indemnités forfaitaires + par ex. téléalarme, repas à domicile, puériculture)	coût total lié à la fourniture des soins et de l'aide	indemnités forfaitaires à charge des communes les autres éléments sont hors LASD et payés selon le mandat donné par les communes au service
coût prestations d'intérêt général selon mandat LASD + coût de l'aide		excédent d'exploitation à charge des communes pour les services selon la LASD (dont subvention Etat 28.5%)
coût des soins		recettes tarifs aide à domicile
		recettes tarif OPAS

Fixée à 28.5%, la subvention de l'Etat correspond, en francs, à la participation actuelle (2008) de l'Etat au coût d'exploitation des services d'aide et de soins à domicile (voir Tableau 5 en annexe).

Il s'agit, par cette modification, de simplifier le système de calcul de la subvention en accordant une participation globale aux frais des soins à domicile pris en charge par les communes. Le calcul actuel de la subvention, basé sur le salaire versé à chaque employé du service mandaté fournissant des prestations au patient ou à la patiente et sur l'indemnisation kilométrique, est en effet administrativement très lourd et désuet en regard du système de financement hospitalier, notamment.

A mentionner encore que les coûts de soins spécifiques fournis par les services mandatés par l'Etat (art. 17 LASD) continuent d'être subventionnés par l'Etat. La subvention de l'Etat se fonde sur les coûts à engager pour l'exécution du mandat en fonction du volume de l'activité, déduction faite des recettes de l'AOS.

Dispositions modifiant la LEMS (art. 13)

Art. 18 al. 1 let. b à d, e et f (nouvelles)

Les charges d'exploitation des EMS, après déduction des frais financiers, sont couvertes par les ressources propres des résidents et résidentes, la prise en charge par les assureurs-maladie d'une partie des coûts de soins, la participation des pouvoirs publics (aux frais de soins résiduels et aux frais d'accompagnement) et les autres revenus de l'établissement. La nouvelle teneur de la disposition permet d'introduire la participation financière des résidents et résidentes et des pouvoirs publics aux frais de soins.

Les ressources propres des résidants et résidentes servent à couvrir les frais de pension, la participation aux frais de soins et les frais d'accompagnement.

Art. 19 al. 1 et 3

Après la prise en charge des frais de pension et une participation aux frais de soins non pris en charge par les assureurs-maladie, les résidants et résidentes affectent le solde de leurs ressources propres au financement des frais d'accompagnement, sous réserve d'une franchise de 200 000 francs sur la fortune.

Art. 21 al. 1

Le nouveau régime introduit une répartition différente des frais de soins, désormais à la charge de l'assureur-maladie, du résidant ou de la résidente et des pouvoirs publics. La contribution de l'assureur-maladie correspond à un forfait journalier ou tarif, fondé sur 12 niveaux de soins. Les frais de soins non pris en charge par l'assureur-maladie sont facturés au résidant ou à la résidente à raison de 20% de la contribution de l'assureur-maladie, déterminée pour chaque niveau de soins, de manière à ce que la somme du tarif applicable et de la participation du résidant ou de la résidente soit inférieure ou égale au montant effectif des frais de soins. L'éventuel solde des frais de soins est à la charge des pouvoirs publics.

Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins étant fixée au 1^{er} janvier 2011, la présente loi doit entrer en vigueur à la même date.

5. Incidences

5.1 Conséquences financières et en personnel

Le présent avant-projet de loi engendre des conséquences financières pour l'Etat et les communes en raison des nouvelles dispositions de la LAMal.

Soins ambulatoires et de longue durée

Prestations résidentielles : Dans le domaine des EMS, la mise en place du nouvel outil d'évaluation des besoins à 12 niveaux vise la neutralité des coûts par rapport à la situation actuelle. Ainsi, les conséquences financières du nouveau régime de financement des soins seront principalement en relation avec la limitation de la participation des résidants et résidentes. Toutefois, seul un faible pourcentage des résidants et résidentes n'est pas au bénéfice de prestations complémentaires. Dès lors, l'impact du nouveau financement des soins devrait être peu important pour les pouvoirs publics. Une simulation des conséquences financières, sur la base d'un échantillon de 120 personnes résidant dans deux EMS, est actuellement en cours. Les conclusions de cette simulation seront intégrées dans le message qui accompagnera le projet de loi. Cette simulation nécessite de redéfinir, pour chacune des 120 personnes, le coût des soins et de l'accompagnement sur la base des 12 niveaux de soins, de recalculer leur droit aux prestations complémentaires et à une éventuelle subvention pour les frais d'accompagnement, et de définir la part résiduelle des soins à charge de l'Etat et des communes.

Prestations ambulatoires : Pour les infirmiers et infirmières indépendants, comme pour les organisations de soins et d'aide à domicile non mandatées, l'hypothèse retenue est que le coût des soins sera identique au tarif prévu par l'OPAS. Dans cette hypothèse, il n'y aura donc pas de coût résiduel à charge des pouvoirs publics, ni de participation des patientes et des patients. L'incidence financière sera donc nulle. En ce qui concerne les services d'aide et de soins à domicile mandatés, les tarifs fixés dans l'OPAS sont supérieurs aux tarifs actuellement en vigueur et constituent donc une amélioration de la situation financière. Toutefois, celle-ci doit être pondérée par le fait que la facturation actuellement réalisée au quart d'heure va passer à 5 minutes, ce qui devrait représenter une diminution de 10% des heures facturées. L'amélioration des recettes des services d'aide et de soins à domicile peut être évaluée à environ 125 500 francs, soit 1.2% (voir Tableau 6). Si globalement on peut constater une amélioration des recettes, il faut toutefois relever que les prestations infirmières d'examen et de traitement seront moins indemnisées par les tarifs qu'actuellement, alors que les soins de base seront largement revalorisés.

Estimations incidences tarifaires nouveau financement des soins ambulatoires et de longue durée	Tarif horaire 2008-2010	Heures totales facturées 2008	Heures soins ambulatoires et soins de longue durée	Recettes soins ambulatoires et soins de longue durée 2008 (en fr.)	Perte heures tarification à 5 min. (estimation 10%)	Tarif horaire 2011	Recettes prévisibles soins ambulatoires et soins de longue durée 2011 (base heures 2008) (en fr.)	Recettes supplémentaires prévisibles nouveau financement des soins (en fr.)
Evaluation et conseils	67	18'490	14'607	978'676	1'461	79.8	1'049'082	70'406
Examens et traitements	67	71'057	56'135	3'761'047	5'614	65.4	3'304'108	-456'939
Soins de base complexes	50	97'455	76'989	3'849'473	7'699	54.6	3'783'262	-66'211
Soins de base simples	36	55'705	44'007	1'584'250	4'401	54.6	2'162'502	578'251
Total		242'707	191'739	10'173'445	19'174		10'298'953	125'507
dont 71.5 % communes								89'738
dont 28.5 % Etat								35'770

Soins aigus et de transition

Pour les soins aigus et de transition, la LAMal prévoit un financement de type dual. Les patientes et patients ne sont astreints qu'au paiement de la franchise et de la quote-part. Le tarif payé par les assureurs-maladie couvre au maximum 45 % des coûts des soins aigus et de transition, le solde est pris en charge par les pouvoirs publics. Les tarifs sont négociés entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. Les conséquences financières pour 2011 sont difficilement estimables, étant donné qu'elles vont dépendre du volume des prestations et du résultat des négociations tarifaires.

En ce qui concerne le coût, l'hypothèse retenue est que le coût est égal au tarif ; le tarif négocié pour les soins aigus et de transition ne diffère pas de celui des autres soins. La seule certitude est que le coût des soins aigus et de transition à charge des pouvoirs publics fribourgeois ne saurait être inférieur au tarif OPAS. Comme le coût à charge des pouvoirs publics découlera des négociations tarifaires entre les fournisseurs de soins et les assureurs, on ne peut estimer les incidences financières pour le financement des soins aigus et de transition qu'au niveau des tarifs OPAS. Ainsi, dans l'impossibilité d'articuler un coût effectif, les estimations du volume de prestations se basent sur la seule référence existante, soit celle établie par la CDS dans le cadre de la consultation fédérale. Les soins aigus et de transition représenteraient ainsi 21 % du total des prestations de soins fournies à domicile.

Tableau 7 Evaluation impact financier des soins aigus et de transition

Infirmiers et infirmières indépendants estimation 2011	Evaluation et conseil	Examens et traitements	Soins de base	Total
Estimations des heures fournies	842	3'545	8'214	12'600
Coût total	67'200	231'816	448'458	1'005'497
Part des pouvoirs publics 55%	36'960	127'499	246'652	411'111
dont 71.5 % communes				293'944
dont 28.5 % Etat				117'167

Pour les services d'aide et de soins à domicile, les estimations se basent en outre sur une progression annuelle de la facturation de 1.5 %.

Tableau 8 Evaluation impact financier des soins aigus et de transition

Services d'aide et de soins à domicile estimation 2011	Evaluation et conseil	Examens et traitements	Soins de base complexes	Soins de base	Total
Heures facturées 2008	18'490	71'057	97'455	55'705	242'707
Heures soins aigus et de transition 21%, y c. +4.5% d'augmentation par rapport à 2008	4'058	15'593	21'386	12'224	53'262
Coût total tarif actuel	271'861	1'044'762	1'069'325	440'081	2'826'029
Coût total nouveau tarif	323'799	1'019'812	1'167'703	667'456	3'178'770
Part des pouvoirs publics représentant l'écart entre le tarif actuel et le tarif estimé	51'938	-24'950	98'378	227'375	352'741
dont 71.5 % communes					252'210
dont 28.5 % Etat					100'531

Pour les organisations de soins et d'aide à domicile non mandatées, aucune incidence financière n'est attendue, partant du principe qu'il n'y a aujourd'hui aucune organisation de ce type dans le canton de Fribourg et que, s'il devait y en avoir, le Conseil d'Etat ne serait pas tenu de les autoriser à fournir les soins aigus et de transition, dans la mesure où elles ne répondent pas à un intérêt public prépondérant.

Selon les hypothèses retenues, l'incidence financière pour les pouvoirs publics fribourgeois devrait globalement atteindre 638 344 francs, soit la répartition suivante (voir Tableau 9 et 10) :

Tableau 9

Incidence financière totale pour l'Etat	Fr.	181'928
Soins ambulatoires et de longue durée	Fr.	-35'770
EMS	Fr.	-
Infirmiers et infirmières indépendants	Fr.	-
Services d'aide et de soins à domicile mandatés	Fr.	-35'770
Organisations d'aide et de soins à domicile non mandatées	Fr.	-
Soins aigus et de transition	Fr.	217'698
EMS	Fr.	-
Infirmiers et infirmières indépendants :	Fr.	117'167
Services d'aide et de soins à domicile mandatés	Fr.	100'531
Organisations d'aide et de soins à domicile non mandatées	Fr.	-

Tableau 10

Incidence financière totale pour les communes	Fr.	456'416
Soins ambulatoires et de longue durée	Fr.	-89'738
EMS	Fr.	-
Infirmiers et infirmières indépendants	Fr.	-
Services d'aide et de soins à domicile mandatés	Fr.	-89'738
Organisations d'aide et de soins à domicile non mandatées	Fr.	-
Soins aigus et de transition	Fr.	546'154
EMS	Fr.	-
Infirmiers et infirmières indépendants :	Fr.	293'944
Services d'aide et de soins à domicile mandatés	Fr.	252'210
Organisations d'aide et de soins à domicile non mandatées	Fr.	-

Enfin, l'avant-projet de loi tel que formulé n'a pas de conséquence en termes de personnel pour l'Etat. Il n'exige ni engagement supplémentaire ni suppression de postes.

5.2 Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes

L'avant-projet de loi n'a pas d'influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes, compte tenu du taux de subvention cantonale prévu. Il se traduit, aussi bien pour l'Etat que les communes, par une obligation de participer au financement de soins imposé par le droit fédéral, mais ne charge ou ne décharge aucun des deux niveaux cantonal et communal par rapport à l'autre.

5.3 Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité

L'avant-projet de loi est conforme à la constitution cantonale et au droit fédéral. Il ne pose pas de question particulière en matière d'eurocompatibilité.

5.4 Soumission au référendum législatif

La présente loi est soumise au référendum législatif. Elle n'est pas soumise au référendum financier.

Annexe :

Tableau 5

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %												
2008																
Salaires et frais de personnel	7706714	90%	3943813	87%	5358806	91%	3675169	86%	2927558	91%	3045477	88%	2'009'907	90%	28'667'444	89%
Autres charges	809'286	10%	590'855	13%	560'774	9%	603'075	14%	292'997	9%	430'572	12%	232'487	10%	3'520'046	11%
Total des charges	8'516'000	100%	4'534'668	100%	5'919'580	100%	4'278'244	100%	3'220'555	100%	3'476'049	100%	2'242'394	100%	32'187'490	100%
Produits d'exploitation (facturation des services)	4014910	47%	2'355'798	52%	2'844'938	48%	2'694'732	63%	1'261'691	39%	1'658'672	48%	954'993	43%	15'785'734	49%
OPAS	3'289'521	39%	1'777'209	39%	2'368'528	40%	2'331'124	54%	965'126	30%	1'356'886	39%	735'360	33%	12'823'754	40%
AIDE	611'629	7%	362'162	8%	389'611	7%	2'567'88	6%	271'872	8%	2'515'84	7%	202'062	9%	2'345'708	7%
AUTRES	113'760	1%	216'427	5%	86'799	1%	106'820	2%	24'693	1%	50'202	1%	17'571	1%	616'272	2%
Autres recettes	383	0%	1'504	0%	9'347	0%	20'810	0%	123	0%	524	0%	-	0%	32'691	0%
Subvention cantonale	1'310'796	15%	665'674	15%	880'300	15%	297'105	7%	656'823	20%	466'370	13%	391'769	17%	4'668'837	15%
Solde à charge des communes	3'189'911	37%	1'511'692	33%	2'184'995	37%	1'265'597	30%	1'301'918	40%	1'350'483	39%	895'632	40%	11'700'228	36%
Total des recettes	8'516'000	100%	4'534'668	100%	5'919'580	100%	4'278'244	100%	3'220'555	100%	3'476'049	100%	2'242'394	100%	32'187'490	100%

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %												
2008																
Charges nettes (sans produits d'exploitation des services)	4'501'090		2'178'870		3'074'642		1'583'512		1'958'864		1'817'377		1'287'401		16'401'756	
Subvention cantonale	1'310'796		665'674		880'300		297'105		656'823		466'370		391'769		4'668'837	
Subv. cantonale en % des charges nettes	29.1%		30.6%		28.6%		18.8%		33.5%		25.7%		30.4%		28.5%	