

# **1 RÈGLEMENT SUR LES PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES (RPMS) RAPPORT EXPLICATIF**

Nous avons l'honneur de vous soumettre le rapport explicatif accompagnant le projet de Règlement sur les prestations médico-sociales.

## **1.1 Contexte général**

La loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (LPMS) entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Avec la loi sur les seniors (LSen) et la loi sur l'indemnité forfaitaire (LIF), également adoptées par le Grand Conseil le 12 mai 2016, la LPMS constitue l'un des fondements de la nouvelle politique cantonale relative aux seniors.

### **1.1.1 Qualité des soins**

Garant de la qualité des soins et de l'application des exigences de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans l'ensemble du canton, l'Etat doit veiller à ce que les seniors aient accès à des soins de qualité et garantir le financement de ces soins. Cela vaut aussi pour les institutions de santé qui accueillent des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée. Or, aujourd'hui, les homes simples qui ne recourent pas aux prestations des services d'aide et de soins à domicile et qui disposent de leur propre personnel de soins ne sont pas tenus de remplir les mêmes exigences que les EMS reconnus. La LPMS soumet tous les établissements qui prodiguent des soins de longue durée aux mêmes exigences en termes de soins. Cela permet à ces établissements (EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, ci-après EMS admis AOS) de bénéficier des contributions des assureurs-maladie et des pouvoirs publics aux coûts des soins qu'ils prodiguent. La notion « d'EMS reconnu », quant à elle, se réfère aux EMS dans lesquels les pouvoirs publics subventionnent, en plus de la prise en charge du coût résiduel des soins, le coût de l'accompagnement pour les personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants.

### **1.1.2 Coordination et adéquation des prestations**

Outre la qualité des prestations de soins, la LPMS renforce la coordination des prestations de soins de longue durée et veille à garantir l'adéquation entre les prestations fournies et les besoins des bénéficiaires. Les prestataires exploités ou mandatés par les pouvoirs publics jouent un rôle essentiel dans cette coordination. Tout en préservant la diversité de leurs supports juridiques actuels (structures communales, associations et fondations de droit privé), la LPMS les met en réseau au plan d'un ou de plusieurs districts et confie à l'ensemble des communes réunies en association la gestion de ce réseau. Il s'agit ainsi de donner une assise commune aux diverses démarches de coordination déjà entreprises dans certains districts. Ces associations seront ainsi garantes de la mise à disposition d'une offre de prestations de proximité répondant aux besoins locaux et assumeront les compétences financières et de surveillance y relatives. L'évaluation globale des besoins en prestations médico-sociales des seniors fragilisés et la planification des soins de longue durée continueront à se faire au plan cantonal, selon des critères uniformes. L'effort de coordination au plan des districts sera appuyé par l'Etat, qui veillera également à la coordination entre les districts, notamment par la création d'une commission cantonale.

Le développement d'une offre répondant aux besoins de la population exige que les besoins individuels puissent être évalués et que les personnes soient orientées vers les fournisseurs ou fournisseuses de prestations adéquats. Aussi, la LPMS prévoit-elle la mise en place d'un outil d'évaluation

des besoins commun, utilisé par l'ensemble des prestataires exploités ou mandatés par les pouvoirs publics. Cet outil facilitera la coordination de la prise en charge des personnes, tant dans les institutions de soins qu'à domicile.

### **1.1.3 Travaux DETTEC**

Le projet Senior+ n'a pas modifié l'actuelle répartition des charges entre Etat et communes, étant donné qu'un projet général de désenchevêtrement des tâches était en cours. La LPMS stipule néanmoins une coresponsabilité des communes et de l'Etat en termes de compétences, celle-ci étant indispensable pour garantir à la fois les particularités régionales de notre canton et une égalité de traitement des Fribourgeois et Fribourgeoises dans la prise en charge des soins.

Les premières décisions relatives aux travaux DETTEC devraient tomber d'ici au début de l'année 2018. La LPMS et le RPMS devront être modifiés en conséquence.

## **1.2 Commentaire article par article**

### **Art. 1**

Pas de commentaire.

### **Art. 2**

Les prestations d'accompagnement doivent être déterminées d'un commun accord entre l'EMS et le résidant ou la résidante (ou son représentant ou sa représentante légale) en fonction d'objectifs fixés eu égard au parcours de vie de la personne. Les exigences quant à une convention dite « formelle » font référence à un document écrit, attestant qu'il y a accord entre les parties tant sur les objectifs que sur le type et la fréquence des prestations d'accompagnement (cf. aussi commentaire ad art. 17). Ces prestations individualisées se distinguent des prestations dites collectives, ou activités d'animation collectives, qui participent elles aussi au maintien ou au développement des capacités des résidants et résidentes, sans toutefois être individualisées selon les besoins et les compétences de chaque personne et en fonction d'un objectif à atteindre (al. 1). A titre d'exemple, le fait de chanter en chœur ou de faire du théâtre, d'assister à une cérémonie religieuse ou de jouer au jass sont, en principe, des activités d'animation collective, alors que le fait de travailler individuellement sur la voix et l'expression corporelle, le fait de pouvoir discuter individuellement avec une représentant ou une représentante du clergé ou d'une congrégation religieuse ou le fait de travailler avec une personne sur sa mémoire ou sur sa souplesse sont des prestations d'accompagnement individualisé. On peut regrouper les prestations d'accompagnement individualisé en deux catégories de prestations. La première catégorie, que l'on peut qualifier d'accompagnement standard, regroupe les prestations qui sont directement liées aux prestations de soins financées par la LAMal. On pense ici par exemple au fait d'aller chercher un plateau - repas pour une personne et de l'amener à sa table (= prestation d'accompagnement) en lien avec la prestation d'aider la personne à se nourrir (= prestation de soins financée par la LAMal). La deuxième catégorie de prestations d'accompagnement individualisé regroupe les prestations que l'EMS, en tant que lieu de vie, est amené à développer pour répondre aux besoins individualisés des résidants et résidentes. Ces prestations font appel à des profils de professionnel-le-s variés qui sont formés dans l'accompagnement des personnes, tels que par exemple les animateurs et animatrices socio-culturels, les assistants et assistantes socio-éducatifs, les musicothérapeutes, les art-thérapeutes. Ces prestations doivent pouvoir être quantifiées, organisées et planifiées sur un laps de temps donné.

La Direction définira la liste des prestations financées au titre de prestations d'accompagnement. Quant à la dotation prévue pour ce type de prestations, elle est définie dans l'ordonnance du 3 décembre 2013 sur les besoins en soins et en accompagnement, conformément à l'article 44 (al. 2).

**Art. 3**

Le RPMS renonce à établir une liste exhaustive de l'ensemble des prestations socio-hôtelières, étant donné que celle-ci résulte, par défaut, de la définition des soins et des prestations d'accompagnement.

**Art. 4**

L'aide à domicile est fournie par les Services d'aide et de soins à domicile exploités ou mandatés par les associations de communes. Elle peut également faire l'objet d'un mandat spécifique avec des professionnel-le-s admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ou avec un organisme tel que Pro Senectute (cf. toutefois les exigences de l'art. 10).

**Art. 5**

La liberté de choix d'un fournisseur ou d'une fournisseuse admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins découle de l'article 41 de la LAMal. Cette liberté vaut pour l'ensemble des fournisseurs et fournisseuses admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins dans le canton, mais toutefois, comme le précise l'article 3 de la loi, seulement pour autant que la prestation soit disponible et conforme aux besoins de la personne.

**Art. 6**

La liberté de choix n'implique toutefois pas que les coûts totaux de la prestation soient automatiquement pris en charge par les pouvoirs publics fribourgeois. Si au plan fédéral, la prise en charge du coût résiduel des soins a été réglée, il n'en est pas de même du financement des coûts de l'accompagnement et des coûts socio-hôtelières qui ne dépendent pas de la LAMal et ne sont donc pas de la compétence de la Confédération. A défaut d'une convention intercantonale réglant, comme cela est déjà le cas par exemple pour les institutions spécialisées pour personnes en situation de handicap, le financement du coût journalier dans une institution hors canton, chaque canton détermine ses propres règles. A noter que depuis le début de l'année 2017, une convention entre les cantons de Fribourg et de Vaud précise, sous forme de projet-pilote, la question du financement pour les résidents et résidentes de la Broye vaudoise admis dans un EMS de la Broye fribourgeoise ainsi que pour les résidents et résidentes de la Broye fribourgeoise admis dans un EMS de la Broye vaudoise (al. 1).

Il paraît important de prévoir qu'une prestation peut, à un moment donné, être indisponible dans le canton et qu'il est dès lors inutile qu'une personne nécessitant des prestations de soins en EMS doive rester hospitalisée dans un hôpital de soins aigus dans l'attente qu'une prestation correspondante ne se libère dans le canton (al. 2).

**Art. 7**

La mise en place d'un outil cantonal d'évaluation des besoins permet, d'une part, d'assurer l'adéquation de la prise en charge selon un processus uniforme garantissant l'égalité de traitement et, d'autre part, la récolte de données comparables en vue de la planification. L'évaluation des besoins de la personne constitue un élément important permettant d'améliorer la coordination des

soins entre hôpitaux, prestataires d'aide et de soins à domicile et EMS (al. 1). Cette évaluation ne saurait remplacer l'évaluation du niveau de soins exigée par la LAMal, effectuée au moyen de l'outil RAI, mais la précède en vue d'une bonne orientation de la personne vers le ou la prestataire adéquat-e. Cet outil offrira aussi une grille commune de lecture des besoins à l'ensemble des fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales, aux hôpitaux ainsi qu'aux professionnel-le-s qui souhaiteront en disposer. En cela il facilitera la transmission des informations et contribuera à la qualité des soins. La législation n'exige pas que l'évaluation des besoins soit faite par une instance désignée spécialement à cet effet, mais elle n'empêche pas qu'une association de communes désigne une telle instance (par ex. un organe de coordination) (al. 1 et 2).

La récolte des données nécessaires à l'évaluation des besoins de la personne et leur transmission devront se faire dans le respect des dispositions de la législation sur la protection des données (al. 3 et 4).

### **Art. 8**

L'outil d'évaluation des besoins n'existe pas encore et devra être élaboré en collaboration avec les milieux intéressés. Conformément à l'article 42, la Direction dispose de 3 ans dès l'entrée en vigueur de la loi pour élaborer un tel outil, avec le soutien d'un groupe de travail représentant notamment les fournisseurs et fournisseuses de prestations mentionnés à l'article 7 al. 2 (al. 1). Durant cette période transitoire, l'orientation des personnes vers les prestations médico-sociales appropriées se fera sur la base des procédures existantes.

Cette évaluation n'est pas limitée à une analyse des soins nécessaires mais comprend un volet relatif à l'accompagnement social, notamment en vue de permettre le maintien à domicile. L'outil d'évaluation des besoins ne définira pas quels soins spécifiques devront être prodigués à la personne, mais il permettra d'en estimer l'intensité et de définir si celle-ci nécessite ou non un accueil résidentiel dans un EMS ou alors si, moyennant éventuellement des prestations médico-sociales complémentaires (ex. séjour en foyer de jour ou aide à domicile), la personne peut être prise en charge à domicile. Dans ce cas, l'outil permettra aussi d'indiquer quelles prestations d'accompagnement social (ex. repas à domicile, aide pour les courses, après-midi récréatifs avec transports organisés) et quelles adaptations du lieu de vie seraient nécessaires pour garantir la sécurité et favoriser le maintien à domicile de la personne, conformément aux objectifs de la politique Senior+ (al. 2).

### **Art. 9**

La planification des soins de longue durée fait l'objet d'un rapport du Conseil d'Etat. Le dernier rapport de planification concerne la période 2016 à 2020.

### **Art. 10**

Actuellement, les Services d'aide et de soins à domicile mandatés par les districts doivent proposer l'ensemble des prestations prévues aux articles 6 et 7 de l'ordonnance du Département fédéral du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS). Ce principe est repris à l'article 7 al. 2 de la LPMS, mais il est assoupli par le RPMS, permettant aux associations de mandater plusieurs fournisseurs et fournisseuses de prestations, mais aussi des services privés ou des professionnel-le-s indépendants, pour autant que l'ensemble des prestations soient offertes sur le territoire du district et que les habitants et habitantes du district y aient accès aux mêmes conditions.

**Art. 11**

Cette disposition reprend et précise l'article 5 du règlement actuel sur l'aide et les soins à domicile (qui est abrogé par le présent règlement). Elle fixe les points essentiels à prendre en compte par la Direction lorsqu'elle arrête, conformément à l'article 7 al. 2 let. f LPMS, les conditions cadres d'exploitation d'un service d'aide et de soins à domicile exploité ou mandaté par une association. S'agissant des normes de qualité, la Direction se réfère actuellement aux normes nationales, soit celles de l'Association Aide et soins à domicile Suisse. La dotation en personnel prise en considération dans le cadre du budget pour les Services d'aide et de soins à domicile exploités ou mandatés par une association est fixée en fonction de la dotation utilisée par le passé et du nombre d'équivalents plein temps par mille habitants en comparaison nationale. Enfin, le plan comptable est celui mis à disposition par Aide et Soins à domicile Suisse. Sur le plan statistique, les données relevées au plan cantonal complète la statistique fédérale.

**Art. 12**

La notion d'EMS, telle que définie par la LAMal, n'est pas limitée aux établissements prodiguant des soins de longue durée aux personnes âgées, même si l'âge moyen des résidants et résidentes en EMS est de 81,6 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes (statistiques SOMED 2015). Les EMS du canton de Fribourg accueillent aujourd'hui déjà des personnes qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite mais qui, en raison de leur état de santé et des soins qu'elles nécessitent, ne peuvent pas rester à domicile ou ne peuvent pas intégrer d'autres établissements, tels qu'une institution pour personnes en situation de handicap. Ces besoins seront confirmés par l'outil d'évaluation prévu à l'article 7.

**Art. 13**

Le droit d'être informé reprend le principe réglé à l'article 47 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan) dont l'alinéa 2 prévoit que « chaque patient ou patiente doit recevoir, lors de son admission dans une institution de santé, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs ainsi que sur les conditions de son séjour » (al. 1).

L'alinéa 2 précise les éléments sur lesquels porte le droit d'être informé.

Avant de signer le contrat d'hébergement, la personne et/ou son représentant légal ou sa représentante légale doivent avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments prévus à l'alinéa 2. La signature du contrat confirme leur accord (al. 3).

**Art. 14**

Même si les accueils en EMS pour des attentes de placement sont censés être provisoires, ils ne sont pas considérés comme des accueils résidentiels de courte durée, car la personne accueillie ne rentrera pas chez elle à la suite de ce placement, mais intégrera un autre EMS de son choix. Dans la pratique, il n'est d'ailleurs pas rare qu'une personne qui séjourne en attente de placement dans un EMS décide finalement d'y rester définitivement (al. 1).

Au sein d'un EMS, certaines personnes présentant des pathologies spécifiques peuvent être accueillies dans des unités spécialisées, comme cela est aujourd'hui déjà le cas, par exemple, dans les unités spécialisées en démence. A l'avenir, des unités EMS pourront aussi être créées au sein d'institutions pour personnes en situation de handicap ou pour personnes en situation d'addiction.

Ces unités seront considérées comme des unités EMS admises AOS et devront, dès lors, répondre aux exigences de la législation sur les prestations médico-sociales (al. 2).

#### **Art. 15**

Cet article tient compte de la dernière jurisprudence du canton de Berne<sup>1</sup>, mais aussi de certaines conventions signées par les différents assureurs avec les services d'aide et de soins à domicile. Cette jurisprudence et ces conventions prévoient que les soins ambulatoires, dits « inhouse », prodigués par exemple dans des appartements avec services (souvent appelés appartements protégés) par le bailleur ou le propriétaire de ces appartements peuvent être assimilés à des prestations de soins à domicile et peuvent être financés comme tels.

#### **Art. 16**

Les exigences de l'article 16 valent pour tous les EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, que ces EMS soient reconnus ou non. L'article reprend en partie les exigences fixées dans l'actuelle législation sur les EMS (al. 1).

Les exigences relatives à la formation du personnel, aujourd'hui intégrées dans le règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, seront reformulées dans une directive, comme cela se fait dans les cantons voisins. En effet, compte tenu des évolutions rapides dans la formation du personnel et dans la composition des équipes, il est important que la Direction en charge de la santé et des affaires sociales dispose d'une certaine marge de manœuvre pour régler ces questions (al. 2).

#### **Art. 17**

Les EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins peuvent être reconnus pour autant qu'ils répondent aux conditions fixées à l'article 10 de la loi et qu'ils dispensent aux résidents et résidentes un accompagnement individualisé correspondant à leurs besoins et à leurs souhaits (cf. commentaire ad art. 2). La reconnaissance fonde le droit à un subventionnement de l'accompagnement par les pouvoirs publics. Conformément à l'alinéa 2, les prestations d'accompagnement individualisé doivent être documentées dans le dossier de chaque résident et résidente.

L'évaluation des besoins en prestations d'accompagnement peut en pratique se faire en même temps que l'évaluation des besoins en soins, en partant des items de l'outil RAI (al. 3).

Dans chaque EMS, une personne doit être à même de mettre en place un concept d'accompagnement individualisé, d'en définir les modalités de mise en œuvre au sein de l'établissement, de vérifier que les prestations d'accompagnement individualisé soient planifiées et organisées pour tous les résidents et les résidentes et que la documentation y relative soit intégrée dans le dossier de chaque résident et résidente. Le taux d'activité de cette personne, qui devra avoir une formation de niveau tertiaire, dépendra de la grandeur de l'établissement, une personne pouvant assumer ces responsabilités pour un ou plusieurs EMS (al. 3).

---

<sup>1</sup> Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern 200 14903 vom 20. November 2015

**Art. 18**

Dans la mesure où la reconnaissance fonde le droit à un subventionnement des frais d'accompagnement par les pouvoirs publics, il est nécessaire que l'EMS reconnu ne poursuive pas de but lucratif, ce qui est aujourd'hui déjà une exigence pour les EMS reconnus (al. 1).

De plus, l'EMS reconnu doit être exploité ou mandaté par une association de communes qui fixe les modalités de son financement, de même que les exigences qualitatives et quantitatives y relatives. Cet alinéa doit être aussi mis en lien avec l'article 12 let. h de la loi qui prévoit que l'association assure la surveillance administrative et financière des fournisseurs et fournisseuses mandatés (al. 2).

**Art. 19**

L'Etat peut confier des mandats pour certaines prestations médico-sociales offertes par des EMS, soit au profit de la population de tout le canton, soit pour répondre à une mission spécifique, par exemple pour garantir le suivi des soins d'une personne à la suite d'un séjour hospitalier. On pense ici aussi à des prestations d'accueil de jour et de nuit, telles que celles offertes par la Famille au Jardin pour les personnes atteintes d'Alzheimer, ou à l'accueil résidentiel de courte durée offert par l'EMS La Providence au sein de l'actuelle UATO (unité d'accueil temporaire et d'orientation) (al. 1).

Il appartiendra à l'Etat de convenir avec les fournisseurs et fournisseuses de prestations concernés les modalités de prise en charge des frais non couverts par les contributions de l'assurance obligatoire des soins, des bénéficiaires ou des pouvoirs publics (montants, critères, indicateurs).

**Art. 20**

Le plan de couverture se fonde sur la planification des prestations médico-sociales élaboré par l'Etat. Elle vise à attribuer au sein du district les prestations médico-sociales aux divers fournisseurs et fournisseuses de prestations (nombre de lits, nombre de places, volume d'heures d'aide et de soins à domicile) et de planifier les infrastructures nécessaires à l'évolution de ces prestations.

**Art. 21**

L'organisation des prestations médico-sociales au sein du district vise tant les prestations médico-sociales en EMS que celles fournies à domicile. Les choix opérés dans l'organisation des prestations doivent tenir compte des besoins de la population et de différents facteurs, tels que les spécificités régionales. Ainsi, un district pourra par exemple choisir de regrouper les lits EMS pour les accueils de courte durée sur un ou deux établissements, pour en faciliter la gestion, alors qu'un autre choisira plutôt d'intégrer ces lits au sein de différents EMS, pour des raisons géographiques ou linguistiques. De même, la création de deux unités spécialisées en démence est envisageable soit dans deux établissements soit dans un seul qui pourrait aussi intégrer un foyer de jour pour personnes atteintes de démence ou des lits pour un accueil de nuit pour cette même population (al. 1).

Il appartient à l'association de prévoir le personnel et l'organisation nécessaires à coordonner l'accès aux prestations médico-sociales. Cette coordination est en particulier importante avec les réseaux hospitaliers et implique une collaboration entre les structures de coordination du district et les services de liaison hospitaliers. L'association est libre d'exiger que toute demande de prestation soit soumise à un accord préalable d'une instance désignée par elle-même, voire d'exiger que l'évaluation des besoins des personnes domiciliées dans le district soit faite, toute ou en partie, par une telle instance. Celle-ci peut être amenée à organiser la prestation indiquée dans le district ou en

dehors, soit de manière systématique soit uniquement sur demande, selon le choix de l'association (al. 2).

L'information à organiser par l'association ne se limite pas aux prestations médico-sociales mais elle doit aussi permettre, à moyen terme, à toute personne domiciliée dans le district d'accéder à un maximum d'informations sur les prestations d'accompagnement social, organisées au sein des communes et au plan cantonal, visant à favoriser le maintien à domicile. Pour rappel, la loi sur les seniors du 12 mai 2016 donne aux communes un délai de 5 ans à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour élaborer un concept intégrant des mesures visant à répondre aux besoins de leur population vieillissante. Le fait de répertorier les différentes prestations existant dans les diverses communes permettra de regrouper ces informations au plan du district et du canton et d'améliorer l'information y relative (al. 3).

**Art. 22**

Il appartient aux associations de définir qui a accès aux prestations résidentielles de longue durée au sein des EMS du district, étant donné que ces mêmes associations sont en charge d'élaborer un plan de couverture des prestations médico-sociales et de planifier les infrastructures nécessaires (cf. art. 20). Les critères retenus par l'association ne peuvent toutefois pas empêcher les personnes provenant d'autres districts d'accéder aux prestations, dans la mesure où les personnes ont le libre choix des fournisseurs et fournisseuses admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Seuls les critères liés aux besoins en soins peuvent entrer en ligne de compte. Ces critères pourront aussi varier d'un district à l'autre en fonction du développement des prestations médico-sociales à domicile et des autres prestations d'accompagnement social à disposition de la population.

**Art. 23**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 24**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 25**

Les charges qui s'additionnent aux charges du personnel de soins et d'accompagnement peuvent comprendre notamment certains frais de formation ou de suivi de la qualité. La question de l'intégration de certains coûts de matériel dans le coût des soins devra être traitée dans le contexte du projet DETTEC, étant donné que les décisions y relatives impliquent une modification de la répartition des charges entre Etat et communes (al. 1).

Pour un niveau de soins donné, le prix facturé au résidant ou à la résidante pour les soins et l'accompagnement sera dorénavant le même dans tous les EMS du canton, quel que soit les coûts réels de l'établissement. Cette modification interviendra à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 (cf. art. 46) (al. 2).

La différence entre le prix facturé et le coût des prestations subventionnées sera intégrée dans les correctifs annuels, comme cela est déjà le cas aujourd'hui (al. 3).



**Art. 26**

Le RPMS ne précise pas la liste des charges prises en compte dans les frais socio-hôtelières, dans la mesure où toutes les charges qui ne sont pas considérées comme relevant des soins, de l'accompagnement ou des investissements sont considérées comme des frais socio-hôtelières.

**Art. 27**

L'intégration de certains coûts dans les frais d'investissements mobiliers ou immobiliers a un impact direct sur le coût socio-hôtelier et sur la moyenne cantonale servant de norme pour les séjours d'une personne qui est domiciliée dans un district et accueillie dans un EMS situé dans un autre district. Dès lors, il appartient aux associations de convenir de règles uniformes en la matière.

**Art. 28**

L'Etat ne subventionne pas les charges au-delà des normes fixées pour sa propre activité, conformément à la législation sur les subventions. Libre toutefois aux associations de prendre en charge certains coûts dépassant les normes étatiques (al. 1).

Dans certains cas, il n'est pas possible d'appliquer pour les subventions exactement les mêmes règles que celles qui prévalent à l'Etat. Il appartient dès lors à la Direction de définir les normes de référence (al. 2).

**Art. 29**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 30**

Le forfait prévu pour un accueil de jour et de nuit organisé sur 24 heures dépendra en fin de compte de la manière dont l'EMS facturera les soins aux assureurs. Ainsi, le forfait de 60 francs correspond à la facturation des soins pour une seule prestation médico-sociale sur les 24 heures. Si un accueil en foyer de jour (jour x) est suivi d'un accueil de nuit (jour x), les assureurs considéreront qu'il s'agit d'une seule prestation pour laquelle ils contribueront au coût des soins à hauteur du forfait prévu dans la législation fédérale. En revanche, si un accueil de nuit (jour x) est suivi d'un accueil de jour (jour x<sup>+1</sup>) et que l'EMS facture aux assureurs deux prestations distinctes, entraînant un doublement de la participation des assureurs et des pouvoirs publics au coût des soins, le forfait financé par les pouvoirs publics sera réduit en conséquence.

**Art. 31**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 32**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 33 à 36**

Correspond aux dispositions actuelles.

**Art. 37**

La Commission cantonale aura pour tâche de veiller à la coordination des politiques régionales et cantonales dans la prise en charge des soins de longue durée. Les fournisseurs et fournisseuses de

prestations médico-sociales ne sont pas représentés dans cette commission, mais seront intégrés dans les commissions consultatives instituées par les associations de communes, conformément à l'article 13 al. 2 de la loi.

**Art. 38**

Actuellement, la commission est formée de 3 membres.

**Art. 39**

L'instruction du recours est nouvellement confiée au Service en charge du contrôle de l'utilisation de l'outil RAI au sein des EMS, à savoir le Service de la prévoyance sociale.

**Art. 40**

Correspond aux dispositions actuelles.

**Art. 41**

Le délai de trois ans permettra aux associations de disposer des données nécessaires à la rédaction des mandats de prestations, intégrant des critères et indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

**Art. 42**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 43**

Pas de commentaire particulier.

**Art. 44**

Dans les EMS admis AOS, le prix journalier de référence prévu pour les frais socio-hôtelières dans le calcul du droit aux prestations complémentaires correspond à celui qui était jusqu'ici pris en considération dans les homes simples et les institutions spécialisées non reconnues.

Dans les EMS admis AOS, comme dans les EMS reconnus, la taxe journalière prise en considération correspondra au prix journalier de référence pour les frais socio-hôtelières, montant auquel s'ajoutera la participation de la personne au coût des soins, conformément à la législation d'application de la législation fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Dans les EMS reconnus, la taxe journalière couvrira en plus, comme c'est le cas aujourd'hui, une partie des frais de l'accompagnement.

L'augmentation de la dotation d'accompagnement pour les accueils de courte durée de 0.03 EPT par personne tient compte de la charge de travail supplémentaire du personnel en raison de la durée limitée des séjours des résidents et résidentes.

Une dotation complémentaire de 2.5 EPT par unité spécialisée en démence est déjà octroyée aujourd'hui.

La dotation d'accompagnement pour les accueils en foyer de jour correspond à celle qui est octroyée aujourd'hui déjà à ces foyers. Une dotation d'accompagnement de 0.13 EPT par personne est prévue pour les accueils de nuit, à partir du niveau de soins RAI 3.

*Art. 45*

Pas de commentaire particulier.

**1.3 Conséquences financières**

Compte tenu

- > de la dotation d'accompagnement supplémentaire accordée pour les accueils de courte durée (0.03 EPT), du nombre d'accueils prévus (15 000 accueils) et des montants inscrits au budget 2018 ;
- > de la dotation d'accompagnement prévue pour les accueils de nuit et du nombre d'accueils de nuit prévisible en 2018 (500 accueils de nuit) ;

les charges financières supplémentaires pour les pouvoirs publics en lien avec la mise en œuvre du présent règlement se monteront à environ 220 000 francs, montant déjà intégré au budget 2018.