

Rapport explicatif à
l'appui de l'avant-projet
de décret concernant le
financement des soins
de longue durée

Novembre 2009

TABLE DES MATIERES

Résumé	3
1. Le vieillissement de la population : aspects démographiques et de santé publique	3
2. Le cadre légal fédéral et cantonal pour les soins de longue durée	4
2.1 <i>L'application de la LAMal</i>	5
2.2 <i>La législation sanitaire cantonale</i>	6
2.3 <i>L'avant-projet de décret</i>	7
3. L'offre valaisanne en soins de longue durée et les principaux partenaires	7
<i>Les établissements médico-sociaux (EMS)</i>	8
<i>Les centres médico-sociaux (CMS) et les infirmier(ère)-s indépendant(e)-s</i>	9
4. Le financement actuel et futur des soins de longue durée en Valais	10
4.1 <i>Situation actuelle</i>	10
4.2 <i>Nouveau régime fédéral du financement des soins de longue durée et subventions cantonales aux différentes formes de dispensation des soins</i>	11
4.3 <i>Investissements</i>	12
4.4 <i>Soins aigus et de transition</i>	12
4.5 <i>Répartition des coûts à charge des pouvoirs publics</i>	12
4.6 <i>Participation des assurés</i>	13
5. Incidences financières	14
6. Mise en vigueur	15
7. Conclusion	15

Résumé

L'entrée en vigueur, au 1^{er} juillet 2010, de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (modifiant notamment l'art. 25 a LAMal) oblige le Conseil d'Etat à soumettre au Grand Conseil un décret, urgent et limité dans le temps, pour adapter la législation valaisanne aux exigences du nouveau droit fédéral dans l'attente de l'adoption d'une loi sur les soins de longue durée qui sera mise en consultation dès l'été 2010.

L'avant-projet de décret dont le Conseil d'Etat a autorisé la mise en consultation jusqu'à la mi-janvier 2010 porte:

- d'une part, sur la participation des pouvoirs publics découlant de la LAMal (essentiellement la contribution résiduelle après la contribution des assureurs et la participation éventuelle des assurés) et*
- d'autre part, sur les subventions aux différentes formes de soins de longue durée en Valais découlant de la seule législation cantonale.*

Les clés actuelles de répartition du financement entre le canton et les communes ne sont pas modifiées. Elles seront discutées dans le cadre de la future loi sur les soins de longue durée ainsi que dans le cadre du projet RPT II.

Les bases légales actuelles sur les subventions des pouvoirs publics ne sont provisoirement pas modifiées. Elles sont précisées et consolidées pour éviter que l'application des nouvelles dispositions fédérales, dont les incidences sont difficiles à évaluer à ce stade, ne conduise à remettre en cause la politique valaisanne des soins de longue durée, essentiellement en faveur des personnes âgées, développée ces dernières années qu'il s'agit de renforcer encore au vu des besoins en soins grandissants d'une population vieillissante.

1. Le vieillissement de la population : aspects démographiques et de santé publique

L'avant-projet de décret qui vous est soumis traite de questions plutôt techniques et juridiques sur le financement des soins à régler dans l'urgence au niveau cantonal en raison de la décision du Conseil fédéral de fixer, au 1^{er} juillet 2010 déjà, l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008.

Avant d'aborder ces aspects purement financiers et les changements imposés par la législation fédérale, il paraît cependant essentiel d'évoquer, en introduction et en quelques mots, les enjeux et les défis à relever dans le domaine des soins de longue durée, sans même évoquer tous les aspects sociaux et politiques liés à cette thématique qui seront repris ultérieurement dans le cadre d'une législation cantonale spécifique.

La politique en faveur des personnes âgées est en effet un des défis majeurs auxquels notre société sera confrontée au cours des décennies à venir. Non seulement la population augmente – elle a plus que doublé entre 1930 et aujourd'hui –, mais elle vieillit également. Selon les prévisions de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la part des 80 ans et plus dans la population valaisanne va passer de 3.4% en 2000 (date du dernier recensement fédéral, 9'300 personnes) à 8.3% en 2030 (27'500 personnes), puis 13.3% en 2050 (43'600 personnes).

Cette évolution s'accompagne de mutations réjouissantes d'un point de vue de santé publique comme l'amélioration du capital de formation et de santé des personnes âgées plus sensibles à la prévention et aux comportements de santé ou comme les possibilités nouvelles offertes par la science et la médecine de maintenir en bonne santé des personnes vieillissantes et d'allonger la durée de vie.

Mais, en termes d'évolution des besoins en soins, le vieillissement démographique se traduit également par:

- l'augmentation des maladies somatiques liées à l'âge (maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux, diabète, diverses formes de cancer, ostéoporose, ...);
- l'augmentation des troubles psychiques qui est de 25% chez les plus de 65 ans. On estime que jusqu'à 50% des patients âgés hospitalisés et des résidents d'EMS souffrent de troubles dépressifs. La prévalence de la démence est quant à elle de l'ordre de 5 à 10% au-delà de 65 ans et de 25 à 40% au-delà de 85 ans;
- la forte augmentation de personnes nécessitant une prise en charge « institutionnalisée » avec de fortes disparités d'un canton à l'autre (par ex. en Valais 17% seulement des octogénaires sont « institutionnalisés » contre 27% à Zurich).

Les réponses à apporter à l'évolution des besoins en soins des personnes âgées sont multiples et s'articulent autour des domaines d'actions prioritaires suivants:

- l'augmentation des soins de longue durée pour les maladies chroniques et dégénératives y compris pour les épisodes aigus de maladies chroniques;
- l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des structures médico-sociales (renforcement des structures existantes, soutien au développement de nouvelles structures, meilleure collaboration entre les différentes structures médico-sociales ainsi qu'entre les professionnels, progrès technologiques, mesures à prendre pour pallier le manque de personnel qualifié, etc.);
- l'amélioration de la prise en charge des troubles de la santé mentale des personnes âgées dans les structures médico-sociales en renforçant notamment les compétences du personnel soignant, en développant la psychiatrie de liaison médico-sociale et en offrant de nouvelles structures;
- le renforcement de la prévention pour diminuer l'incidence des maladies liées à l'âge et mieux repérer les situations à risque.

L'avant-projet de décret s'inscrit dans cette stratégie sanitaire globale de soins aux personnes âgées voulue par le Département des finances, des institutions et de la santé (ci-après le Département) et le par Gouvernement valaisan mais s'inscrit également dans un cadre légal fédéral et cantonal présenté ci-après.

2. Le cadre légal fédéral et cantonal pour les soins de longue durée

L'avant-projet de décret contient deux types de dispositions qu'il convient de bien distinguer à savoir:

- les dispositions concernant uniquement l'application du droit fédéral : modifications de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal),
- les dispositions relevant de la législation sanitaire cantonale.

Dans le premier cas, la marge de manœuvre du Parlement cantonal est limitée et doit respecter le cadre fédéral.

Dans le deuxième cas, le Parlement peut plus librement renforcer ou compléter la législation sanitaire cantonale actuelle s'il estime que l'application du droit fédéral risque de remettre en cause la stratégie sanitaire globale de soins aux personnes âgées développée en Valais.

2.1 L'application de la LAMal

Les Chambres fédérales ont adopté, le 13 juin 2008, la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins modifiant notamment l'art. 25a de la (LAMal). Le 24 juin 2009, le Conseil fédéral a adopté les ordonnances y relatives.

Contre l'avis des cantons, très clairement exprimé par la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) qui demandait un report au 1^{er} janvier 2011, le Conseil fédéral a fixé, au 1^{er} juillet 2010, l'entrée en vigueur de ces dispositions.

Selon le message du Conseil fédéral du 16 février 2005 accompagnant le projet de loi, le « nouveau régime de financement des soins poursuit deux objectifs:

- améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins;
- éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse ».

Le deuxième objectif d'éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie suscite des craintes légitimes au vu de l'évolution des besoins en soins. Les établissements, les institutions et les professionnels qui dispensent des soins à la charge de l'assurance-maladie craignent en effet de ne pas pouvoir répondre à tous les besoins en cas d'insuffisance de financement par les assureurs si le canton n'intervient pas, à titre subsidiaire, dans le cadre de sa législation sanitaire.

Le nouveau régime fédéral des soins introduit dans la LAMal **repose sur le financement exclusif:**

- **des assureurs-maladie**, à savoir une contribution fixe et uniforme aux soins à charge de l'assurance obligatoire des soins décidée par le Conseil fédéral (contribution AOS). Le canton n'a aucune influence sur cette contribution AOS;
- **des assurés**, à savoir la possibilité, pour le canton, de répercuter sur les personnes assurées jusqu'à 20% de la contribution maximale AOS fixée par le Conseil fédéral (dans l'avant-projet de décret « participation des assurés »);
- **des cantons**, à savoir l'obligation pour les cantons de régler le financement résiduel non pris en charge par l'AOS (dans l'avant-projet de décret « contribution résiduelle »).

Le nouveau régime fédéral introduit en outre une nouvelle catégorie de prestations, à savoir les soins aigus et de transition (soins nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, pour une durée de deux semaines au plus).

Ces nouvelles dispositions modifient en profondeur le financement actuel des soins de longue durée dispensés par les établissements médico-sociaux (EMS), les organisations de soins à domicile, (CMS) les structures de soins de jour (foyers de jour) ou de nuit et les infirmier(ère)-s indépendant(e)-s. Le financement hospitalier n'est pas concerné par ces modifications à l'exception des « lits d'attente hospitaliers » pour les patients en attente d'un placement en EMS.

2.2 La législation sanitaire cantonale

Les dispositions de la législation sanitaire cantonale régissant actuellement les EMS, les CMS et les autres fournisseurs de soins précités figurent, en fonction de la nature des tâches confiées à l'Etat par le législateur (surveillance, planification, subventionnement), dans les deux lois suivantes:

- loi sur la santé du 14 février 2008 (LS),
- loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS).

Il convient de se référer principalement aux dispositions suivantes :

- surveillance : cf. titre 3 chap.5 et titre 5 LS pour les questions d'autorisations d'exploiter un établissement sanitaire pour personnes âgées, de droits des patients, de qualité et de sécurité.
- planification : cf. titre 2 chap. 1 LEIS concernant les dispositions générales de planification applicables aux établissements pour personnes âgées ainsi qu'à tous les autres établissements ou institutions sanitaires.
- subventionnement : cf. titre 2 chap. 2 LEIS concernant les conditions et modalités générales de subventionnement applicables aux établissements et institutions pour personnes âgées ainsi qu'à tous les autres établissements ou institutions sanitaires. S'agissant du taux et des modalités de subventionnement spécifiques des EMS et des CMS sont applicables les dispositions transitoires de l'art. 139 LS.

La prochaine étape de la révision globale de la législation sanitaire cantonale **sera l'adoption d'une loi contenant des dispositions spécifique sur les soins de longue durée** applicable aux EMS, CMS et autres institutions de soins, à l'instar des dispositions de la LEIS qui régissent spécifiquement le Réseau Santé Valais. La répartition des tâches et du financement entre le canton et les communes, dans le cadre du projet RPT II, sera en particulier au cœur des débats concernant ce projet de loi.

La nécessité de procéder ainsi par étapes est aujourd'hui dictée principalement par la révision, par étapes, de la LAMal notamment la modification de la LAMal du 21 septembre 2007 sur le financement hospitalier et loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008.

Les deux prochains textes légaux qui devront ainsi être soumis au Grand Conseil en application de la LAMal sont:

- la loi sur le financement des soins de longue durée ainsi que
- la loi sur le financement hospitalier.

Dans toute la mesure du possible, ces deux textes légaux devraient pouvoir entrer en vigueur en même temps, le 1^{er} janvier 2012.

L'entrée en vigueur, au 1^{er} juillet 2010 déjà, de loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins oblige le canton à rajouter une étape supplémentaire avec l'avant-projet de décret qui vous est soumis.

2.3 L'avant-projet de décret

L'échéance du 1^{er} juillet 2010 oblige le canton à recourir à la forme du décret, par définition urgent et limité dans le temps (art. 42 al.2 Cst), dès lors que la procédure législative ordinaire ne permet pas de mettre œuvre, dans ce délai, les dispositions de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008.

Pour faire face à cette échéance, le Département des finances, des institutions et de la santé (le Département), a chargé le service de la santé publique (SSP) de préparer, avec les principaux partenaires, le présent avant-projet de décret, dont le Conseil d'Etat a autorisé la mise en consultation. Le SSP s'est fondé sur les recommandations d'un groupe de travail constitué de représentants de l'Association Valaisanne des Etablissements médico-sociaux (VALEMS), du Groupement valaisan des CMS et de la Fédération des Communes Valaisannes.

Pour l'essentiel, dans l'attente d'une législation cantonale sur les soins de longue durée, l'avant-projet de décret porte sur:

- **les dispositions cantonales strictement nécessaires à l'application, dès le 1^{er} juillet 2010, de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 (participation des assurés et contribution résiduelle du canton);**
- **les dispositions précisant et consolidant la législation sanitaire cantonale actuelle sur les différentes formes de soins de longue durée en laissant une certaine marge de manœuvre au Conseil d'Etat s'il s'avère que l'application du droit fédéral, dont il est difficile de mesurer, à ce stade, toutes les incidences, risque de remettre en cause la stratégie sanitaire globale de soins aux personnes âgées développée en Valais ces dernières années et qu'il s'agit de renforcer encore.**

3. L'offre valaisanne en soins de longue durée et les principaux partenaires

En avril 2008, le Département a élaboré un rapport détaillé sur la prise en charge médico-sociale des personnes âgées à domicile avec le soutien des centres médico-sociaux (CMS), dans les établissements médico-sociaux (EMS) ainsi que dans les structures intermédiaires (unités d'accueil temporaire, foyers de jour, logements avec encadrement médico-social, etc.).

Ce rapport peut être consulté sur le site internet de l'Etat du Valais (www.vs.ch/sante) ou peut être obtenu auprès du SSP (ssp@admin.vs.ch).

Une offre complète pour répondre à l'ensemble des besoins

Afin que les personnes âgées puissent rester intégrées dans leur quartier ou leur village, le canton du Valais tient à favoriser autant que possible le maintien à domicile. Il subventionne l'aide et les soins à domicile dispensés par les CMS, ainsi que les diverses structures permettant le maintien à domicile, notamment les unités d'accueil temporaire (UAT) ou lits de court séjour en EMS et les foyers de jour. Le nouveau mandat de prestations des CMS, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2007, prévoit notamment le développement de logements avec encadrement médico-social dans chaque région du canton.

Cependant, le maintien à domicile n'est pas toujours possible. Lorsque la charge en soins devient trop élevée, le placement en EMS est inévitable et s'avère plus confortable tant pour la personne âgée que pour sa famille. Les statistiques montrent que les résidents des EMS présentent, dans leur grande majorité, une charge en soins très importante, ce qui prouve que, en Valais, l'EMS est bien utilisé en dernier recours.

En comparaison intercantonale, le Valais favorise les soins à domicile

Le Valais est le canton où la proportion de bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile pour 1'000 habitants est la plus élevée après les cantons de Genève, Vaud et Jura (voir graphique ci-après). Le Valais se trouve également au-dessus de la moyenne suisse en ce qui concerne le nombre de professionnels à plein temps qui se consacrent à l'aide et aux soins à domicile avec 1.8 poste pour 1'000 habitants contre 1.6 poste en moyenne suisse (données OFS 2007).

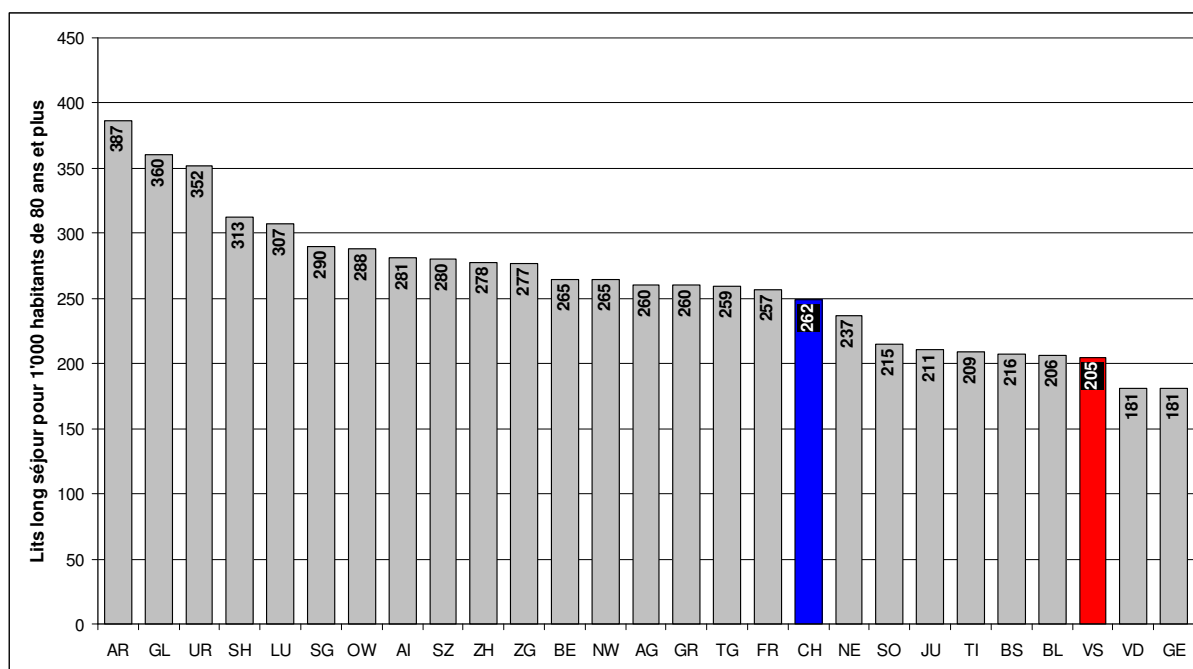
Cette importante prise en charge à domicile permet au **Valais** de se situer **largement en-dessous de la moyenne suisse en termes de lits d'EMS** de longs séjours (voir graphique ci-après).

Les établissements médico-sociaux (EMS)

L'offre valaisanne en soins de longue durée est assumée par 43 EMS gérés en général par les communes et, pour un tiers environ, par des privés. La population des résidents en EMS est de plus en plus âgée (83.9 ans en moyenne en 2007). La charge en soins augmente de façon importante d'année en année et de plus en plus de personnes y séjournant sont atteintes de troubles démentiels (plus de 50% des résidents).

Selon la statistique des institutions médico-sociales de l'OFS, en 2007, 205 lits d'EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus étaient à disposition de la population valaisanne, contre 262 lits en moyenne suisse. Le Valais est le canton qui recourt le moins à ce type de prise en charge après Vaud et Genève.

Lits de longs séjours (en institutions pour personnes âgées et en homes médicalisés) pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, par canton, en 2007



Source : établi par SSP selon statistique OFS des institutions médico-sociales 2007 (publiée en mars 2009) et selon statistique OFS population résidente permanente 2007

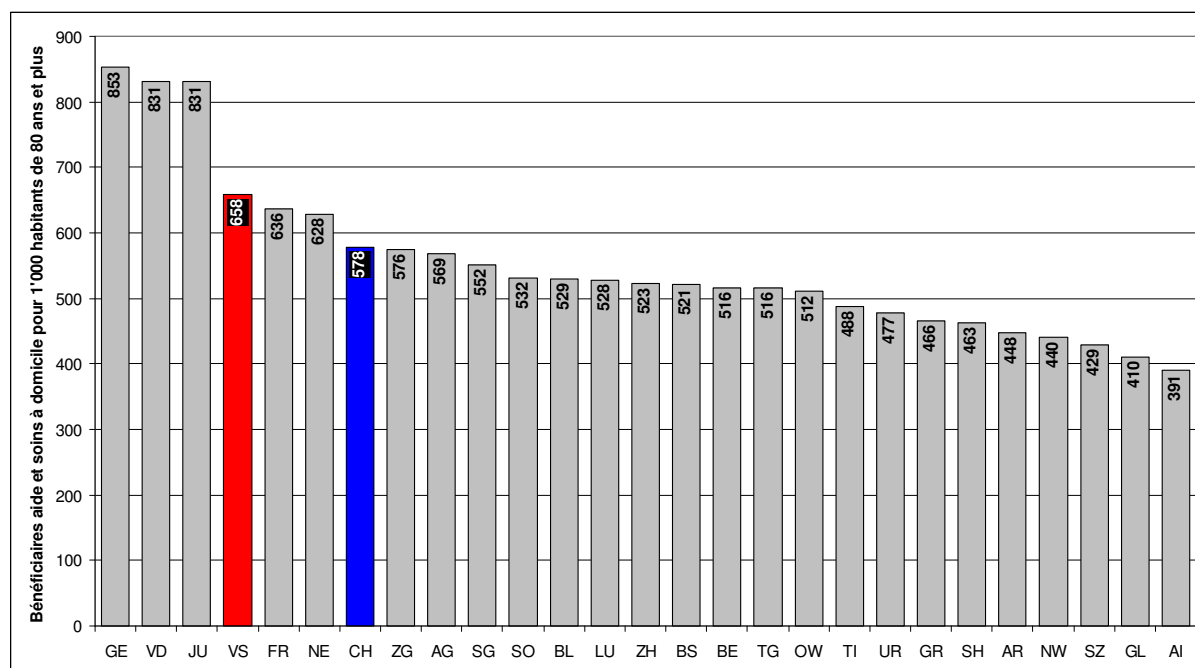
Les centres médico-sociaux (CMS) et les infirmier(ère)-s indépendant(e)-s

Les principaux partenaires des soins à domicile en Valais sont les CMS, soit 6 centres régionaux regroupant 19 centres médico-sociaux. Ces centres sont constitués sous la forme d'associations régionales auxquelles toutes les communes ont adhéré.

Un nouveau mandat de prestations a été confié par le Conseil d'Etat aux CMS en 2007. Il définit les prestations d'aide et de soins à domicile, de sécurité à domicile, de soutien social et d'ergothérapie. Il donne également pour mission aux CMS d'organiser la distribution des repas à domicile, de mettre à disposition le matériel auxiliaire nécessaire aux soins et à la vie quotidienne, de développer les logements avec encadrement médico-social, de développer les actions de promotion de la santé auprès des personnes âgées, de prévoir des visites préventives auprès des personnes âgées, de développer l'aide aux proches qui soignent, etc. L'élaboration de ce nouveau mandat de prestations a été menée en étroite collaboration avec les partenaires, notamment le Groupement valaisan des CMS.

Selon la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, en 2007, 658 personnes pour 1'000 habitants de 80 ans et plus bénéficiaient d'aide et de soins à domicile, contre 578 au niveau national, ce qui place le Valais en position favorable en comparaison intercantonale comme le montre le tableau ci-après:

Nombre de bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile, pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, par canton, 2007



Source : établi par SSP selon statistique OFS de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2007 (publiée en janvier 2009) et selon statistique OFS population résidente permanente 2007

L'offre des soins à domicile est encore complétée par une soixantaine d'infirmier(ière)-s indépendant(e)-s qui disposent, en 2009, d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant en Valais, ainsi que par le Kinderspitex qui offre dans le Haut-Valais des prestations d'aide et de soins à domicile aux enfants.

4. Le financement actuel et futur des soins de longue durée en Valais

4.1 Situation actuelle

Les soins relevant de l'assurance obligatoire (AOS) sont actuellement financés par les assureurs maladie sur la base de forfaits négociés entre les fournisseurs de prestations et santésuisse.

En 1998, des tarifs cadres maximaux ont été introduits au niveau national afin de contrôler l'évolution financière du domaine des soins à la charge de l'AOS. Ces tarifs ne couvrent que partiellement les coûts des soins. Pour éviter de mettre à la charge des bénéficiaires de soins des coûts trop importants, la législation sanitaire cantonale actuelle prévoit un subventionnement des EMS et des CMS par les pouvoirs publics (art. 139 LS). Ces subventionnements ne découlent pas d'obligations fédérales mais relèvent de la volonté politique cantonale.

L'effort fourni par les pouvoirs publics (canton et communes) valaisans pour soulager les coûts à charge des bénéficiaires de soins de longue durée est aujourd'hui déjà conséquent. Eu égard aux défis précités concernant l'augmentation importante du besoin en soins de longue durée, en particulier pour les personnes âgées, ce soutien des pouvoirs publics ne saurait être remis en cause.

La législation actuelle doit cependant, dans un premier temps, être revue pour satisfaire aux nouvelles dispositions fédérales (art. 2 de l'avant-projet de décret), puis être adaptée au niveau des subventions cantonales en fonction de l'évolution des besoins (art. 3 de l'avant-projet de décret).

4.2 Nouveau régime fédéral du financement des soins de longue durée et subventions cantonales aux différentes formes de dispensation des soins

Les articles 4 à 7 de l'avant-projet de décret précisent, pour chacune des différentes formes de soins de longue durée (EMS, lits d'attente hospitaliers, aide et soins à domicile, structures de soins de jour ou de nuit):

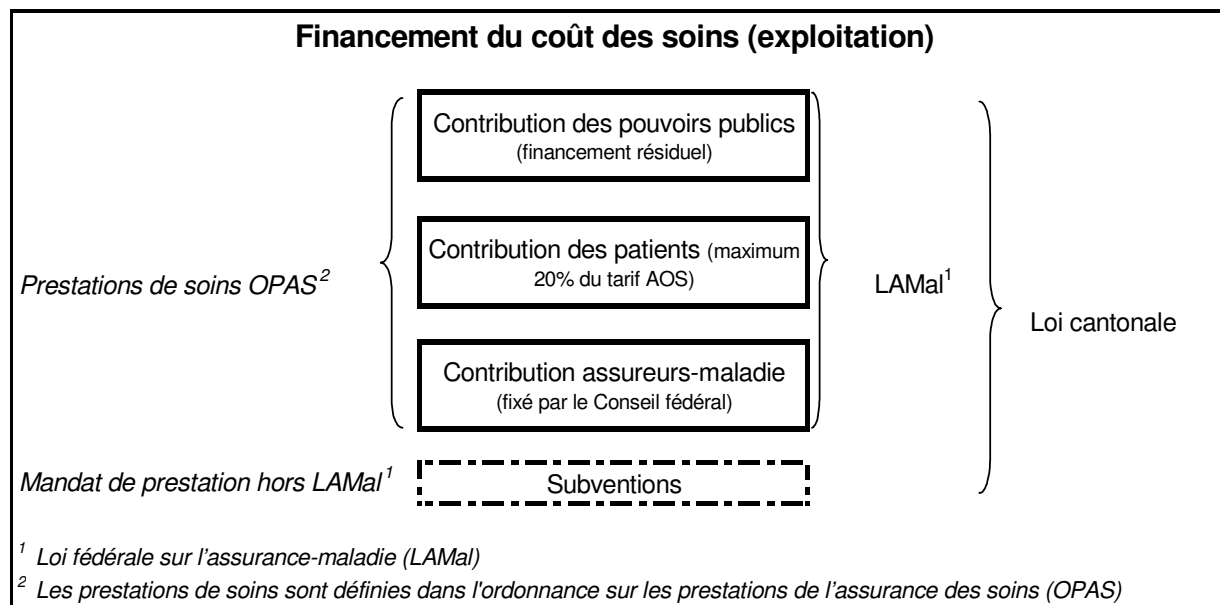
- d'une part, la participation des pouvoirs publics découlant de la LAMal (essentiellement la contribution résiduelle après la contribution AOS des assureurs et la participation éventuelle des assurés) et
- d'autre part, les subventions découlant de la seule législation cantonale.

Les soins à offrir aux personnes durablement atteintes dans leur santé, à domicile ou en établissement médico-social, requièrent des moyens plus importants que ceux financés dans le seul cadre de la LAMal. La législation cantonale prévoit ainsi le **subventionner des structures reconnues d'utilité publique pour des prestations non couvertes par le nouveau régime fédéral financement des soins.**

L'avant-projet propose de conditionner l'octroi des subventions cantonales au respect d'exigences particulières qui permettent de renforcer et de développer encore la politique cantonale en matière de soins de longue durée en particulier:

- la mise à disposition d'unités d'accueil temporaire (UAT ou lits de court séjour) dans les EMS;
- le développement de structures de soins de jour ou de nuit;
- le renforcement et le développement des soins palliatifs;
- la formation continue du personnel de soins;
- la qualité des soins et la dotation en personnel soignant qualifié;
- la mise en œuvre des outils existants et à développer pour la qualité des soins et la sécurité des patients;
- le renforcement de la coordination des différentes structures de soins.

L'ensemble des contributions (relevant du droit fédéral et cantonal) au financement des soins peut être présenté sous la forme du schéma suivant:



4.3 Investissements

Le nouveau financement des soins prévu dans l'avant-projet de décret n'apporte pas de modifications concernant la participation des pouvoirs publics aux investissements des EMS et des CMS.

4.4 Soins aigus et de transition

Le nouveau régime fédéral de financement des soins prévoit des soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et qui sont prescrits par un médecin de l'hôpital et dispensés en EMS ou à domicile (art. 25a al.2 LAMal). Ces soins sont rémunérés par l'AOS et les pouvoirs publics durant deux semaines au plus, conformément aux dispositions applicables au financement hospitalier (assureurs: jusqu'à 45% / pouvoirs publics: au minimum 55%). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent des forfaits. Le Conseil d'Etat fixe la part des pouvoirs publics (minimum 55%) pour les assurés résidant en Valais.

Pour les soins aigus et de transition, aucune participation des assurés n'est prévue dans la législation ce qui représente la principale différence avec le financement des soins de longue durée.

4.5 Répartition des coûts à charge des pouvoirs publics

La législation cantonale définit la répartition de certains coûts entre le canton et les communes. L'avant-projet de décret concernant le financement des soins de longue durée ne modifie pas ces répartitions. Celles-ci seront examinées dans le cadre de la nouvelle loi sur les soins de longue durée, conformément aux principes établis dans le cadre du projet RPT II.

Pour mémoire, les différentes clés de répartition actuelles, inchangées par l'avant-projet de décret sont résumées dans le tableau suivant:

	<i>Canton</i>	<i>Communes</i>
Contribution résiduelle aux soins pour les résidents des EMS	100%	--
Contribution résiduelle aux soins pour les patients en attente de placement en EMS (lits d'attente hospitaliers)	100%	--
Subvention aux dépenses d'exploitation des EMS	30%	--
Subvention aux dépenses d'investissement des EMS	30%	--
Contribution résiduelle aux soins dispensés sous forme ambulatoire par les CMS et les infirmier(ères)s indépendant(e)s	62.5%	37.5%
Subvention aux dépenses d'exploitation des organisations de soins et d'aide à domicile (excédent de dépenses retenues)	62.5%	solde
Subvention aux dépenses d'investissement des organisations de soins et d'aide à domicile (à l'exception des investissements financés par le compte d'exploitation)	50%	50%
Contribution résiduelle aux soins dispensés dans les structures de jour et de nuit	63%	37%
Subvention aux dépenses d'exploitation des structures de jour et de nuit	63%	37%
Soins aigus et de transition (part des pouvoirs publics) dispensés en EMS	100%	--
Soins aigus et de transition (part des pouvoirs publics) dispensés par les organisations de soins et d'aide à domicile et les infirmier(ères)s indépendant(e)s	62.5%	37.5%

La répartition canton-communes pour les soins à domicile (62.5%-37.5%) et les structures de jour et de nuit (63%-37%) est historique et résulte de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT1). L'avant-projet de décret ne remet pas en cause ces taux qui devront vraisemblablement, dans le futur, être harmonisés.

4.6 Participation des assurés

Sous l'ancien régime fédéral de financement des soins, la protection tarifaire excluait la participation des patients aux coûts des soins. Les nouvelles dispositions fédérales prévoient que les coûts des soins peuvent être répercutés sur la personne assurée jusqu'à hauteur de 20% de la contribution AOS maximale fixée par le Conseil fédéral, soit frs. 21.60 par jour au maximum pour les EMS et frs. 15.95 par jour pour les soins à domicile.

Selon le message du 16 février 2005 du Conseil fédéral accompagnant le projet de la loi, « ... l'assurance-maladie, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations liées à la vieillesse. Si, dans la pratique quotidienne des soins, on n'est guère amené à faire la distinction entre ceux qui sont dus à la maladie et ceux qui sont liés à l'âge, il est indéniable que la vieillesse augmente le risque d'avoir besoin de soins. Dans le système suisse d'assurances sociales tel qu'il s'est développé au fil des ans, structuré en fonction des risques, il ne faudrait pas que cette charge supplémentaire due à l'âge soit supportée sans limites par l'assurance maladie. »

Pour garantir l'accès aux soins, indépendamment des moyens financiers de chacun, l'introduction du nouveau régime de financement des soins a été accompagnée par des mesures touchant l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et les prestations complémentaires à l'AVS.

Les modifications suivantes ont été apportées (LAVS art. 43 bis ; LPC art 10 et 11):

- augmentation de la franchise sur la fortune nette prise en compte comme revenu,
- augmentation de la franchise sur immeuble de fr. 112'500.-- à fr. 300'000.--,
- introduction des allocations pour impotent (API) de degré faible à domicile.

Ces modifications ne nécessitent pas d'adaptation des dispositions d'application cantonales. Elles entraîneront cependant, en raison de l'augmentation des franchises et des nouvelles participations financières des assurés aux coûts des soins, un accroissement des prestations financées par les prestations complémentaires qui sont réparties à raison de 63% à la charge du canton et 37% à la charge des communes.

La législation fédérale impose aux cantons de veiller à ce que les séjours dans un EMS ne mènent pas à une dépendance de l'aide sociale. La politique sanitaire et sociale du canton du Valais vise le même objectif. Pour y parvenir, des subventions cantonales sont versées aux établissements et organisations de soins. La nouvelle législation fédérale prévoit en outre la possibilité, reprise dans l'avant-projet de décret (art. 2 al. 2) de solliciter une participation financière modérée des assurés qui ont les moyens de la supporter. Si en revanche les assurés ne peuvent supporter une participation, les prestations complémentaires auxquelles ils ont droit sont adaptées en conséquence.

5. Incidences financières

Les incidences financières des nouvelles dispositions fédérales applicables dès le 1^{er} juillet 2010 sont, à ce stade encore difficiles à apprécier, en raison notamment des inconnues qui subsistent encore sur la méthode d'évaluation des soins requis en EMS.

Globalement toutefois, au vu des objectifs fixés par le Conseil fédéral, on peut s'attendre à ce que le nouveau régime fédéral de financement conduise à une diminution de la contribution des assureurs maladie qui devra être compensée, le cas échéant, par les subventions cantonales et, dans une moindre mesure, par la participation des assurés.

Pour les soins à domicile, la diminution de la contribution des assureurs-maladie peut être estimée à environ 1 million de francs. Elle est due principalement au changement de l'unité de facturation (10 minutes actuellement, 5 minutes selon les nouvelles dispositions).

Pour les EMS, la diminution de la contribution des assureurs-maladie est plus difficile à évaluer. Elle pourrait atteindre quelques millions de francs. Cette diminution résulte de la conversion des points BESA (outil d'évaluation des soins requis des résidents en EMS) en minutes servant à déterminer les contributions AOS. Avec les nouvelles dispositions fédérales, on passera des 4 niveaux actuels de « lourdeur des soins » à 12. Cette diminution de la contribution AOS doit cependant encore être confirmée. De nouvelles simulations, plus précises, pourront être effectuées dès que le nouveau catalogue d'évaluation des prestations BESA sera publié, en principe en fin d'année.

La participation des assurés aux coûts des soins aura également une incidence financière sur les prestations complémentaires à l'AVS. Selon une première estimation, 900 personnes, soit un tiers des résidents des EMS valaisans, bénéficient des prestations complémentaires (PC). Une participation des résidents aux soins à hauteur de 5% de la contribution AOS impliquerait, par exemple, un coût supplémentaire à la charge des PC d'environ fr. 800'000.--

répartis à raison de 63% à la charge du canton et de 37% à la charge des communes. Pour une participation financière des résidents de 15%, ce montant s'élèverait à environ 2.5 millions de francs.

Par ailleurs, selon l'interprétation de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, les allocations pour impotents (API) versées aux personnes âgées ne contribuent pas directement au financement des soins. Les soins, tels que définis dans la législation fédérale, doivent être pris en charge par les assureurs-maladie (contribution AOS), les assurés (participation des assurés) et les pouvoirs publics (contribution résiduelle des pouvoirs publics). Cependant, il ne semble pas exclu de facturer, en complément du prix de pension, le montant correspondant à l'allocation pour impotent à son bénéficiaire s'il est pris en charge dans un EMS afin de couvrir les frais d'encadrement liés à l'impotence (et non pas pour le financement des soins au sens de la LAMal).

6. Mise en vigueur

La mise en vigueur du nouveau régime fédéral de financement des soins a été fixée par le Conseil fédéral au 1^{er} juillet 2010. La loi fédérale prévoit néanmoins deux dispositions transitoires.

La première vise à garantir une certaine neutralité sur l'ensemble des coûts des soins à la charge de l'AOS au niveau suisse. Si tel n'est pas le cas, le Conseil fédéral devrait procéder à une adaptation a posteriori. Selon les premières estimations, la part des assureurs-maladie pourrait diminuer dans plusieurs cantons, dont le Valais.

La seconde disposition transitoire laisse la possibilité aux gouvernements cantonaux d'aligner les tarifs et les structures tarifaires en vigueur avant le 1^{er} juillet 2010 sur les contributions AOS durant une période de 3 ans. Selon l'Office fédéral de la santé publique « Le but du législateur était de permettre aux cantons pour lesquels il existe une grande différence entre les tarifs cantonaux et les montants prévus pour l'ensemble de la Suisse de procéder à une adaptation progressive. » Cette disposition permettrait au canton et aux communes de maintenir le cadre budgétaire 2010 et d'adapter en conséquence les budgets des années suivantes.

7. Conclusion

Pour l'essentiel, l'avant-projet de décret qui vous est soumis:

- permet de répondre, à court terme, dans l'attente d'une loi spécifique sur les soins de longue durée aux défis majeurs que constitue l'augmentation des besoins en soins due au vieillissement de la population;
- permet d'adapter la législation valaisanne aux exigences de la nouvelle législation fédérale qui seront applicables dès le 1^{er} juillet 2010;
- précise et consolide les bases légales cantonales actuelles pour éviter que l'application des nouvelles dispositions fédérales, dont les incidences sont difficiles à évaluer à ce stade, ne conduise à remettre en cause la politique valaisanne des soins de longue durée développée ces dernières années qu'il s'agit de renforcer encore;

- permet de garantir une continuité dans la qualité des prestations des différents intervenants en répondant au mieux aux souhaits des personnes nécessitant des soins de longue durée à commencer par celui de vivre le plus longtemps possible à domicile;
- confirme l'équilibre actuel entre des structures de proximité et une coordination cantonale;
- permettra d'organiser, sur des bases plus claires, les débats à venir, dans le cadre du projet RPT II, sur les deux prochains projets de lois qui seront soumis au Grand Conseil en application des nouvelles dispositions de la LAMal, à savoir:
 - la loi sur le financement des soins de longue durée ainsi que
 - la loi sur le financement hospitalier.

Dans toute la mesure du possible, ces deux textes légaux devraient pouvoir entrer en vigueur en même temps, le 1^{er} janvier 2012.

Pour ces raisons, nous espérons que l'avant-projet de décret qui vous est soumis sera accueilli favorablement.

* * * * *