



**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi sur le financement des établissements médico-
sociaux (LFinEMS)**

(Du 21 mai 2010)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

RESUME

Le système de financement des EMS défini dans la Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA) est de moins en moins adapté à la situation actuelle. Nous observons aujourd'hui des prix de pension très divers sans que l'on puisse relier ces différences à des prestations particulières. En outre, la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée change en profondeur les principes de rémunération des prestations de soins dans les EMS. Enfin, la révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires réalisée dans le cadre de la réforme de la péréquation fédérale a aussi modifié les principes régissant l'aide financière aux personnes dans l'incapacité de régler la totalité de leur séjour en EMS.

Fort de ces constats, le Conseil d'Etat estime qu'il est nécessaire d'abroger la LESPA et de la remplacer par une nouvelle loi. Il propose un mode de financement des EMS axé sur la rémunération des prestations plutôt que sur la reconnaissance des coûts des institutions.

Le premier élément de ce nouveau modèle de financement concerne la séparation entre les EMS LESPA et les EMS privés qui est abandonnée au profit d'une différenciation entre des institutions reconnues d'utilité publique ou non, ceci indépendamment de leur statut juridique (à but idéal ou à but lucratif). En l'occurrence, les EMS non reconnus d'utilité publique seront libres de fixer leurs prix, mais ne pourront accueillir que des personnes ayant des ressources financières suffisantes, car le prix de pension reconnu dans le cadre des prestations complémentaires ne pourra dépasser le tarif d'hébergement défini par le Conseil d'Etat et couvrant les frais socio-hôtelières minimaux.

Pour avoir accès au financement public, pour eux-mêmes ou pour leurs résidents, les EMS devront obtenir une reconnaissance d'utilité publique en signant un contrat de prestations avec l'Etat. Au travers de cette relation partenariale, ils entreront alors dans un nouveau modèle de financement dont les grands principes peuvent être décrits comme suit.

En plus des prestations de soins facturées aux assureurs-maladie, aux tarifs fixés par le Conseil fédéral, l'EMS devra facturer à tous ses résidents un prix de pension fixé par le Conseil d'Etat. Ce prix sera composé d'un tarif identique pour tous les EMS couvrant les prestations socio-hôtelières, d'un tarif journalier LAMal lié au degré du besoin en soins du résident et couvrant la participation aux coûts non couverts par l'assurance-maladie (20% du tarif maximal) et enfin d'un loyer variable d'une institution à l'autre et calculé sur la

base de la valeur intrinsèque reconnue de l'infrastructure. L'EMS pourra également être financé pour des prestations particulières réalisées à la demande de l'Etat.

L'EMS établira une facture à l'intention du résident en fonction de la capacité financière de ce dernier, déterminée par le calcul des prestations complémentaires. Il recevra le solde du financement à titre de subvention de l'Etat, soit la différence entre la facture au résident et le prix de pension fixé par le Conseil d'Etat.

La modification du mode de financement des EMS n'aura pas de conséquence financière pour l'Etat car il s'agit d'un changement du mode d'allocation des ressources s'inscrivant dans le cadre de la réforme des structures de l'Etat.

Globalement, le changement du mode de financement doit être financièrement neutre pour l'Etat lors de l'introduction de la LFinEMS. Pour respecter cette volonté, les différents tarifs devront être calculés de manière à redistribuer les ressources existantes entre les EMS.

Ce principe de neutralité ne prend pas en compte les conséquences de la prochaine mise en vigueur de la révision de la LAMal qui devrait se traduire par une augmentation nette de 10 millions de francs pour l'Etat, conséquente à des baisses de 0,6 million pour les assureurs, respectivement de 9,4 millions pour les résidents. Ce transfert de charges entre l'Etat, les assureurs et les résidents est indépendant de la présente loi.

Il est possible que l'application abrupte des principes décrits dans la LFinEMS place temporairement certains EMS dans des difficultés financières. Des mesures transitoires s'étendant sur une durée de trois ans (exceptionnellement cinq) peuvent être prises par le Conseil d'Etat, pour atténuer les effets de l'introduction de la LFinEMS et donner le temps aux institutions de s'adapter.

En parallèle à la mise en vigueur de la LFinEMS, il est prévu de modifier la loi de santé afin de donner au Conseil d'Etat la compétence de régler le financement résiduel du coût des soins de longue durée prodigués par les fournisseurs de prestations ambulatoires, ainsi que le financement des soins aigus et de transition. Cette compétence concerne notamment les services d'aide et de soins à domicile, les infirmières indépendantes, les foyers de jours et/ou de nuit.

En conclusion, le nouveau mode de financement des EMS sera plus équitable pour les personnes hébergées et permettra une optimisation des ressources financières investies par l'assurance obligatoire des soins et par les pouvoirs publics dans ce secteur. Le modèle favorisera et valorisera la bonne gestion et la responsabilité des dirigeants des institutions tout en garantissant la qualité de la prise en charge des personnes âgées et en assurant la pérennité des infrastructures.

1. INTRODUCTION

Dès le début de la décennie, et en accord avec la planification sanitaire de 1999, le Conseil d'Etat a mis la priorité sur les réformes institutionnelles dans le secteur des hôpitaux, de la psychiatrie et des soins à domicile. Suivant cette stratégie, il a profondément changé le paysage des institutions sanitaires neuchâteloises. En effet, la création d'Hôpital neuchâtelois, puis de NOMAD et enfin du CNP a réduit le nombre d'institutions partenaires, les relations entre l'Etat et ces institutions ont été clarifiées, les systèmes de gouvernance ont été changés.

Dans ce contexte de grandes réformes, la question des établissements pour personnes âgées s'est également posée. Toutefois, il n'a jamais été question pour le Conseil d'Etat d'appliquer dans ce secteur les mêmes principes de centralisation que dans le cas des trois établissements de droit public, car la problématique et les enjeux sont différents. S'agissant des établissements pour personnes âgées, les principales difficultés sont liées à la cohabitation sur la même base légale des institutions subventionnées avec des institutions qui ne le sont pas, ainsi que des structures à but idéal avec des structures à but lucratif.

Le domaine des EMS est d'une extrême complexité. Il faut savoir que les EMS du canton de Neuchâtel n'appartiennent pas aux collectivités publiques, ni cantonales, ni communales (excepté les pavillons géronto-psychiatriques de Perreux qui ont aujourd'hui quitté le giron de l'Etat pour rejoindre le CNP).

Dans son programme de législature pour les années 2005 à 2009, le Conseil d'Etat a marqué son intention "d'étudier le passage à un mode de financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la couverture de déficit dans le domaine des homes pour personnes âgées". Cette volonté est aujourd'hui réaffirmée et même étendue puisque, dans son programme de législature 2010-2013, l'exécutif cantonal prévoit de "prendre en compte la réforme fédérale du financement des soins de longue durée en introduisant notamment un financement à la prestation dans les EMS".

Au travers de cet objectif, le Conseil d'Etat est désireux d'adapter son système de gouvernance à la complexité du monde actuel. Il s'agit en l'occurrence de quitter le rôle d'un Etat fournisseur de prestations pour s'orienter vers celui de régulateur et de garant de la qualité et de l'accès aux soins.

La nécessité de ce changement de rôle est d'autant plus aiguë que les conditions cadres posées au niveau fédéral ont changé. Il s'agit principalement du dé plafonnement des prestations complémentaires dans les homes, de leur financement par le canton seul, et de la révision partielle de la LAMal relative au financement des soins de longue durée.

Le travail commencé durant la deuxième partie de la précédente législature en collaboration avec les EMS s'est traduit par un projet de loi sur le financement des EMS qui est détaillé ci-après. Le Conseil d'Etat s'est saisi de cette opportunité pour adapter la législation cantonale aux modifications de la LAMal relative au financement des soins de longue durée touchant d'autres fournisseurs de prestations que les EMS.

2. RAPPEL HISTORIQUE

La loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA), entrée en vigueur le 21 mars 1972, a pour buts d'assurer l'équipement du canton en établissements spécialisés pour personnes âgées et de procurer aux établissements spécialisés pour personnes âgées déployant une activité sur le territoire neuchâtelois ou s'occupant de personnes âgées domiciliées dans le canton, les moyens financiers et les installations techniques indispensables à l'accomplissement de leurs tâches. Il s'agissait également de contribuer, si besoin est, à l'équipement hors du canton en établissements spécialisés pour personnes âgées domiciliées dans le canton.

Depuis 1972, notre canton a connu une importante augmentation du nombre de lits dans les institutions tant privées que publiques. Les personnes âgées ont pu, quelle qu'ait été leur situation financière, avoir accès à l'institution de leur choix grâce à des aides financières directes des pouvoirs publics octroyées sous la forme de réductions de prix de pension.

Outre ces réductions pour les résidents, les moyens d'action prévus par la loi ont consisté, jusqu'en 1995, en l'octroi de subsides d'exploitation et de subventions à la construction aux institutions reconnues d'utilité publique.

Depuis 2000, des changements importants ont eu lieu. Le premier s'est déroulé en 2004, année de l'entrée en vigueur du 2ème volet du désenchevêtrement des tâches entre l'État et les communes (CODETA). Dès cet exercice, les subsides d'exploitation et la participation publique à la réduction des prix de pension ont été entièrement pris en charge par l'Etat et non plus partagés avec les communes comme précédemment. Considérant l'application du principe de caisse dans la comptabilité étatique les subventions 2004 ont été comptabilisées en 2005 dans les comptes de l'Etat.

Ce principe de caisse ayant été aboli en 2006 et remplacé par le principe d'échéance, les subventions effectives de l'année 2005 et les subventions estimées de l'année 2006 ont toutes deux été enregistrées dans les comptes de l'Etat 2006. Les dépenses dans le domaine des établissements pour personnes âgées se répartissaient jusqu'à fin 2007 entre les subsides d'exploitation versés aux institutions reconnues d'utilité publique et les aides individuelles accordées aux résidents dont les ressources financières (y compris les prestations complémentaires à l'AVS/AI) étaient insuffisantes pour payer leurs frais de pension en établissements.

L'entrée en vigueur de la RPT (nouvelle répartition des tâches et nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons) au 1er janvier 2008 a eu deux conséquences importantes dans le régime des prestations complémentaires AVS/AI. D'une part le montant mensuel n'est plus plafonné et d'autre part c'est au canton seul qu'il revient de financer l'entier des prestations payées lors de séjours en home, alors qu'auparavant ces dépenses étaient partagées entre la Confédération et le canton.

Depuis le 1er janvier 2008, les tarifs des EMS reconnus comme dépense dans le régime des prestations complémentaires sont fixés par le Conseil d'Etat, ceci afin d'éviter toute inflation des prix. Cette reconnaissance par le Conseil d'Etat s'est fondée sur les tarifs historiques des institutions, lesquels ont été gelés depuis 2005 dans le régime LESPAs.

Compte tenu de ce qui précède, seuls les subsides d'exploitation octroyés aux homes LESPAs subsistent aujourd'hui dans le cadre de ladite loi. En effet, les aides individuelles LESPAs (prix de pension réduits) qui complétaient les prestations complémentaires jusqu'au 31 décembre 2007 ont été supprimées au 1er janvier 2008.

3. CONTEXTE

La communauté des établissements pour personnes âgées (EMS) est composée de fondations reconnues d'utilité publique (homes LESPAs) et d'établissements privés (fondations non reconnues d'utilité publique et établissements à but lucratif).

Aujourd'hui, les prix de pension varient de manière importante. Cela s'explique par le fait que les dispositions de la LESPAs se fondent sur la reconnaissance des coûts de chaque institution pour déterminer les tarifs propres à chacune d'entre elles. Or les dispositions légales laissent une certaine marge d'appréciation pour la reconnaissance des coûts d'exploitation et d'investissements (en raison par exemple du nombre et du niveau de formation des collaboratrices et des collaborateurs, des conditions générales de travail ou encore du coût des infrastructures).

Or, il n'y a pas de raison qu'une même prestation ne soit pas rémunérée par les pouvoirs publics au même tarif dans tout le canton. Une réforme du système est donc nécessaire. Le Conseil d'Etat en est conscient depuis plusieurs années et a d'ailleurs inscrit ce point dans son programme de législature 2005-2009. Il souhaite le passage à un financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la reconnaissance des coûts et la couverture du déficit des homes LESPA, comme c'est le cas actuellement.

Un grand nombre de personnes hébergées en institutions n'est pas en mesure de payer le prix de pension demandé. L'Etat comble dans la majorité des cas ces lacunes de financement. Plus de 70% des résidents reçoivent des prestations complémentaires versées par la Caisse cantonale de compensation.

L'adoption de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins le 13 juin 2008 par les Chambres fédérales, ainsi que les modalités d'application, jouent également un rôle important dans la réforme du financement des soins dans notre canton.

Le projet de loi concerne les établissements de santé qui hébergent des personnes nécessitant des soins de longue durée ou qui accueillent des personnes pour des courts séjours, et qui ont une autorisation d'exploiter au sens de la loi de santé (LS) et du Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), soit les homes et les homes médicalisés. Les modifications touchent le domaine des prestations complémentaires versées aux bénéficiaires hébergés dans ces établissements, ainsi que le financement des infrastructures reconnues dans la planification sanitaire.

Par extension, le présent projet s'étend aux fournisseurs ambulatoires de prestations de soins de longue durée de manière à rendre la législation cantonale compatible avec le droit fédéral.

3.1. État de la planification cantonale

Les chiffres-clés du dispositif cantonal relatif aux EMS sont présentés ci-après. Il y est question de la population hébergée, des effectifs du personnel, ainsi que de la structure des charges et des recettes des EMS.

Nombre d'institutions et de lits, par catégorie, en 2009

Ce tableau présente la répartition (au 31 décembre 2009) des lits selon le type d'institution (home, home médicalisé, home médicalisé psychiatrique ou home d'accueil temporaire) et la raison sociale des établissements.

Statut juridique	But idéal LESPA		But idéal		But lucratif		Totaux	
	NB homes	NB lits	NB homes	NB lits	NB homes	NB lits	NB homes	NB lits
Homes	6	161	0	0	7	87	13	248
Homes Médicalisés	11	933	9	260	20	639	40	1832
Homes d'accueil temporaire	1	39	0	0	0	0	1	39
Homes médicalisés psychiatriques	5	148	1	31	0	0	6	179
TOTAUX	23	1281	10	291	27	726	60	2298

Source: autorisations d'exploiter délivrées par le Département de la santé et des affaires sociales

Définitions: les homes LESPA sont des homes (fondations ou associations) reconnus d'utilité publique au sens de la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées; les homes à but idéal sont des fondations non reconnues d'utilité publique par la LESPA; les homes à but lucratif sont essentiellement des sociétés anonymes ou des raisons individuelles.

Population neuchâteloise en janvier 2010

En janvier 2010, le canton compte 172.306 habitants, dont 30.031 de 65 ans et plus et 9229 de 80 ans et plus. Par district, le détail est le suivant.

District	Population totale	Population âgée de 65 ans et plus	Population âgée de 80 ans et plus
Neuchâtel	52.590	8921	2742
Boudry	38.764	6685	1884
Val-de-Travers	12.052	2448	777
Val-de-Ruz	15.823	2104	578
Le Locle	14.205	2780	909
La Chaux-de-Fonds	38.872	7093	2339
TOTAUX	172.306	30.031	9229

Source: base de données personnes de l'Office cantonal de la statistique

Répartition des lits dans les districts

Dans ce tableau, les chiffres sont présentés en nombre de lits par 1'000 habitants, pour la population âgée de 80 ans et plus et pour la population âgée de 65 ans plus.

Nombre de lits par 1000 habitants	Homes et homes médicalisés de long séjour uniquement		Tous les homes (y compris accueil temporaire et psychiatrie)	
	Pop. > 80 ans	Pop > 65 ans	Pop. > 80 ans	Pop > 65 ans
District				
Neuchâtel	179.1	55.0	205.3	63.1
Boudry	250.5	70.6	290.9	82.0
Val-de-Travers	306.3	97.2	346.2	109.9
Val-de-Ruz	410.0	112.6	410.0	112.6
Le Locle	349.8	114.4	349.8	114.4
La Chaux-de-Fonds	138.5	45.7	155.2	51.2
TOTAUX	225.4	69.3	249.0	76.5

L'offre en lits varie fortement selon la région, passant du simple au triple entre la Chaux-de-Fonds et le Val-de-Ruz, si l'on regarde la capacité d'hébergement en homes et homes médicalisés par rapport à la population de 80 ans et plus.

Clientèle accueillie dans les EMS en 2007 (derniers chiffres disponibles)

Les tableaux ci-après présentent la population hébergée dans les institutions pendant l'année 2007. Il s'agit des chiffres disponibles les plus récents issus de la statistique fédérale.

Le premier tableau concerne les personnes sorties ou décédées en 2007. L'âge moyen est calculé au 31 décembre de l'année d'entrée en EMS, respectivement au 31 décembre 2007 (bien que les personnes soient sorties ou décédées en cours d'année). La durée de séjour est calculée en mois.

Année 2007	Population	Homes et homes médicalisés	Accueil temporaire	Psychiatrie
Nb de résidents	Femmes	713	165	16
	Hommes	332	43	21
	Total	1045	208	37
Age moyen à l'entrée	Femmes	83.6	83.4	54.4
	Hommes	81.2	82.3	59.6
	Tous	82.9	83.2	57.3
Age moyen à la sortie	Femmes	85.7	83.6	61.9
	Hommes	83.0	82.4	63.8
	Tous	84.8	83.4	63.0
Durée de séjour en mois	Femmes	24.9	2.0	90.2
	Hommes	21.7	2.0	49.6
	Tous	23.9	2.0	67.2
Nb de journées en 2007	Femmes	82.095	7268	1924
	Hommes	35.226	2110	2937
	Tous	117.321	9378	4861

Source: Statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'Office fédéral de la statistique

On relève que la durée moyenne de séjour en accueil temporaire est de deux mois, tant pour les femmes que pour les hommes. Elle est en moyenne de 2 ans en long séjour, avec cependant un écart supérieur à trois mois entre les femmes et les hommes. En psychiatrie, la différence entre hommes et femmes est encore plus marquée (> 3 ans), la moyenne se situant aux environs de 5 ans et demi.

Le second tableau concerne les résidents présents dans les institutions au 31 décembre 2007.

31 décembre 2007	Population	Homes et homes médicalisés	Accueil temporaire	Psychiatrie
Nb de personnes	Femmes	1533	32	71
	Hommes	479	5	75
	Total	2012	37	146
Age moyen à l'entrée	Femmes	82.1	82.9	53.6
	Hommes	77.5	81.6	48.8
	Tous	81.0	82.8	51.1
Age moyen au 31.12.2007	Femmes	85.1	83.0	59.1
	Hommes	80.5	81.6	54.4
	Tous	84.0	82.8	59.7
Nb de journées en 2007	Femmes	476.910	3216	23.896
	Hommes	141.305	588	24.012
	Tous	618.215	3804	47.908

Source: Statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'Office fédéral de la statistique

En moyenne, les femmes hébergées au 31 décembre 2007 dans les homes et homes médicalisés ont 85 ans et elles sont entrées dans l'institution lorsqu'elles en avaient 82. Les hommes y sont entrés vers 77 ans et demi et ont en moyenne 80 ans et demi au 31 décembre 2007. On relève que l'âge d'entrée moyen est plus élevé en cas d'accueil temporaire qu'en cas de long séjour, hormis en psychiatrie.

En home et home médicalisé, le nombre de résidents sortis ou décédés dans l'année représente 52% du nombre de résidents présents au 31 décembre 2007, ce chiffre tombe à 25% en psychiatrie. Il est de 562% en accueil temporaire.

Tarifs pratiqués dans les EMS en 2010

En 2008, les prestations facturées aux résidents et aux assureurs-maladie couvrent 93% des charges dans les homes et homes médicalisés (les 7% restants sont couverts par les prestations à des tiers, la refacturation des allocations d'impotence perçues par les résidents et les subventions). Ce taux de couverture est de 85% pour le home d'accueil temporaire et de 60% pour les homes psychiatriques.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des tarifs valables en 2010, s'agissant des pensions tout d'abord. Les tarifs mentionnés correspondent aux taxes journalières maximales reconnues par le Conseil d'Etat dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI.

Prix en CHF	Chambre à 1 lit		Chambre à 2 lits		Tarif unique	
	min	Max	min	max	min	max
Homes	159.—	191.—	147.—	176.—	129.—	169.—
Homes médicalisés	145.—	220.—	163.—	195.—	182.—	222.—

Source: données collectées par le Service cantonal de la santé publique

Les tarifs des deux homes médicalisés qui pratiquent des différences selon la catégorie de besoins en soins ne sont pas pris en compte dans le tableau. Le tarif unique du home d'accueil temporaire est de 194.— francs par jour. En psychiatrie, les tarifs s'échelonnent entre 180.— francs et 281.— francs (selon le type de résidents accueillis et selon la reconnaissance LAMal).

La participation des assureurs-maladie est fixée en fonction de l'évaluation des besoins en soins des résidents, selon huit catégories. Seules les catégories 1 à 5 sont remboursées dans les homes.

Prix en CHF	Homes		Homes médicalisés, d'accueil temporaire et de psychiatrie	
	Min	max	min	max
Catégorie 1	10.—	18.50	12.—	18.50
Catégorie 2	17.80	26.—	19.50	26.50
Catégorie 3	25.—	41.—	30.—	37.50
Catégorie 4	36.—	62.—	41.80	53.50
Catégorie 5	49.—	93.—	61.—	79.50
Catégorie 6	49.—	93.—	91.—	117.50
Catégorie 7	49.—	93.—	135.—	181.50
Catégorie 8	49.—	93.—	169.70	224.90

Source: données collectées par le Service cantonal de la santé publique

Tant au niveau des pensions que des prestations de soins, des différences importantes existent entre institutions, entre les tarifs les plus bas et les plus hauts. S'agissant des forfaits de soins, hormis la question des coûts, ces différences proviennent de la qualité des données analytiques produites lors des négociations initiales (très variables à l'époque), et des négociations elles-mêmes. Le résultat des négociations LAMal a donc un impact direct sur les tarifs de pensions, bien que le coût résiduel des prestations de soins et son report sur les tarifs de pension reste indéterminé.

Il importe donc de connaître le coût global des prestations fournies par les institutions, sachant par ailleurs que les homes reconnus LESPAl peuvent bénéficier de subventions à l'exploitation, même si elles ont été très marginales ces dernières années.

Coûts à la journée dans les EMS en 2008

Le tableau ci-dessous présente les fourchettes de coûts dans les institutions neuchâteloises (charges d'exploitation moins les revenus secondaires). Tous les EMS privés sont pris en compte dans ces données qui concernent l'année 2008 (il s'agit des chiffres les plus récents en possession du SCSP). Au niveau de la psychiatrie, seuls les homes LESPAs sont pris en compte.

Coûts en CHF	Coût moyen	Coût le plus bas	Coût le plus haut	Médiane
Homes	195.40	161.30	225.60	204.30
Homes médicalisés	257.70	221.10	296.80	263.90
Accueil temporaire	286.80	-	-	-
Psychiatrie	429.60	392.20	466.40	429.30

Source: données collectées par le Service cantonal de la santé publique

Les écarts dépendent de plusieurs facteurs; les effets les plus importants proviennent de la clientèle accueillie et du fait que la dotation en personnel soignant en dépende directement, mais aussi des conditions de travail (la rémunération du personnel surtout) et de manière plus générale des politiques d'engagement du personnel. On peut également citer la formation (accueil de stagiaires et d'apprentis) et le coût des investissements.

3.2. Autres cantons

Il est intéressant de mettre en perspective certains des chiffres du chapitre précédent avec ceux de nos cantons voisins. Ces données doivent toutefois être interprétées avec précaution en raison du fait que l'éventail d'institutions pris en compte dans chaque canton peut varier et que la qualité des données peut également varier entre les cantons. Cela n'en donne pas moins une base de comparaison intéressante.

Nombre de lits disponibles et taille des institutions en 2008 (dernières données disponibles)

Nombre de lits	pour 1000 ha de 65 ans et plus	par établissement
Neuchâtel	76.2	39.3
Vaud	57.0	46.4
Valais	53.6	62.8
Genève	51.4	67.4
Jura	62.7	63.8
Fribourg	71.2	55.6
Berne	83.2	46.1
Moyenne suisse	72.0	56.9

Source: Statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'Office fédéral de la statistique

L'offre en lits neuchâteloise est donc supérieure à la moyenne suisse, très supérieure à celle des autres cantons romands. Seul le canton de Berne, parmi nos voisins, connaît une offre plus importante.

Nous avons jugé intéressant à ce stade de comparer la taille moyenne des institutions dans ces mêmes cantons. Neuchâtel compte en moyenne des EMS nettement plus petits

que ses voisins. Il est communément admis que la taille idéale pour un EMS est d'une soixantaine de lits.

Coûts des séjours en EMS en 2008 (dernières données disponibles)

Avec la nouvelle statistique de l'OFS, il est possible de mettre en relations les coûts d'exploitation, le nombre d'employés engagés en moyenne à plein temps sur l'année et les journées de résidents, et donc de calculer les coûts à la journée ou le rapport du nombre d'employés par résident accueilli.

Canton	Coût à la journée de résident	Nb d'EPT par résident
Neuchâtel	281.70	0.95
Vaud	262.40	1.01
Valais	230.90	0.92
Genève	359.00	0.96
Jura	261.40	0.91
Fribourg	287.40	1.03
Berne	230.60	0.84
Moyenne suisse	242.30	0.86

Source: statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'Office fédéral de la statistique

En terme de coût, le canton de Neuchâtel est le plus cher après Genève, canton dans lequel le coût de l'immobilier est élevé et qui connaît des conditions de travail avantageuses. Il est comparable avec Fribourg. Ces données doivent toutefois être interprétées avec beaucoup de précautions. En effet, les principes de financement des EMS sont très variables d'un canton à l'autre. A titre d'exemple, dans le canton de Neuchâtel, les frais médicaux (médecins, médicaments, traitements ambulatoires externes, etc.) sont intégrés dans la comptabilité de l'EMS et donc dans le coût à la journée alors que dans la plupart des autres cantons, ces frais sont facturés directement au résident.

En terme de dotation en personnel, notre canton se situe au niveau du Valais et du Jura et en-deçà du canton de Vaud, qui connaissent tous trois des coûts inférieurs.

3.3. Projections démographiques

Le vieillissement de la population est une chose connue, largement traitée ces derniers mois dans diverses études. Pour le canton de Neuchâtel, les scénarii ont été actualisés en 2007. Voici les chiffres les plus plausibles, attendus à l'horizon 2030.

Population résidante par groupes d'âges - Canton de Neuchâtel						
au 31 décembre	2006	2010	2015	2020	2025	2030
0-19 ans	38903	38324	36944	36024	35645	35490
20-39 ans	44599	43456	43568	44078	44747	44136
40-64 ans	56924	58451	58805	58717	57214	55672
65-79 ans	19829	20981	22844	24584	25876	27760
80 ans et +	8767	9190	9709	9889	11358	13105
Total	169022	170401	171869	173292	174841	176164
0-19 ans	23.0%	22.5%	21.5%	20.8%	20.4%	20.1%
20-39 ans	26.4%	25.5%	25.3%	25.4%	25.6%	25.1%
40-64 ans	33.7%	34.3%	34.2%	33.9%	32.7%	31.6%
65-79 ans	11.7%	12.3%	13.3%	14.2%	14.8%	15.8%
80 ans et +	5.2%	5.4%	5.6%	5.7%	6.5%	7.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Source: perspectives de population (2006-2030), Canton de Neuchâtel, août 2007

Selon le scénario ci-dessus, la population âgée de 65 ans et plus représente 16.9% de la population totale cantonale en 2006; cette proportion passera à 19.9% en 2020 et 23.2% en 2030, soit respectivement 5877 et 12.269 personnes de plus qu'en 2006.

Aux mêmes horizons, la population âgée de 80 ans et plus sera plus nombreuse de 1122 personnes (en 2020), respectivement de 4338 personnes (en 2030), par rapport à 2006.

La planification médico-sociale qui est en cours de réalisation dans le canton prend en compte cette réalité. Le défi est de taille, il s'agit ni plus ni moins de pouvoir garantir dans le futur à notre population âgée des prestations de qualité, à un coût supportable par la collectivité.

De manière générale, la durée de vie en bonne santé s'allonge et l'on peut s'attendre à ce que l'âge moyen d'entrée dans une institution augmente en conséquence. Cet âge moyen d'entrée pourra d'ailleurs aussi être reculé par une offre appropriée de prise en charge ambulatoire

3.4. Prestataires ambulatoires

La révision LAMal des soins de longue durée concerne les EMS et les prestataires ambulatoires. Sous cette dénomination sont concernés les services de soins à domicile (NOMAD et services privés) et les infirmières et infirmiers indépendants.

Services de soins à domicile

Quatre services privés de soins à domicile sont autorisés à exploiter dans le canton de Neuchâtel. Deux d'entre eux ont conclu un contrat de prestations avec NOMAD et bénéficient d'aides financières par l'intermédiaire de l'établissement cantonal de droit public; il s'agit des services de garde de malades à domicile de la Croix-Rouge suisse (CRS).

Dès 2011 (données de l'année 2010), tous les fournisseurs de soins à domicile devront être pris en compte par la statistique fédérale. Dans l'intervalle, les données à disposition comprennent que des services publics antérieurement subventionnés par l'Office fédéral des assurances sociales. Les dernières données concernent 2007. Le tableau ci-dessous compare quelques chiffres neuchâtelois à ceux de nos voisins.

Prestations de soins			
Canton	Nombre de clients	Nombre d'heures de prestations	Nombre d'heures par client
Neuchâtel	4630	189.015	40.8
Vaud	18.644	1.118.133	60.0
Valais	5847	249.652	42.7
Genève	10.313	491.303	47.6
Jura	2016	174.927	86.8
Fribourg	4526	224.850	49.7
Berne	23.849	1.202.618	50.4
Moyenne suisse	156.312	7.501.000	48.0

Prestations d'aide			
Canton	Nombre de clients	Nombre d'heures de prestations	Nombre d'heures par client
Neuchâtel	2888	98.228	34.0
Vaud	9032	341.783	37.8
Valais	4563	200.122	43.9
Genève	8732	437.701	50.1
Jura	1808	76.064	42.1
Fribourg	3074	119.660	38.9
Berne	12.472	523.626	42.0
Moyenne suisse	107.528	4.638.375	43.1

Infirmières indépendantes

Dans notre canton, environ quatre-vingts infirmières et infirmiers autorisés à pratiquer à titre indépendant disposent d'un numéro de fournisseur LAMal et peuvent à ce titre facturer leurs prestations aux assureurs-maladie. Une quarantaine d'entre elles fournissent réellement des prestations à charge de la LAMal et entreront dans la statistique fédérale. Nous estimons les prestations de soins fournies par ces prestataires à 20.000 ou 25.000 heures par an.

3.5. Autres prestations

En terme de prestations, outre les soins de longue durée, la nouvelle législation fédérale distingue les soins aigus et de transition, traités par ailleurs dans ce rapport, et l'accueil de jour et de nuit.

Quatre structures, appelées foyers de jour, disposent d'une autorisation d'exploiter et mettent à disposition une trentaine de places d'accueil de jour. Actuellement, les prestations de soins fournies dans ce cadre ne sont pas facturées aux assurances-maladie, ce que les nouvelles dispositions introduites dans la législation fédérale vont faciliter.

4. LIMITES DU SYSTEME ACTUEL

La situation prévalant actuellement n'est pas satisfaisante, ceci pour plusieurs raisons. D'une part, les prix de pension varient fortement d'une institution à l'autre sans que l'on puisse relier ces différences à des prestations particulières. D'autre part, les modes de tarification sont également différents. En effet, certaines institutions facturent un ou

plusieurs suppléments « confort », d'autres ne facturent qu'un prix unique; d'autres pratiquent des prix différents selon l'état de santé du résident, d'autres encore ne facturent aucune prestation en sus du prix de pension et d'autres enfin facturent de nombreuses prestations à l'acte.

Un tel système, dans lequel l'équité entre les résidents n'est pas réalisée, n'est pas compatible avec la nécessité d'une intervention financière des pouvoirs publics, que ce soit par des aides aux résidents (prestations complémentaires), par des aides aux institutions (subventions) ou par les prestations de l'assurance obligatoire des soins (tarifs LAMal).

En outre, la réflexion originale qui a abouti à la création de la LESPA a été menée dans une logique d'institutions à but idéal et reconnues d'utilité publique. Le système actuel est extrêmement normatif et interventionniste ce qui a pour conséquence que de nombreuses décisions d'ordre opérationnel doivent préalablement recevoir l'autorisation des services de l'Etat. Outre le fait que ce modèle n'est pas incitatif à la bonne gestion ni à la responsabilisation des institutions, il est particulièrement peu adapté au monde des EMS à but lucratif. Ces derniers ont été pris en compte dans le cadre LESPA, afin de permettre à l'Etat de répondre au besoin cantonal en lits. Mais l'inadéquation entre le mode de fonctionnement de ces derniers et le cadre édicté par l'autorité de tutelle crée des divergences entre les services de l'Etat chargés de faire appliquer la LESPA et les institutions privées désireuses de conserver une large autonomie de décision. Cette inadéquation se traduit par de fréquents recours contre les décisions administratives.

Enfin, la LESPA a été pensée dans un système fonctionnant selon une logique expansionniste. Il s'agissait alors de gérer l'accroissement de la demande en lits et de canaliser tant que faire se peut l'accroissement des coûts. Aujourd'hui, les contraintes liées aux mécanismes de contrôle des dépenses au niveau cantonal (frein aux dépenses) exercent une pression extrêmement forte sur les subventions octroyées par l'Etat dans le domaine sanitaire. Nous sommes entrés depuis quelques années dans un monde conduit par la logique des moyens et le mode de financement actuel n'est pas adapté à cette réalité. Les autorités sont donc contraintes de piloter le système au travers de mesures d'exception. En effet, les tarifs LAMal étant gelés depuis 2005 (au niveau 2004) sur décision du Parlement fédéral, le Conseil d'Etat a également gelé les prix de pension des EMS. Cette situation exceptionnelle n'est plus supportable pour les EMS qui s'efforcent malgré tout d'assurer des prestations de qualité.

5. MODIFICATION DES CONDITIONS CADRES

La volonté du Conseil d'Etat de modifier le mode de financement des établissements pour personnes âgées et d'adapter la législation cantonale relative aux fournisseurs ambulatoires de prestations de soins de longue durée est confortée par deux changements majeurs intervenus dans le contexte fédéral. Il s'agit d'une part de la révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) et d'autre part de la révision LAMal relative au financement des soins de longue durée.

Ces deux objets méritent une attention particulière, car ils ont un fort impact sur l'organisation cantonale en matière de prise en charge des personnes âgées.

5.1. Révision de la loi fédérale sur les PC (LPC)

Jusqu'au 31 décembre 2007, les prestations complémentaires pour les personnes placées en établissement étaient financées par la Confédération et par le canton, ceci

jusqu'à un montant défini (plafonnement des PC). Lorsque la contribution octroyée dans ce cadre se révélait insuffisante pour financer les dépenses liées à leur séjour en institution, les résidents des EMS pouvaient demander la prise en charge de l'excédent, dans le cadre du budget cantonal, par le biais de la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA).

La révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, réalisée dans le cadre de la RPT et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, a transféré aux cantons l'intégralité du financement des PC des personnes hébergées en institution. En plus du transfert du financement aux cantons, les PC pour les personnes en EMS ont été déplafonnées ce qui a rendu obsolète la part de financement imputée à la LESPA.

Pour éviter une majoration sans limite des prix de pension, le canton use de sa compétence pour fixer les taxes journalières. Depuis le 1^{er} janvier 2008, les prix de pension pris en compte par les PC dans tous les EMS sont fixés par le Conseil d'Etat par voie réglementaire.

5.2. Révision de la LAMal

Les Chambres fédérales ont adopté, le 13 juin 2008, la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée. Il s'agissait de régler une situation insatisfaisante qui durait depuis l'introduction de la LAMal, à savoir que l'assurance obligatoire des soins n'a jamais été en mesure d'assumer son obligation de financer l'intégralité des coûts des soins dans les EMS et les services de soins à domicile. Cette volonté initiale introduite dans la LAMal n'étant pas applicable sans générer une explosion des coûts à charge de l'assurance-maladie et donc des primes, les tarifs des EMS ont été gelés depuis 2004 dans l'attente de nouvelles règles dans le domaine des soins de longue durée.

C'est aujourd'hui chose faite et, par le nouveau régime de financement des soins dans les EMS, la Confédération a décidé que l'assurance-maladie obligatoire des soins devrait à l'avenir verser une contribution en francs fixée par le Conseil fédéral et qui varie en fonction du besoin en soins des résidents. Ces montants ne couvrant pas l'entier des coûts dans les EMS, la question du financement du solde s'est posée. Les Chambres fédérales ont donc décidé que les résidents pourraient être mis financièrement à contribution, mais au maximum à hauteur du 20% de la contribution la plus élevée (classe de soins 12). Enfin, selon la LAMal révisée, les cantons sont responsables du financement résiduel. Compte tenu de la date d'entrée en vigueur du financement des soins initialement prévue au 1^{er} juillet 2010, les cantons ont été invités à élaborer, aussi rapidement que possible, les dispositions d'exécution cantonales nécessaires. Le Conseil fédéral a toutefois donné un peu plus de temps aux cantons pour adapter leurs bases légales puisqu'il a décidé de repousser l'entrée en vigueur et de la fixer définitivement au 1^{er} janvier 2011.

Enfin, le législateur fédéral a créé une nouvelle catégorie de séjour sous l'intitulé "soins aigus et de transition". Il s'agit en l'occurrence de traiter selon les dispositions légales sur le financement hospitalier les deux semaines suivant une hospitalisation. Cela signifie que les coûts des soins durant les 14 jours qui suivent un séjour hospitalier sont partagés à raison de 45% à charge de l'AOS et de 55% à charge du canton, ce pour autant que le besoin en soins aigus et de transition ait été évalué selon des critères uniformes et que le séjour ait été prescrit par un médecin de l'hôpital.

6. OBJECTIFS

Fort de ces constats, le Conseil d'Etat a manifesté sa volonté de modifier le système de financement des EMS et plus largement du financement public dans le secteur des soins de longue durée. Ces changements devant s'inscrire dans le contexte de la réforme de l'Etat et du redressement des finances.

6.1. Financement des prestataires de soins de longue durée

Les objectifs du projet de loi sont les suivants.

Le nouveau mode de financement des EMS doit:

1. être plus équitable pour les personnes hébergées;
2. permettre une optimisation de l'allocation des ressources financières investies par l'assurance obligatoire des soins et par les pouvoirs publics;
3. inciter à la bonne gestion et à la responsabilité des dirigeants des institutions;
4. promouvoir la qualité des prestations et plus globalement de la prise en charge;
5. assurer la pérennité des infrastructures pour les personnes âgées.

A noter que ces trois derniers objectifs étaient déjà ceux de la LESPA.

Il s'agira également de veiller à ne pas prêter les résidents qui n'ont aujourd'hui pas recours à l'aide de l'État.

Le nouveau mode de financement doit s'inscrire dans une neutralité des coûts pour l'État lors de son introduction.

Enfin, lors du passage de l'ancien mode de financement au nouveau, les conditions cadres doivent être définies de manière à éviter la fermeture d'établissements pour des raisons financières (faillites). Un plan d'introduction doit être mis en place pour laisser aux établissements en difficulté un temps minimum pour s'adapter aux nouvelles conditions (restructuration, fusion, fermeture, etc.).

Parallèlement, le Conseil d'Etat s'est donné comme objectif d'adapter les bases légales cantonales aux modifications de la LAMal s'agissant des prestataires de soins que sont les services d'aides et de soins à domicile et les infirmières indépendantes. Selon le nouveau droit fédéral, les cantons doivent régler le financement résiduel des prestations livrées par ces fournisseurs.

6.2. Réforme de l'Etat et redressement des finances

Le Conseil d'Etat s'est fixé comme objectif stratégique de législature de redresser les finances cantonales et entend, pour y parvenir, réformer ses structures ainsi que ses relations avec les structures paraétatiques. Le présent projet s'inscrit dans le sens de cette réforme des structures.

La modification du mode de financement des EMS ne génère pas d'économie en tant que telle, car il s'agit de mettre en place un système d'allocation des ressources et non d'allouer ces ressources. Le Conseil d'Etat veut se doter d'un instrument de pilotage financier moderne et performant. Il s'agit en particulier de passer de l'ancien système de couverture des déficits à un système permettant une bonne prévisibilité des charges pour l'Etat, soit le contrat de prestations. Il s'agit également d'améliorer l'équité du financement, en reconnaissant les mêmes éléments de base pour tous les EMS et les

prestations particulières fournies par chacun en plus. Ceci entre parfaitement dans la vision du Conseil d'Etat concernant la réforme de l'Etat.

L'utilisation parcimonieuse des ressources dans le domaine des EMS est un objectif prioritaire. Il nécessite cependant une vision globale et une parfaite organisation du réseau. Il s'agit en effet d'abord de définir les besoins, soit le nombre de lits nécessaires dans notre canton pour pouvoir prendre en charge les personnes âgées dépendantes, et de mettre en place les outils permettant de maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible. Cela signifie probablement une réduction des lits, une augmentation et une diversification de l'offre de soins à domicile et de structures d'accueil intermédiaires. Le Conseil d'Etat conduit en parallèle une réflexion relative à un concept de maintien à domicile. Une étude a été réalisée. Elle est actuellement analysée par le Service de la santé publique. Un projet de planification médico-sociale pour les personnes âgées doit être soumis au Grand Conseil en 2010.

7. DEMARCHE

Pour proposer une solution qui réponde à ces objectifs, des études ont été conduites conjointement par le DSAS et le DEC. Les principales associations d'établissements pour personnes âgées y ont été associées: il s'agit de l'Association neuchâteloise des institutions privées pour personnes âgées (ANIPPA) et de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA). L'Association neuchâteloise des directeurs d'établissements médico-sociaux privés (ANEDEP) n'a quant à elle pas été invitée dans les phases préparatoires, car le Conseil d'Etat a estimé que les EMS privés étaient légitimement et suffisamment représentés par l'ANIPPA.

Les travaux qui ont débuté en mai 2008 se sont déroulés dans une ambiance sereine et constructive. La première étape a consisté à définir un certain nombre de principes généraux devant prévaloir dans le nouveau régime de financement. Les résultats des discussions sont décrits dans le chapitre suivant.

De ces principes généraux, le nouveau modèle de financement a été construit en parallèle avec le projet de modification de loi. Ces documents ont été mis en consultation en mai 2009 auprès des milieux concernés et des partis politiques. L'accueil a été globalement positif. La très grande majorité des organismes qui ont répondu ont manifesté leur soutien au projet du Conseil d'Etat. Seuls deux partis se sont montrés réticents: les Verts ont estimé qu'une révision législative globale en matière de vieillissement s'avérerait nécessaire et le POP a émis des réserves quant au principe même du financement par prestations. Une synthèse de la consultation a été réalisée et est consultable sur le site Internet du Service cantonal de la santé publique.

Le Conseil d'Etat a adapté son rapport et son projet de loi en tenant compte de la plupart des remarques et des propositions recueillies lors de la consultation.

Le Conseil de santé a été saisi du dossier en mars 2010, conformément aux dispositions de la loi de santé, et a émis un préavis positif. Quelques demandes émises par le Conseil ont été retenues et apportées au rapport.

8. PRINCIPES GENERAUX

Les principes suivants ont été élaborés en partenariat avec des représentants des principales associations d'EMS. Ils constituent l'ossature du projet de loi présenté. La plupart des propositions résultent d'une convergence de points de vue entre les partenaires. Certaines options n'ont toutefois pu résulter d'un consensus, aussi les divergences sont résumées en fin de chapitre.

8.1. Prix de pension normatif

Situation actuelle: les EMS pratiquent une politique de prix tenant compte de leurs charges et de leurs recettes. Parmi ces dernières, rappelons que les tarifs négociés avec les assureurs varient d'une institution à l'autre pour une même lourdeur de prise en charge.

S'agissant des EMS LESPAs, les prix de pension doivent être validés par l'Etat. Dans les EMS privés, l'Etat n'intervient que sur les prix de pension appliqués aux bénéficiaires de prestations complémentaires. Le système actuel a fait apparaître une grande disparité dans les tarifs pratiqués par les EMS.

Analyse: la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée, couplée à la volonté du Conseil d'Etat d'introduire un financement par prestations dans les EMS, crée une opportunité pour repenser le système. Il s'agit de définir une grille de tarifs normatifs basée sur le principe suivant: une même prestation doit avoir le même prix quel que soit le fournisseur. Le modèle doit également tenir compte du fait que les résidents seront appelés à contribuer aux coûts de soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins.

Solution proposée: les prestations comprises dans le prix de pension doivent être définies de manière identique pour tous les EMS reconnus d'utilité publique (voir annexe I).

Les prix des prestations sont édictés par l'Etat et appliqués à tous les résidents dans tous les EMS du canton. Ces prix doivent être calculés de manière à permettre à un EMS efficient (qui optimise le rapport qualité / économicité) de couvrir ses coûts.

Donc, partant du principe qu'une même prestation en EMS doit avoir un prix identique dans tous les établissements du canton, seules des prestations différentes peuvent justifier des prix différents.

Les points suivants font état de ces différences.

8.2. Définition du périmètre relatif aux institutions

Il s'agit dans un premier temps de définir quelles institutions sont concernées par le nouveau modèle de financement.

8.2.1. Autorisation, reconnaissance et contrat de prestations

Situation actuelle: aujourd'hui, les EMS ont accès à quatre types de reconnaissances ou d'autorisations octroyées selon des législations différentes:

- autorisation d'exploiter selon la loi de santé, respectivement le RASI;

- autorisation de pratiquer à charge de l'AOS selon la LAMal et la liste LAMal;
- reconnaissance pour accueillir des pensionnaires PC selon la loi sur les PC;
- possibilité de recevoir des subventions pour les institutions d'utilité publique selon la LESPAS.

S'agissant de l'autorisation d'exploiter, tous les EMS qui répondent aux exigences légales ont droit à une autorisation d'exploiter. La "reconnaissance LAMal" par contre n'est accordée que pour les lits qui répondent aux besoins selon la planification sanitaire, le Conseil d'Etat ayant le devoir d'en limiter le nombre. Enfin, la "reconnaissance PC" est liée à l'autorisation d'exploiter.

Les autorisations d'exploiter sont attribuées dans certains cas à l'institution (personne morale) et dans d'autres au directeur ou à la directrice de l'EMS (personne physique).

Analyse: les changements intervenus dans le domaine des prestations complémentaires suite à la RPT et dans le domaine du financement des soins en raison des modifications de la LAMal placent l'Etat dans une situation financièrement délicate. Sans modification de la législation actuelle, tous les EMS, qu'ils soient reconnus d'utilité publique ou non, pourraient exiger que l'Etat leur verse des subventions, sans que ce dernier n'ait de réels moyens de pilotage. Or la LAMal révisée confère le mandat au canton de régler le financement des coûts de soins non couverts par l'assurance de base.

Solution proposée: toute institution pour personnes âgées dans laquelle des soins sont prodigués par du personnel engagé doit remplir les critères légaux et obtenir une autorisation d'exploiter octroyée par le Département de la santé et des affaires sociales (DSAS). Cette modalité lui donne la compétence de s'assurer de la qualité des soins dans tous les EMS, reconnus d'utilité publique ou non, par des contrôles sanitaires. Une autorisation d'exploiter ouvre le droit à une reconnaissance par les PC (soit la possibilité pour les pensionnaires d'une institution de bénéficier des prestations complémentaires EMS selon la loi fédérale sur les PC).

Lorsqu'ils répondent aux besoins du canton définis par le Conseil d'Etat, les EMS sont en plus inscrits sur la liste LAMal. Ils peuvent dès lors facturer les prestations de soins aux assureurs-maladie selon les tarifs définis par le Conseil fédéral et aux résidents à hauteur de 20% au maximum du tarif le plus élevé. Ils ont également droit à un financement de la part du canton pour couvrir les coûts résiduels.

Les EMS qui sont au bénéfice d'une autorisation d'exploiter, sans pour autant être reconnus d'utilité publique, peuvent fixer librement leurs prix de pension.

Cette liberté a pour corollaire qu'ils ne peuvent dans les faits héberger que des pensionnaires suffisamment aisés pour subvenir à leurs besoins, car la taxe d'hébergement, fixée par le Conseil d'Etat et reconnue dans le cadre des PC, ne couvre que les frais socio-hôtelières minimaux des résidents. Ces derniers ne pourront donc vraisemblablement pas assumer les factures liées à leurs séjours dans de telles institutions.

Pour les EMS qui désirent entrer dans le système de financement étatique, possibilité leur est offerte de demander une reconnaissance d'utilité publique. Cette dernière est accessible au travers d'un contrat de prestations avec l'Etat dans lequel sont précisées les modalités et les conditions liées à :

- la fixation de prix de pension normatifs couvrant les coûts d'un EMS standard;
- l'accès aux subventions publiques, soit la possibilité d'obtenir une aide financière de l'Etat pour les résidents qui ne peuvent financer leurs séjours et, le cas échéant, de recevoir un financement pour des prestations d'intérêt public.

En principe, les EMS en activité au moment de la mise en vigueur de la nouvelle loi pourront contracter avec l'Etat. Néanmoins, un contrat de prestation est un acte qui se base sur une relation de confiance entre deux partenaires. Si chaque EMS est libre de ne pas entrer dans le financement étatique, le Conseil d'Etat entend pouvoir se laisser la possibilité de ne pas signer de contrat de prestations avec un partenaire, ceci dans le respect des principes du droit public comme l'interdiction d'arbitraire ou l'égalité de traitement.

L'association des homes privés ANIPPA a manifesté un avis divergent sur ce point qui est présenté au chapitre 8.7.

8.2.2. Attribution de l'autorisation d'exploiter et types d'institutions

Situation actuelle: les autorisations d'exploiter sont aujourd'hui octroyées soit à des personnes morales (fondations, SA, etc.) soit à des personnes physiques (raison individuelle). Dans le cas des fondations LESPAs, le département ratifie la nomination de la direction.

A noter également la séparation entre homes (ex-homes simples) et homes médicalisés: les premiers ne sont pas autorisés à accueillir des pensionnaires ayant un degré de besoin en soins supérieur à la classe 5 selon PLAISIR.

Analyse: le changement du mode de financement implique la disparition du traitement différencié entre les institutions LESPAs reconnues d'utilité publique et les institutions "privées". Il s'agit donc d'uniformiser le type de l'autorisation d'exploiter.

D'autre part, s'agissant de la séparation entre homes et homes médicalisés, les principes actuels sont trop rigides. En effet, un home médicalisé peut accueillir toutes les situations et un home (ex-home simple) est limité dans sa capacité d'accueil en lien principalement avec l'existence des barrières architecturales. Or l'accueil de résidents en degré PLAISIR élevé et présentant des troubles psychiques n'est pas prioritairement un problème de barrières architecturales. Il ne devrait donc pas être limité si l'EMS dispose des compétences professionnelles pour y faire face.

Solution proposée: les autorisations d'exploiter sont délivrées par le département à des personnes morales (fondations, associations, SA, Sàrl, établissement de droit public) ou physiques (raison individuelle, société en nom collectif, société en commandite).

L'autorisation d'exploiter implique que l'institution doit être dirigée par une personne répondant aux exigences légales. Le département ratifie la nomination de la personne en charge de la direction d'une institution, dès que celle-ci répond à l'ensemble des conditions RASl et son nom sera indiqué sur l'autorisation.

La différenciation entre home et home médicalisé doit être abandonnée et seule la notion d'EMS doit être retenue. L'autorisation d'exploiter un EMS doit par contre être plus précise s'agissant du type de résident que l'EMS peut accueillir, dans quels secteurs de l'EMS (barrières architecturales). Le contrat de prestations peut prévoir une spécification plus fine de la mission de l'EMS.

8.2.3. Aide financière directe à un EMS à but lucratif

Situation actuelle: seuls les EMS reconnus d'utilité publique (EMS LESPAs) peuvent recevoir des subventions de la part des pouvoirs publics. Les bases légales actuelles donnent la possibilité d'aider financièrement les résidents des institutions non reconnues

d'utilité publique (à but idéal ou à but lucratif), mais ne permettent pas à l'Etat de leur octroyer des aides financières directes.

Aujourd'hui, les prix de pension servent également à couvrir les coûts des prestations qui n'ont qu'un lien indirect avec la prise en charge des résidents (p.ex. formation d'apprentis, accueil de stagiaires, missions particulières, etc.).

Analyse: le nouveau modèle de financement exige une claire séparation entre les prestations comprises dans la pension et les autres prestations. L'Etat doit pouvoir octroyer des aides financières directement à tous les EMS indépendamment de leur statut juridique, afin de pouvoir les solliciter pour la livraison de prestations d'intérêt public.

Solution proposée: tous les EMS du canton contribuent à l'organisation sanitaire cantonale. L'accès à un financement pour des prestations d'intérêt public, ainsi que pour le financement cantonal des frais de soins non couverts par les assureurs et les résidents, est lié à la signature d'un contrat de prestations entre l'EMS et l'Etat. Toutes les institutions, à but idéal ou à but lucratif, doivent être reconnues d'utilité publique s'ils contractent avec l'Etat.

8.2.4. Régulation de l'admission des résidents

Situation actuelle: le placement en EMS se fait sur prescription médicale, mais la marge d'appréciation qui conduit à un tel choix est large. La décision résulte la plupart du temps d'une analyse de l'état de santé de la personne, mais quelquefois ce sont d'autres critères qui prévalent (isolement de la personne âgée, appartements sans ascenseur, etc.).

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène. D'une part, les carences du réseau en infrastructures particulières (appartements adaptés ou protégés, lits en institutions spécialisées, aide et soins à domicile insuffisamment développés, etc.) peuvent conduire à un placement précoce en EMS. D'autre part, une certaine méconnaissance des possibilités de prise en charge dans le réseau fait que les services placeurs trouvent des solutions au cas par cas, en fonction des disponibilités dudit réseau. Enfin, le système de financement actuel pousse les EMS à maximiser leur taux d'occupation, soit à admettre un nouveau pensionnaire dès qu'un lit se libère.

Tous ces éléments ont pour conséquence qu'un certain nombre de personnes sont placées en EMS sans que ce type de prise en charge soit la plus adaptée à leur état de santé du moment. Cela est problématique dans la mesure où une personne âgée qui pourrait rester encore quelques mois à domicile et qui entre dans un EMS occupe ainsi une place qui pourrait se révéler nécessaire à une personne plus dépendante. Cela contribue notamment à entretenir le sentiment de pénurie de places dans les EMS du canton. A titre illustratif, si les admissions en EMS étaient retardées d'un mois en moyenne, une économie de 70 lits pourrait être réalisée dans le canton.

Analyse: la décision d'orienter une personne vers le type de prise en charge le plus adapté (dont l'hébergement en EMS) ne devrait plus être laissée à l'appréciation d'un seul médecin mais doit être prise par un collectif de spécialistes.

La création d'un bureau d'orientation pourrait constituer une réponse à cette problématique. Néanmoins, tant et aussi longtemps que les structures intermédiaires et que la prise en charge à domicile sont insuffisamment développées dans le canton, un tel bureau ne pourrait développer toute son efficacité.

Solution proposée: la création d'un bureau d'orientation sera reprise lors du traitement et de la mise en œuvre du concept de maintien à domicile et de prise en charge des personnes âgées (cf. postulat du groupe radical 06.145: Maintien et soins à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions). Il s'agira alors d'établir une nouvelle planification des lits de longs et de courts séjours et de réguler le flux de patients entre les différents prestataires de soins.

8.2.5. Limitation des bénéfices

Situation actuelle: aujourd'hui les fondations LESPA n'ont pas la possibilité de dégager des bénéfices. Un résultat d'exploitation positif doit être réinvesti dans l'institution, selon les règles actuelles de financement.

Les institutions à but lucratif peuvent par contre distribuer du bénéfice. Ce bénéfice était toutefois limité dans le cadre des aides individuelles LESPA (prix de pension réduits). En effet, les prix de pension étaient fixés en fonction des dépenses des institutions et les subsides LESPA devaient être restitués à l'Etat en cas de bénéfices dépassant les limites fixées.

Analyse: les institutions à but lucratif ont accès à la reconnaissance d'utilité publique et en cela au financement des pouvoirs publics. Cette reconnaissance limite toutefois leur liberté d'action, s'agissant notamment du bénéfice qu'ils retirent de leur activité. Les recettes encaissées par les institutions doivent être utilisées au plus près de leur affectation, pour fournir les prestations attendues, soit par des dépenses d'exploitation, soit par la création de réserves affectées (p.ex. infrastructures). Des garde-fous doivent être mis en place (contrôle de la dotation requise, plan d'investissements et d'entretien, etc.).

Le financement sur la base de prix normatifs ouvre la possibilité de réaliser des bénéfices substantiels pour un EMS qui, tout en respectant le cadre légal, maximiserait sa gestion économique au détriment de la bonne prise en charge des résidents et des conditions de travail de son personnel.

Solution proposée: des normes en matière de revenus pour le propriétaire-exploitant-directeur et ses proches doivent être prévues dans le cadre des contrats de prestations afin d'éviter toute dérive. A noter que le revenu du propriétaire-exploitant-directeur englobe l'ensemble des revenus du propriétaire mais également de ses proches qui sont en relation avec l'activité de l'institution.

Le plafond est fixé par le Conseil d'Etat et tient compte du chiffre d'affaires de l'exploitation. Le surplus doit être réinvesti dans l'EMS et ce dernier doit en amener la preuve.

L'association des homes privés ANIPPA a manifesté un avis divergent sur ce point qui est présenté au chapitre 8.7..

8.3. Définition du périmètre relatif aux résidents et aux séjours

Une fois défini le périmètre lié aux institutions, il s'agit de préciser les questions relatives aux séjours et aux résidents.

8.3.1. Résidents non bénéficiaires de prestations complémentaires

Situation actuelle: les EMS LESPAs n'ont pas la possibilité de pratiquer des tarifs différents d'un résident à l'autre. Cette restriction n'est toutefois pas de mise dans les autres institutions. En effet, s'agissant des EMS non reconnus d'utilité publique, l'Etat ne peut exercer de contrôle que sur les prix de pension des résidents bénéficiant de prestations complémentaires. Dans certains EMS non LESPAs, des différences ont vu le jour dès 2006 suite au gel par l'Etat des tarifs reconnus en 2005. Il en résulte aujourd'hui une diversité de tarifs pratiqués dans certaines institutions entre les résidents qui émargent aux PC et les autres.

Analyse: la situation actuelle n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes et d'inégalités. D'une part, les résidents financièrement autonomes n'ont que peu le choix de l'EMS en raison de la planification sanitaire cantonale qui limite le nombre de lits dans le canton. D'autre part, la mise à contribution plus forte des résidents qui peuvent assumer financièrement leur pension a pour conséquence qu'ils pourraient émarger plus précocement aux PC, donc aux aides de l'Etat. Enfin la création de tarifs différents en fonction de la capacité financière des résidents crée inévitablement des effets de seuil avec leur cortège d'effets pervers connus aujourd'hui déjà.

L'argument fréquemment invoqué pour justifier une déréglementation des tarifs pratiqués envers les pensionnaires non subventionnés est la liberté de commerce. Cette liberté ne peut dans les faits être revendiquée dans le cas de l'hébergement en EMS, car le prétendu "marché" est fortement conduit par les interventions étatiques au travers de la limitation du nombre de lits et de la restriction de concurrence entre les établissements.

Solution proposée: dans un EMS reconnu d'utilité publique, les tarifs issus du nouveau modèle de financement doivent s'appliquer à tous les résidents, qu'ils soient bénéficiaires des prestations complémentaires ou non.

L'association des homes privés ANIPPA a manifesté un avis divergent sur ce point qui est présenté au chapitre 8.7..

8.3.2. Allocations pour impotence

Situation actuelle: en sus du prix de pension de l'institution, les EMS facturent à chaque pensionnaire bénéficiaire d'une allocation pour impotent un montant correspondant aux allocations touchées par ce dernier.

Analyse: la situation actuelle est jugée illégale selon la jurisprudence fédérale, mais est tolérée puisqu'il ne saurait être question que les bénéficiaires s'enrichissent grâce à ces allocations, d'une part, et que le but visé par leurs versements est atteint, toujours selon la jurisprudence d'autre part. Cette pratique est aujourd'hui admissible car les revenus ainsi générés par les EMS abaissent les prix de tous les pensionnaires. La facturation des allocations d'impotence fait partie des recettes générales des institutions et elle bénéficie de fait à tous les résidents.

Toutefois, le financement par prestation n'est plus compatible avec cette pratique puisque le tarif doit s'approcher au plus près des prestations livrées aux résidents. Si le système actuel devait perdurer, les résidents touchant des allocations pour impotents seraient appelés à payer deux fois pour les mêmes prestations; une fois dans le prix de pension et le forfait LAMal, et l'autre fois par le prélèvement de leur allocation.

Solution proposée: la transparence et la nouvelle logique de financement veulent que les prestations spécifiques non LAMal, dont ont besoin les personnes impotentes et qui ne sont pas prises en compte dans les évaluations de la charge en soins, doivent être reconnues et facturées comme telles, ceci indépendamment du fait que la personne soit

ou non au bénéfice d'une allocation. Un système d'évaluation et de validation du degré d'impotence des pensionnaires doit être mis sur pied, afin que puissent être facturées ces prestations non LAMal.

L'allocation pour impotent est un revenu pour le résident qui est pris en compte dans les calculs PC. Les EMS seront responsables d'encourager les pensionnaires impotents pour qu'ils déposent une demande d'allocation.

8.3.3. Facturation hors prix de pension

Situation actuelle: les bénéficiaires de subsides LESPAs ont toujours bénéficié d'une protection tarifaire, ce qui signifie qu'aucun montant ne pouvait leur être facturé en sus du prix de pension réduit (hormis ce qui relevait des dépenses personnelles). S'agissant des bénéficiaires PC, la protection tarifaire a été appliquée en 2008 et 2009 mais, faute de base légale cantonale, elle ne peut plus s'appliquer en 2010.

Certaines institutions seront ainsi tentées de facturer aux résidents bénéficiaires de PC ou à leur famille des montants complémentaires (par exemple la différence entre le prix pratiqué par l'EMS et le prix accepté par les PC).

Analyse: l'abandon du système de la couverture des coûts et la mise en vigueur de prix normatifs augmentera la tentation de facturer des prestations annexes en sus du forfait.

Le nouveau système de financement distingue clairement les prestations et la manière dont elles peuvent être financées, c'est-à-dire par les tarifs PC, par les subventions, par les dépenses personnelles reconnues (argent de poche) ou par les remboursements de frais médicaux pour les bénéficiaires de PC.

Solution proposée: les institutions reconnues d'utilité publique ne doivent pas facturer aux résidents ou à leur famille des prestations déjà comprises dans le prix des pensions (principe de la protection tarifaire), même si ce prix ne couvre pas les coûts de l'EMS.

8.3.4. Spécialisation médicale des institutions

Situation actuelle: la plupart des EMS actuels sont de type "généraliste" (hormis le Temps Présent et les pavillons LESPAs des hôpitaux psychiatriques) et prennent en charge les différentes affections de leurs résidents. Les besoins en soins des résidents sont évalués au moyen de la méthode PLAISIR et les institutions sont financées sur la base de budgets historiques, à hauteur de la preuve de leurs coûts. Ce système de financement reconnaît implicitement la spécificité de certaines institutions qui ont des missions particulières puisque leurs surcoûts sont dans les faits couverts.

Analyse: la planification sanitaire cantonale prévoit des institutions de type généraliste mais également des institutions ou des parties d'institutions (unités) spécialisées dans la prise en charge d'affections particulières. Or un système de financement construit sur la base d'un prix normatif plutôt que sur la reconnaissance des coûts serait inéquitable sans une valorisation financière de telles prestations qui sont spécifiques et onéreuses.

La prise en charge des résidents dans des unités particulières entraîne des surcoûts pour l'institution qui doivent pouvoir être reconnus. Il s'agit toutefois de prestations individuelles (centrées sur un résident) plutôt que de prestations d'intérêt public (à disposition de la collectivité).

Solution proposée: un supplément tarifaire peut être accordé dans le cadre d'une institution ayant une mission spécifique ou d'une unité spécifique d'une institution qui génère des coûts plus élevés (par ex. une unité fermée pour personnes démentes).

8.3.5. Prélèvement d'une taxe d'entrée

Situation actuelle: l'entrée d'un résident en EMS s'accompagne d'un certain nombre d'actions spécifiques qui ont un coût. Nous pensons notamment aux prestations administratives (discussion avec la famille, établissement des dossiers, etc.) mais également hôtelières (préparation de la chambre). Aujourd'hui, dans la plupart des EMS, ces éléments ne sont pas valorisés spécifiquement et les coûts sont répartis sur toutes les journées de l'institution. Toutefois, certains homes LESPA facturent un montant de fr. 50.- à l'admission.

Analyse: la modification du système de financement risque de pénaliser les EMS qui ont un haut taux de rotation des résidents. D'autre part, l'accueil temporaire génère des coûts supplémentaires par rapport aux longs séjours, non seulement en terme de lits vides, mais aussi en terme de frais administratifs. Enfin, l'augmentation de l'âge des résidents à l'entrée en EMS et la diminution de la durée des séjours y relative vont entraîner une augmentation des coûts moyens des journées.

Solution proposée: les EMS doivent pouvoir facturer une taxe d'entrée, identique pour toutes les institutions et pour tous les résidents, qui sert à financer l'ouverture du dossier administratif, les démarches liées à l'entrée en institution, la mise à disposition du lit ou de la chambre (nettoyage). Cette taxe ne peut être perçue qu'une seule fois, par séjour et par institution (sans distinction de la durée du séjour).

Si le séjour a débuté dans le cadre d'un mandat hospitalier pour des soins aigus ou de transition et que le séjour se prolonge au-delà du mandat, la taxe sera facturée le premier jour suivant l'extinction du mandat.

8.3.6. Paiement d'une garantie ou d'un acompte

Situation actuelle: s'agissant du système de facturation et d'encaissement des prestations des EMS, certaines institutions établissent une facture provisoire en début de mois (les corrections sont apportées sur la facture du mois suivant), d'autres demandent un mois de garantie ou un acompte à l'entrée du résident.

Analyse: ces différentes façons de pratiquer ne génèrent pas de problème particulier, néanmoins, un système devrait être choisi pour uniformiser les pratiques, notamment en regard des prestations complémentaires.

Le problème est que le décalage entre la livraison des prestations et l'encaissement des pensions peut générer des problèmes de liquidité pour les institutions. D'autre part, lors du décès d'un résident, il n'est pas rare que la succession ne soit pas à même d'honorer la facture finale.

Le dépôt d'une garantie n'est pas jugé praticable en raison des complications liées à la gestion de tels montants (compte bloqué générant intérêt) et l'impossibilité de les prendre en compte dans le calcul des prestations complémentaires.

Solution proposée: l'EMS reconnu d'utilité publique n'est pas en droit d'exiger le dépôt d'une garantie aux pensionnaires, mais peut demander un acompte correspondant à un mois de facturation (acompte total ou partiel).

8.4. Définition du périmètre relatif aux prestations individuelles

Le principe du financement par prestations implique que des prestations différentes doivent pouvoir être couvertes par des tarifs différents. Cela ne peut se faire que dans une totale clarté et transparence, c'est-à-dire que les prestations doivent préalablement être identifiées et valorisées.

Un premier travail est de séparer les prestations livrées à un résident (prestations individuelles) de celles qui ne peuvent être rattachées à un bénéficiaire particulier (prestations d'intérêt public). Nous allons dans un premier temps nous intéresser aux prestations individuelles.

8.4.1. Coûts des soins et autres coûts LAMal

Situation actuelle: les conventions tarifaires qui lient les EMS et les assureurs-maladie prévoient des forfaits complets pour couvrir les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Cela signifie que les institutions assument, dans le cadre du forfait, la totalité du coût des prestations LAMal (prestations de soins, médicaments et prestations médicales) que ces dernières soient livrées par l'institution ou réalisées par des prestataires externes et facturées à l'EMS.

Ces forfaits ne couvrent pas la totalité des coûts comme le prévoyait initialement la LAMal. De plus, ils varient d'un EMS à l'autre pour des raisons historiques.

Analyse: la révision LAMal entraînera une uniformisation des tarifs appliqués dans les EMS ce qui résoudra les problèmes liés à l'inégalité de traitement actuelle.

La question des forfaits complets a ses avantages et ses inconvénients. Néanmoins, cette solution n'est pas compatible avec la LAMal qui préconise, selon la jurisprudence, que la facturation des soins devrait être séparée de celle des autres frais médicaux (médecins, spécialistes, médicaments, examens de laboratoire); ces derniers devraient directement être facturés aux assureurs par les fournisseurs ou leur rémunération devrait être réglée dans des conventions particulières.

La révision LAMal confirme ce principe et distingue clairement les deux types de frais. Néanmoins, le mode de remboursement des prestations est de la compétence des partenaires tarifaires (institutions et assureurs) et l'Etat n'entend pas s'ingérer dans ces relations.

Solution proposée: les tarifs des pensions appliqués aux pensionnaires doivent dépendre du degré de besoin en soins et ainsi comprendre le montant correspondant aux 20% des coûts de soins à charge des résidents.

Les autres coûts LAMal (factures de médecins, médicaments, analyses, etc.) sont à 100% à charge de l'assurance obligatoire des soins et ne doivent être financés ni par les résidents ni par le canton. La question de savoir si ces prestations sont facturées à l'acte ou au travers d'un forfait est laissée à l'appréciation des partenaires tarifaires que sont les institutions et santésuisse.

8.4.2. Participation du canton aux soins LAMal

Situation actuelle: aujourd'hui, les coûts de soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins sont assumés par les résidents. Le canton ne contribue pas directement à la couverture de ces coûts, mais indirectement au travers des prestations

complémentaires versées aux pensionnaires et dans une moindre mesure par les subventions versées aux institutions LESPAs.

Analyse: selon la révision de la LAMal, les assureurs-maladie verseront une contribution au coût des soins et 20% au plus du tarif maximal fixé par le Conseil fédéral pourra être mis à la charge du résident. Les cantons sont chargés de régler le financement du solde. La facture adressée à chaque résident devra s'approcher le plus possible des prestations effectivement reçues.

Solution proposée: les coûts de soins non couverts correspondent à la différence entre les recettes (tarif LAMal + partie à charge du pensionnaire) et les coûts complets de soins fixés de manière normative par le Conseil d'Etat. Cette part cantonale est valable dans les EMS reconnus d'utilité publique ou non.

Pour les EMS reconnus d'utilité publique (avec contrat de prestations) ces coûts sont pris en charge par le canton et devraient être versés au travers d'une subvention à l'institution. Le décompte se fait sous forme de journées/année par degré PLAISIR.

S'agissant des personnes domiciliées dans le canton et hébergées dans des EMS situés hors du canton, la part cantonale est calculée selon la législation du canton d'hébergement à concurrence maximale de la part cantonale en vigueur dans le canton.

8.4.3. Soins aigus et de transition

Situation actuelle: la notion de soins aigus et de transition n'existe pas dans le système légal actuel.

Analyse: suite à la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée, un nouveau type de séjour dans les EMS doit être pris en compte sous la forme de soins aigus et de transition. Une définition précise manque encore, mais certains éléments sont connus : le séjour fait suite à une hospitalisation, il est prescrit par un médecin hospitalier qui en fixe la durée. Cette dernière est de deux semaines au plus.

La LAMal prévoit que ces séjours soient financés par l'assurance obligatoire des soins et le canton de domicile selon les principes qui s'appliquent au financement hospitalier (aucune contribution du patient). A noter que le financement partagé assureur-Etat ne concerne que les soins; les coûts de l'hébergement sont à charge du résident. La question est de savoir comment en tenir compte dans le modèle de financement.

Les séjours aigus et de transition sont censés s'approcher des prestations hospitalières. Les EMS qui désirent les livrer doivent donc pouvoir le faire (dotation et formation du personnel, infrastructure, etc.). Ces institutions devraient être peu nombreuses et bien identifiées. Les séjours aigus ou de transition doivent bénéficier d'un financement spécifique dans le cadre du contrat de prestations.

Ces EMS facturent aux assureurs-maladie la part du financement négociée conventionnellement et aux résidents le prix de pension. Ils reçoivent la part cantonale sous forme de subvention sur la base d'un décompte annuel.

La création de cette nouvelle notion dans la LAMal aura des conséquences négatives sur les finances cantonales étant donné que la participation du canton sera plus élevée pour un séjour en « soins aigus et de transition » que pour un séjour en « soins de longue durée » en EMS. Il n'est néanmoins pas possible d'en chiffrer l'impact financier car nous ne connaissons aujourd'hui ni l'ampleur du recours à de tels soins ni les tarifs qui seront appliqués.

Solution proposée: des EMS spécialisés sont mandatés pour accueillir les patients nécessitant des « soins aigus et de transition ». Cette mission est indiquée dans l'autorisation d'exploiter et dans le contrat de prestations.

Ces EMS facturent aux assureurs-maladie la part du financement négociée conventionnellement et aux résidents le prix de pension. Ils reçoivent la contribution cantonale sur la base d'un décompte annuel (tarifs journaliers x nombre de journées).

Les autres EMS ne sont pas autorisés à livrer des soins aigus et de transition au sens de la LAMal, exception faite pour leurs propres résidents qui nécessiteraient des soins aigus et de transition au retour d'un séjour hospitalier.

8.4.4. Prestations hors prix de pension

Situation actuelle: aujourd'hui, une grande liberté est laissée aux EMS qui définissent ce qui est compris dans le prix de pension et quelles sont les prestations qui sont facturées en sus. Il en résulte une grande hétérogénéité dans la politique des prix des EMS.

Analyse: la liberté d'action actuelle laissée aux EMS est cohérente dans un modèle de financement basé sur la reconnaissance des coûts mais ne sera plus possible avec la mise en vigueur d'un prix de pension normatif. En effet, un prix identique implique par essence une similitude des prestations qu'il est censé couvrir.

Solution proposée: le tableau présenté en annexe I définit les types de prestations couvertes par le prix de pension, les dépenses relevant des frais médicaux reconnus dans le régime PC et les prestations facturables en sus aux pensionnaires.

8.4.5. Modalités d'accès aux chambres à un lit

Situation actuelle: chaque institution a sa propre politique d'attribution des chambres à 1 lit. Certaines institutions ne pratiquent pas de différenciation tarifaire à ce niveau, d'autres vont plus loin avec une tarification qui peut dépendre de l'équipement ou de la situation de la chambre.

Analyse: le nombre de chambres à un ou à deux lits dans les EMS est d'ordre historique. Depuis plusieurs années, la norme tend à devenir la chambre individuelle et les dernières constructions ou transformations voient augmenter le nombre de chambres à un lit. Le département encourage ces initiatives.

Il n'en reste pas moins que des chambres à deux lits seront toujours disponibles et devront être occupées. Toutefois les critères qui permettent à un résident de bénéficier d'une chambre individuelle doivent être basés sur ses besoins objectifs (état de santé, comportement, etc.) plutôt que sur sa situation financière. En ce sens, le coût d'un séjour en chambre à un lit doit, à l'avenir comme aujourd'hui, être reconnu dans le calcul des PC.

Solution proposée: une différenciation tarifaire est faite entre les chambres à 1 ou 2 lits, néanmoins, tous les pensionnaires ont la possibilité d'accéder à une chambre individuelle, indépendamment de leur situation financière.

L'attribution des chambres est de la compétence de l'institution, mais les critères d'attribution des chambres à 1 lit doivent être identiques dans toutes les institutions et sont liés aux besoins des pensionnaires (état de santé, comportement, etc.). Ces critères sont définis par les associations professionnelles.

8.5. Définition du périmètre relatif aux prestations d'intérêt public

Il s'agit ici d'identifier les prestations délivrées par les EMS sur demande des pouvoirs publics mais qui ne peuvent être rattachées à un résident particulier et de déterminer leur mode de financement.

8.5.1. *Maintien d'une capacité d'accueil*

Situation actuelle: dans le système de financement actuel, les EMS sont fortement sollicités, notamment par les services placeurs, pour accueillir un nouveau résident aussitôt qu'un lit se libère. Malgré un nombre de lits par mille habitants de plus de 65 ans très élevé en comparaison intercantonale, le taux d'occupation des lits avoisine 100% dans tous les EMS du canton.

Analyse: alors que la demande de placement en EMS peut être très variable d'un mois à l'autre, le nombre de places disponibles est faible car le réseau est chroniquement saturé. Le changement du mode de financement n'a pas d'influence sur cette problématique qui existe déjà aujourd'hui. Par contre, la mise en vigueur du concept de maintien à domicile actuellement à l'étude pourrait à terme rendre cette question encore plus aiguë.

Une capacité d'accueil doit être libérée. La question est de savoir si des lits doivent être maintenus disponibles dans tous les EMS ou dans des institutions particulières.

Solution proposée: la capacité du réseau à faire face aux fluctuations de la demande doit être assurée au travers de homes ou d'unités d'accueil temporaire. Des bénéficiaires doivent pouvoir être hébergés temporairement dans une UAT dans l'attente qu'une place se libère dans un EMS.

Les EMS sans mission particulière d'accueil temporaire n'ont donc pas la mission de maintenir un certain nombre de lits vides à cette fin.

8.5.2. *Conditions salariales de la CCT Santé 21*

Situation actuelle: les établissements affiliés à la CCT Santé 21 connaissent un coût salarial moyen supérieur aux autres institutions. Cette différence provient essentiellement de l'échelle de traitement, mais aussi de la protection sociale offerte par la CCT et d'autres éléments comme l'horaire hebdomadaire de travail ou le nombre de jours de vacances. Les prestations des caisses de pensions influencent également fortement les charges salariales.

Aujourd'hui, seuls les membres de l'ANEMPA sont affiliés à la CCT Santé 21. Les autres EMS définissent librement leurs conditions salariales dont certaines peuvent être relativement proches de la CCT, notamment en matière d'horaire ou de droit aux vacances.

Analyse: l'abandon du système de couverture des coûts crée une distorsion économique entre les EMS affiliés à la CCT et les autres. Or, aujourd'hui les prix de pension varient fortement d'un EMS à l'autre sans qu'une corrélation indiscutable puisse être faite entre les facteurs "CCT Santé 21" et prix de pension élevés.

La non prise en compte des surcoûts engendrés par la CCT Santé 21 dans le prix de pension a pour conséquence que ce sera à l'institution de les assumer. Les réactions des EMS concernés pourront aller jusqu'à la dénonciation de la CCT.

A l'inverse, les EMS qui appliquent des conditions salariales proches de celles de la CCT et qui se verraient reconnaître des prix de pension inférieurs seront incités soit à demander leur affiliation à la CCT, soit à réduire les conditions salariales de leurs employés.

Solution proposée: les conditions de travail définies par la CCT santé 21 doivent servir de référence. Une majoration de tarif doit être appliquée aux EMS affiliés à la CCT Santé 21 et pour ceux qui appliquent des CGT reconnues comme équivalentes à la CCT.

La compétence de définir si des CGT sont équivalentes aux conditions de la CCT santé 21 revient au DSAS, après consultation des associations professionnelles d'EMS et de l'organe faitier de la CCT Santé 21.

8.5.3. Institutions et unités de courts séjours

Situation actuelle: cinq homes LESPA ont une autorisation d'exploiter dans laquelle un nombre de lits dévolus à l'accueil temporaire est spécifié. Dans ces homes, les séjours de 21 jours au plus ont pu être subventionnés par la Confédération jusqu'en 2007. Certains séjours durent cependant plus longtemps. Aujourd'hui, l'EMS du Temps Présent à La Chaux-de-Fonds a la mission spécifique de "home d'accueil temporaire". La moyenne de séjour y est de deux mois environ.

Les coûts de cette institution sont reconnus dans le prix de pension, respectivement au travers d'une subvention directe.

Analyse: l'accueil temporaire génère des coûts supplémentaires par rapport aux longs séjours, non seulement en terme de lits vides (capacité d'accueil), mais aussi en terme de frais administratifs (nombre d'entrées/sorties et donc de dossiers) ou hôteliers (nettoyages à fond de la chambre plus fréquents). Une partie des coûts supplémentaires peut être facturée sous forme de taxe d'entrée (voir plus haut). De part la rotation des résidents, les homes ou unités d'accueil temporaire connaissent un taux d'occupation inférieur à celui des homes de long séjour; les frais fixes ne peuvent pas être reportés sur les résidents.

En outre, selon la révision LAMal, les soins aigus et de transition sont à charge des assureurs et du canton, aucune participation ne pouvant être demandée au résident, selon application de la réglementation du financement hospitalier.

Solution proposée: les courts séjours sont facturés aux résidents de manière identique aux longs séjours, soit au moyen d'une taxe d'entrée et d'un tarif journalier.

Les institutions ou unités qui ont une mission spécifique d'accueil de résidents en court séjour (max. trois mois, renouvelable une fois) peuvent obtenir une subvention censée couvrir les surcoûts liés à la maintenance d'une certaine capacité d'accueil (prestation d'intérêt public).

La subvention est calculée en fonction d'un nombre de journées et de la moyenne des encaissements journaliers au titre de la pension et de la participation LAMal.

8.5.4. Formation du personnel

Situation actuelle: dans le système actuel, les coûts liés à la formation du personnel sont pris en compte dans la reconnaissance des dépenses des EMS et donc des prix de pension.

Analyse: la notion de formation du personnel comprend l'accueil des apprenants et l'offre de places de stages, mais aussi la formation continue du personnel. Ces différents volets doivent pourtant être distingués, le premier étant une tâche d'intérêt public propre à favoriser le renouvellement du personnel dans le secteur sanitaire, et dont le coût ne peut être imputé au résident. Quant à la formation continue, elle représente un coût de fonctionnement comme les autres, indispensable à la bonne marche de l'institution, et les résidents en bénéficient en fin de compte. La formation continue est à mettre en relation avec les questions de qualité des prestations.

Sans incitation financière spécifique, le nouveau mode de financement pénalise les institutions formatrices qui pourraient être incitées à abandonner cette mission. S'agissant des coûts liés à la formation continue du personnel, ils font partie des charges générales et sont financés par les tarifs de pension.

Solution proposée: les EMS reconnus d'utilité publique qui accueillent des apprenants et des stagiaires doivent recevoir des indemnités de la part de l'Etat. Les coûts de la formation continue doivent par contre être assumés entièrement par l'institution dans le cadre du financement ordinaire des institutions.

8.5.5. Qualité des prestations

Situation actuelle: la qualité de l'hébergement et des soins dans les EMS est surveillée au travers des visites de contrôles qu'effectuent les infirmières du Service cantonal de la santé publique, visites qui sont liées à l'autorisation d'exploiter. Un certain nombre d'institutions ont réalisé spontanément une démarche qualité afin d'obtenir une certification. Ces démarches d'accréditation ou de certification sont bénéfiques et les EMS qui les entreprennent doivent d'être encouragées. Toutefois, elles recèlent une limite importante car elle s'attachent principalement aux processus et non aux résultats. Il n'existe malheureusement pas de système complet de mesure de la qualité du résultat, laquelle qualité ne peut donc être ni évaluée ni reconnue en tant que telle dans les EMS.

Analyse: la question de fond est de savoir si la qualité a un coût et, le cas échéant, de définir la manière de le déterminer.

Considérant qu'un bon niveau de qualité est exigé et contrôlé par les infirmières du Service cantonal de la santé publique et qu'il n'existe pas de critère reconnu unanimement pour évaluer plus finement la qualité des prestations en EMS, il nous paraît difficile de tenir compte de ce critère dans le prix de pension.

Solution proposée: les démarches de qualité ne sont pas prises en compte dans le financement des EMS tant et aussi longtemps que des outils objectifs et fiables d'appréciation de la qualité des prestations ne sont pas reconnus.

8.5.6. Petites structures

Situation actuelle: les EMS de petite taille doivent faire face à des coûts fixes relativement plus élevés que ceux ayant davantage de lits. Il s'agit notamment des coûts de l'administration, des veilleurs de nuit, d'une présence infirmière, etc. qui doivent être répartis sur un nombre moins élevé de résidents et donc de journées.

Aujourd'hui, ces coûts sont reconnus dans les charges des institutions et donc dans les prix de pension. Ils peuvent également être pris en compte dans les subventions accordées aux EMS LESPAs sous la forme de couverture du déficit.

Analyse: le changement du mode de financement met sur un pied d'égalité toutes les institutions indépendamment de leur taille. Cette situation risque de prêter les EMS de petite taille.

Toutefois, les surcoûts d'exploitation résultant d'une petite taille d'institution ne représentent pas des prestations devant être financées comme telles par les pouvoirs publics.

Par contre, la petite taille d'une institution peut représenter un avantage dans la prise en charge de certaines pathologies.

Solution proposée: les surcoûts d'exploitation dus à la petite taille d'une institution ne doivent pas être reconnus dans les prix de pension ni financés par les pouvoirs publics. Par contre, une institution de taille réduite peut recevoir une mission particulière dans le cadre de la planification, et mériter à ce titre un financement particulier.

L'association des homes privés ANIPPA a manifesté un avis divergent sur ce point qui est présenté au chapitre 8.7.

8.6. Définition du périmètre relatif aux infrastructures

Situation actuelle: les coûts financiers des infrastructures des EMS sont une partie constituante du prix de pension. Toutefois, les homes LESPA et non LESPA évoluent dans des mondes différents dans ce domaine.

Les investissements des homes LESPA sont soumis à l'acceptation du SCSP et les coûts qui en découlent sont intégrés dans les prix de pension selon des normes d'amortissements édictées par le département. Quelques exceptions historiques sont observées dans certains homes LESPA, lesquels ont reçu une subvention de l'Etat à l'investissement. Cette situation ne s'est pas reproduite depuis un certain nombre d'années. D'autres exceptions sont observées dans les institutions à but idéal (fondations) qui ont financé leur infrastructure avec une partie de leur fortune ou des dons qu'ils ont reçus.

Dans les homes non LESPA, les investissements sont réalisés librement et amortis selon la politique propre de l'institution.

Les coûts d'infrastructure varient fortement d'un EMS à l'autre, en fonction de l'état du patrimoine et de la politique d'amortissement.

Analyse: la question des infrastructures mobilières et surtout immobilières est centrale dans la problématique du financement des EMS. En effet, pour répondre aux besoins du canton en matière d'offre de lits d'EMS, le canton n'a pas investi lui-même et s'est appuyé sur des investisseurs privés, à but lucratif ou non. Les principales difficultés viennent du fait que l'état du patrimoine varie très fortement d'un EMS à l'autre. Dans certains cas, les infrastructures ont été sous-amorties alors que dans d'autres elles ont été sur-amorties.

Il s'agit donc aujourd'hui de mettre en place un système de financement qui reconnaisse et rémunère de manière appropriée les engagements financiers réalisés et à réaliser.

Solution proposée pour les infrastructures mobilières: le Conseil d'Etat fixe une valeur d'équipement forfaitaire par lit, en fonction des missions de l'établissement, ainsi que le taux de rendement après consultation des milieux concernées. Le montant journalier correspondant est intégré au tarif du prix de pension.

Solution proposée pour les infrastructures immobilières: un loyer est calculé en fonction de la valeur intrinsèque reconnue de chaque EMS et d'un taux de rendement unique cantonal.

Le Conseil d'Etat fixe les règles applicables à la prise en compte des infrastructures immobilières. Les expertises immobilières sont effectuées par un expert externe et neutre. L'expert chargé de réaliser les expertises est choisi d'entente entre les parties, soit entre l'Etat et les EMS, respectivement les associations d'EMS, concernés. Une première évaluation de la valeur intrinsèque de chaque établissement est réalisée lors de la mise en place du nouveau modèle de financement. Cette valeur peut être revue lors de modification du patrimoine.

Le Conseil d'Etat fixe le taux de rendement du patrimoine après consultation des milieux concernés. Le loyer ainsi calculé est converti en tarif journalier, lequel est ajouté au prix de pension.

Chaque EMS soumet à l'approbation du département une planification quinquennale des travaux de transformation et d'entretien de son infrastructure immobilière.

Les EMS reconnus d'utilité publique s'engagent au travers du contrat de prestations à :

- maintenir une affectation publique du patrimoine concerné sur une durée de plusieurs années;
- utiliser chaque part de financement au plus près de son but;
- entretenir les infrastructures;
- établir et respecter son plan d'investissements et d'entretien quinquennal.

Les conditions sont mentionnées dans le contrat de prestations.

8.7. Points de divergence avec les associations d'EMS

Durant les discussions qui ont eu lieu dans le groupe de travail qui réunissait les représentants des associations d'EMS et l'Etat, des divergences sont apparues entre les partenaires. La plupart d'entre elles ont pu être aplanies et des solutions de consensus ont été trouvées. Néanmoins, un certain nombre de divergences sont restées actives et dans ces cas, les propositions des EMS n'ont pas été intégrées dans le projet de loi.

Le présent rapport présente le projet du Conseil d'Etat. Il nous paraît néanmoins nécessaire de présenter les avis des associations d'EMS lorsque ces derniers divergent de celui de l'exécutif cantonal. A noter que l'ANEMPA qui réunit les EMS reconnus d'utilité publique n'a pas relevé de divergences avec les positions du Conseil d'Etat.

Contrats de prestations (§ 8.2.1): l'ANIPPA estime que tous les EMS au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au moment de la mise en vigueur de la loi doivent avoir la garantie de bénéficier d'un contrat de prestations de peur que l'Etat n'en profite pour écarter arbitrairement certains EMS. Le Conseil d'Etat estime quant à lui que la reconnaissance d'utilité publique n'est pas un droit, mais il s'engage à ne pas exclure un établissement sans raison valable.

Limitation des bénéfices (§ 8.2.5): pour l'ANIPPA, les prix des prestations étant fixés de manière identique pour toutes les institutions, de même que les critères et exigences de l'Etat qui sont également identiques pour toutes les institutions, les différences ne pourront donc découler que d'une meilleure gestion et doivent, de ce fait, ne pas faire l'objet de limites ou critères édictés par l'Etat.

Protection tarifaire (§ 8.3.1): l'ANIPPA admet le principe d'un tarif uniforme pour tous les résidents mais uniquement si les tarifs édictés assurent la pérennité des établissements bien gérés. A ce sujet, le Conseil d'Etat partage la préoccupation des EMS, mais estime que la levée de la protection tarifaire n'est pas la bonne réponse à une situation qui peut effectivement survenir. Dans un tel cas, la situation doit être analysée et des solutions doivent être trouvées.

Petites structures (§ 8.5.6): l'ANIPPA estime que les surcoûts auxquels doivent faire face les EMS de petite taille doivent être pris en compte dans le prix de pension de ces derniers. Il s'agit d'assurer une pérennité à des institutions de toutes tailles dans le réseau sanitaire cantonal et permettre ainsi un choix aux résidents qui recherchent par exemple de préférence un cadre familial.

9. MODELE DE FINANCEMENT PAR PRESTATIONS DANS LES EMS

Sur la base des propositions décrites ci-devant, le modèle d'organisation et de financement relatif aux EMS peut être décrit comme suit:

9.1. Principes généraux

- Les EMS doivent obtenir préalablement une autorisation d'exploiter au sens de la loi de santé et du Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI);
- cette autorisation d'exploiter permet à l'EMS d'héberger des résidents bénéficiant des prestations complémentaires;
- les EMS qui correspondent à un besoin dans le cadre de la planification sanitaire (liste LAMal) peuvent facturer les prestations de soins selon les principes de l'assurance obligatoire des soins;
- pour avoir accès à un financement public cantonal, les EMS doivent être reconnus d'utilité publique. A cette fin, ils doivent en plus conclure un contrat de prestations avec l'Etat;
- l'Etat peut octroyer une reconnaissance d'utilité publique et par là signer un contrat de prestations avec toute institution qui répond aux exigences, indépendamment de son statut juridique.

9.2. Modèle de financement des EMS non reconnus d'utilité publique

Le prix de pension facturé au résident dans un EMS non reconnu d'utilité publique est fixé librement par ce dernier.

L'EMS peut facturer les prestations de soins aux assureurs-maladie selon les tarifs fixés par le Conseil fédéral ainsi que la part autorisée des coûts de soins non couverts aux résidents (au maximum 20% du tarif maximal fixé par le Conseil fédéral). Le solde du coût des soins est pris en charge par l'Etat selon les modalités définies par le Conseil d'Etat.

Les bénéficiaires de PC hébergés dans ces EMS peuvent obtenir une aide des PC à hauteur d'une taxe journalière pour l'hébergement fixée par le Conseil d'Etat et couvrant

les frais socio-hôtelières minimaux. Aucun autre financement ne peut être obtenu de la part des pouvoirs publics, ni pour l'EMS, ni pour le résident.

Dans ce modèle, il est évident que les montants octroyés dans le cadre des PC ne permettront pas aux résidents de faire face à leurs engagements. Dans les faits, les EMS non reconnus d'utilité publique ne pourront héberger que des personnes ayant des ressources leur permettant de financer leurs séjours.

9.3. Modèle de financement des EMS reconnus d'utilité publique

L'EMS reconnu d'utilité publique fournit des prestations individuelles et des prestations d'intérêt public. Les prestations individuelles (dont bénéficie directement chaque résident) se composent des prestations socio-hôtelières, des prestations journalières LAMal et de prestations spécifiques. Les prestations d'intérêt public sont effectuées à la demande de l'Etat et financées par ce dernier.

Les principes de financement de ces prestations sont inscrits dans le contrat de prestations. L'Annexe II présente, sous forme graphique, le modèle de facturation pour les EMS reconnus d'utilité publique.

9.3.1. Facturation à l'assurance-maladie

L'EMS facture le forfait de soins à l'assureur-maladie selon les tarifs fixés par le Conseil fédéral. Les autres frais LAMal non compris dans le forfait (médecins, médicaments, analyses, etc.) sont réglés par l'assureur-maladie au fournisseur de prestations, sous réserve d'accords particuliers conclus entre les EMS et santésuisse.

9.3.2. Facturation au résident

L'EMS reconnu d'utilité publique peut facturer au résident un prix de pension composé comme suit :

- d'un tarif cantonal, identique pour tous les EMS, couvrant les prestations correspondant à une journée d'hébergement d'un résident (ces prestations sont décrites dans l'annexe I);
- d'un supplément pour participation aux coûts de soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins en fonction du niveau de soins requis par le pensionnaire (au maximum 20% du tarif maximal fixé par le Conseil fédéral);
- d'un tarif cantonal, identique pour tous les EMS assumant mission identique, couvrant les coûts de l'équipement;
- d'un supplément pour application de la CCT Santé 21 ou de conditions de travail reconnues comme équivalentes;
- d'un supplément pour les journées effectuées dans des institutions ou des unités spécifiques dans lesquelles la prise en charge est reconnue plus onéreuse (par ex. une unité fermée pour personnes démentes);
- d'un supplément pour les journées effectuées dans une chambre individuelle;
- d'un loyer calculé sur la base de la valeur intrinsèque reconnue de l'infrastructure immobilière et d'un taux de rendement cantonal unique;

- d'un supplément en cas d'impotence;
- d'une taxe d'entrée facturée à chaque résident, à raison d'une seule et unique fois par séjour.

Le résident qui estime ne pas avoir les ressources financières qui lui permettraient d'assumer les frais des prestations qui lui incombent fait une demande de prestations complémentaires. Le calcul de PC effectué par la CCNC selon la LPC peut conduire à trois cas de figure :

- 1. le résident a les moyens d'assumer son prix de pension :** l'EMS facture le prix de pension selon les modalités décrites ci-dessus.
- 2. le résident n'a pas les moyens d'assumer son prix de pension mais a des moyens jugés suffisants pour payer la taxe pour l'hébergement reconnue par les PC :** le résident ne reçoit aucune contribution des PC.

L'EMS émet une facture réduite à hauteur du résultat de la décision de la CCNC, soit un montant journalier équivalent à la taxe d'hébergement majorée du revenu excédentaire selon la LPC. Le solde est pris en charge par l'Etat (voir ci-après).

- 3. le résident n'a pas les moyens d'assumer la taxe d'hébergement :** le résident reçoit une contribution des PC lui permettant de payer la taxe pour l'hébergement fixée par le Conseil d'Etat et reconnue par les PC.

L'EMS facture au résident la taxe pour l'hébergement. Le solde est pris en charge par l'Etat (voir ci-après).

Une catégorie de résidents, très minoritaire, se trouvera cependant dans l'impossibilité d'honorer la facture émise par le home selon les principes ci-dessus. Il s'agit de personnes pour lesquelles le droit aux prestations complémentaires a été refusé, ou limité, principalement en raison d'un désaisissement de fortune ou d'une arrivée trop récente en Suisse. Ces cas de figure ne sont pas nouveaux et ne résultent pas du projet LFinEMS. Dans ces situations, les personnes concernées, pour autant qu'elles soient hébergées dans un EMS reconnu d'utilité publique, peuvent s'adresser en cas de besoin au service social régional auquel est rattachée leur commune de domicile. A ce jour, on dénombre une dizaine de personnes concernées chaque année par cette problématique, représentant un coût pour l'aide sociale d'environ Fr. 300'000.- par année, montant ajouté aux charges d'aide matérielle, réparties entre l'Etat et les communes, à raison de 40% à charge de l'Etat et 60% à charge de l'ensemble des communes. Il convient de relever qu'au delà des dépenses proprement dites, le temps consacré au traitement de ces dossiers par les autorités d'aide sociale n'est pas négligeable, compte tenu de la nature particulière des situations et des personnes concernées (détermination de l'indigence réelle, recherche des bénéficiaires des libéralités, suivi du contentieux, etc.).

9.3.3. Contribution de l'Etat

L'EMS reçoit de l'Etat :

- un montant correspondant à la part des coûts de soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins durant l'année et calculée en fonction du nombre de journées réalisées dans l'EMS par catégorie de soins;
- un montant correspondant à la différence entre les prix de pension facturés aux résidents selon le calcul PC et les prix de pension reconnus pour l'EMS ;

- un montant par journée d'une chambre inoccupée (lit vide) dans une institution ou une unité d'accueil temporaire (UAT) selon les conditions négociées avec l'Etat;
- un montant forfaitaire par apprenant et par stagiaire formé dans l'année;
- un montant permettant de financer toute autre prestation d'intérêt public demandée dans le cadre du contrat de prestations.

9.4. Contraintes liées à la reconnaissance d'utilité publique

Pour mettre en œuvre ces principes de financement, les deux parties au contrat de prestations (EMS et Etat) doivent s'engager sur un certain nombre de principes. Il s'agit notamment de:

9.4.1. Droits et devoirs des EMS

- les EMS ne sont autorisés à exploiter strictement que le nombre de lits fixé dans la planification sanitaire par le Conseil d'Etat;
- les EMS ne peuvent héberger que les personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge de type EMS;
- les EMS doivent accepter d'héberger toute personne répondant au critère ci-dessus, sans discrimination pour des raisons de race, de religion, etc.;
- les EMS respectent les critères d'attribution des chambres individuelles définis par les associations professionnelles;
- les propriétaires des EMS à but lucratif s'engagent à ne pas prélever à leur profit des montants supérieurs au plafond de revenu/bénéfice fixé par le Conseil d'Etat;
- les EMS sont autorisés à:
 - facturer à chaque résident une taxe d'entrée;
 - facturer à chaque résident un prix de pension journalier à hauteur maximum des tarifs fixés par le Conseil d'Etat et repris dans le contrat de prestations;
 - demander à chaque résident le versement d'un acompte correspondant au maximum à un mois de pension;
 - définir librement avec les assureurs-maladie le mode de remboursement des autres coûts LAMal non compris dans le forfait (médecins, médicaments, analyses, etc.);
- les EMS ne sont pas autorisés à:
 - demander une garantie aux résidents ou à leur famille;
 - facturer aux résidents des prestations déjà comprises dans le prix de pension (protection tarifaire);
 - pratiquer un tarif plus élevé que celui autorisé, indépendamment de la capacité financière du résident ou de sa famille (prix unique);
 - encaisser les allocations pour impotents des bénéficiaires en sus du prix de pension;
- les EMS s'engagent à:
 - maintenir une affectation publique du patrimoine concerné sur une durée de plusieurs années;

- utiliser chaque part de financement au plus près de son but;
- entretenir les infrastructures;
- établir et soumettre au département un plan d'investissements et d'entretien pluriannuel.

9.4.2. Engagement de l'État

De son côté, l'Etat s'engage à:

- fixer des tarifs qui permettent aux institutions efficaces (qui optimisent le rapport qualité/ efficacité) de couvrir leurs coûts;
- verser aux EMS les montants financiers couvrant la part des coûts de soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins ainsi que la différence entre les prix de pension facturés aux résidents selon le calcul PC et les prix de pension reconnus pour l'EMS ;
- compenser au travers d'une subvention la perte de recettes résultant du maintien d'une capacité d'accueil (lits vides) dans les homes d'accueil temporaire ou les EMS ayant une unité d'accueil temporaire;
- verser aux EMS une subvention pour chaque apprenant et stagiaire formé dans l'année.

9.4.3. Sanction en cas de non respect du contrat de prestations

Les EMS qui ne respecteraient pas leurs engagements pris dans le cadre des contrats de prestations (par ex. utiliser chaque point de financement conformément aux buts contractuels, maintenir l'affectation publique du patrimoine sur plusieurs années, entretenir les infrastructures, etc.) s'exposent aux sanctions qui seront prévues dans le contrat lui-même. Cela peut entraîner l'application de pénalités à la restitution des montants perçus. Dans les cas les plus graves, l'Etat sera en mesure de dénoncer le contrat de prestations et/ou de ne pas le renouveler.

9.5. Les compétences normatives

Les compétences décisionnelles relatives aux normes applicables dans ce modèle sont définies comme suit:

Le Conseil d'Etat:

- établit la planification des établissements de soins pour personnes âgées, soit la liste des EMS autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que le nombre de lits autorisés pour chacun;
- fixe la taxe d'hébergement reconnue par les PC;
- établit pour les EMS reconnus d'utilité publique la liste des prestations comprises dans le prix de pension, ainsi que celles relevant des dépenses personnelles et du remboursement des frais médicaux dans le cadre des prestations complémentaires;
- fixe, pour chaque niveau de soins, le supplément pour les soins non couverts par l'AOS correspondant au maximum à 20% du tarif maximal LAMal fixé par le Conseil fédéral;

- fixe, pour chaque degré de soins, le montant de la contribution de l'Etat (subvention) pour financer les coûts de soins non couverts par les assureurs-maladie, respectivement par les pensionnaires;
- fixe le montant du supplément pour chambre individuelle;
- fixe les suppléments pour les prises en charge spécifiques onéreuses dans des unités ou institutions particulières;
- fixe les règles applicables à la prise en compte des infrastructures immobilières ainsi que le taux de rendement du patrimoine;
- fixe la valeur de l'équipement forfaitaire par lit ainsi que le taux de rendement;
- fixe le montant du supplément pour application de la CCT Santé 21 ou des conditions générales de travail reconnues comme équivalentes;
- fixe le supplément en cas d'impotence;
- fixe le montant des subventions pour l'accueil de stagiaires et apprenants;
- fixe le montant de la subvention pour le maintien d'une capacité d'accueil dans les homes ou unités d'accueil temporaire;
- fixe le montant maximal de la taxe d'entrée;
- fixe le plafond de revenu des propriétaires, exploitants et directeurs des EMS reconnus d'utilité publique.

Le Département de la santé et des affaires sociales:

- délivre les autorisations d'exploiter aux personnes morales et ratifie la nomination de la personne en charge de la direction de l'institution;
- reconnaît la compatibilité des CGT des EMS à la CCT Santé 21, après avoir consulté les associations professionnelles et la CCT Santé 21;
- statue sur la planification quinquennale de l'infrastructure immobilière des EMS ;
- signe les contrats de prestations au nom de l'Etat.

Les partenaires:

- les associations d'EMS définissent les critères d'attribution des chambres individuelles.

10. PRESTATAIRES AMBULATOIRES DES SOINS DE LONGUE DURÉE

La révision LAMal relative au financement des soins de longue durée, nous l'avons vu, ne se limite pas aux EMS, mais touche également les fournisseurs de prestations ambulatoires. Dès le 1^{er} janvier 2010, tout fournisseur de prestations sera en droit de réclamer une contribution cantonale relative au coût des soins non couverts par l'assurance obligatoire des soins et par les patients.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat doit recevoir la compétence de régler le financement résiduel du coût des soins au sens de l'article 25a LAMal, ceci pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations.

Il doit également recevoir la compétence de définir quels prestataires de soins sont habilités à fournir des soins aigus et de transition.

La loi de santé est modifiée dans ce sens.

11. MODIFICATION DES PRINCIPES LIES A L'AUTORISATION D'EXPLOITER

En accord avec les principes décrits plus haut, les bases légales doivent être modifiées en regard d'éléments qui ne sont pas directement liés aux questions de financement.

Le Conseil d'Etat propose tout d'abord de supprimer la différenciation entre "homes" et "homes médicalisés" pour ne retenir que le terme d'EMS « Établissements médico-sociaux ».

D'autre part, les autorisations d'exploiter seront délivrées par le DSAS aux établissements en tant que personnes morales ou physiques. Le département ratifiera la nomination de la personne en charge de la direction et son nom sera indiqué sur l'autorisation.

12. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Le changement des règles de financement dans les EMS ne peut se faire de manière brutale au risque de créer des situations extrêmement problématiques. En effet, un certain nombre d'EMS pratiquent aujourd'hui des prix de pension relativement éloignés, en plus ou en moins, des tarifs qui seront fixés à l'avenir par le Conseil d'Etat. Pour ceux qui se situent largement au-dessous, un ajustement immédiat de leurs prix au tarif normatif générerait une explosion des dépenses pour l'Etat et pour les pensionnaires. S'agissant de ceux qui sont aujourd'hui largement au-dessus du prix normatif, un abaissement trop rapide de leurs tarifs les mettrait probablement en difficulté.

Il s'agit donc d'éviter de créer une situation de crise et d'effectuer une transition de manière progressive afin de permettre à chacun de s'adapter au nouveau mode de financement. Au terme du processus, les EMS qui n'arriveraient pas à couvrir leurs coûts auront dû trouver d'autres solutions (changement de missions, fusion, etc.)

Les principes qui prévalent sont les suivants:

1. Neutralité globale des coûts pour l'Etat lors de l'introduction du système de financement;
2. période de convergence s'étendant en principe sur une période de trois ans (exceptionnellement cinq ans) s'agissant des coûts d'exploitation, partant des prix de pension historiques jusqu'aux prix de pension normatifs.

D'autre part, la question des investissements est également cruciale, ce d'autant plus dans les EMS à but lucratif car le patrimoine immobilier représente souvent l'investissement de l'exploitant (à l'exception des institutions locataires). Aujourd'hui, l'état

d'entretien des bâtiments et les coûts des investissements dans les prix de pension sont très variables d'un EMS à l'autre, ceci pour des raisons historiques.

Il s'agit dans un premier temps de réaliser une évaluation objective de la valeur intrinsèque de chaque EMS et d'en déterminer une valeur de rendement en lien avec l'état actuel du patrimoine. Le problème se posera pour les EMS lorsque le loyer qui découlera de cette valeur de rendement s'écartera trop des coûts réels des immobilisations. Il s'agira d'en tenir compte, pour le Conseil d'Etat, par exemple en acceptant de reconnaître dans le prix de pension un loyer s'écartant de la norme, ceci dans une période transitoire en principe de trois ans et au maximum de cinq ans.

Enfin, la mise en œuvre de cette nouvelle législation cantonale inclut la mise en œuvre de la révision LAMal du financement des soins de longue durée. Un délai de mise en œuvre est également prévu, s'agissant de l'adaptation aux nouveaux tarifs fédéraux pour les soins. De cet aspect découlera une nouvelle charge financière importante pour l'Etat.

S'agissant des prestataires de soins ambulatoires que sont les services de soins à domicile et les infirmières indépendantes, le Conseil d'Etat précisera les conditions de reconnaissance et réglera les modalités de prise en charge du financement résiduel des soins au sens de l'article 25a LAMal. S'agissant de NOMAD, cela se fera dans le cadre du contrat de prestations. Les autres prestataires ambulatoires devront s'adresser à NOMAD pour obtenir une aide cantonale conformément à la loi sur NOMAD.

13. CONSEQUENCES

La modification du système de financement des EMS apporte un certain nombre d'avantages mais comporte également des risques. Le présent chapitre passe en revue ces derniers et apporte des éléments de réflexion sur les coûts liés à ce changement, notamment pour les pouvoirs publics.

A propos de la révision LAMal sur le financement des soins de longue durée

La rémunération des prestations de soins par les assureurs-maladie découle de négociations tarifaires cantonales. La participation des assureurs est versée sous forme de forfaits journaliers qui comprennent non seulement le financement des prestations de soins fournies par le personnel des EMS, mais également les prestations médicales (médecins attachés aux établissements et spécialistes externes), les médicaments, les analyses de laboratoire et les mesures de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie). La participation annuelle des assureurs maladie est évaluée en 2008 à 66.3 millions de francs, soit Fr. 80.25 en moyenne par jour.

Aujourd'hui, les forfaits des assureurs ne couvrent pas l'entier des coûts de soins et, dans la pratique, le solde est reporté dans les prix de pension facturés aux résidents.

Les tarifs nationaux qui découlent de la révision du financement des soins sont encore provisoires. Ils sont destinés à financer les prestations de soins fournies par les EMS uniquement et ne couvrent toujours pas les coûts de ces prestations de soins. Selon nos calculs en l'état des connaissances actuelles, la facturation annuelle future des EMS aux assureurs-maladie devrait se situer autour de 52.7 millions de francs (Fr. 63.85 par jour).

En parallèle, les frais médicaux cités plus haut ne seront plus inclus dans les forfaits et seront remboursés par les assureurs comme pour les personnes à domicile (des conventions pourront bien entendu toujours être conclues entre EMS et assureurs). Ces

coûts ne devraient plus émerger à la comptabilité des EMS qui connaîtront alors une baisse de charge de l'ordre de 13 millions de francs, soit Fr. 15.70 par jour.

A ce stade la perte nette pour les institutions serait globalement de 0.6 million de francs (Fr. 0.70 par jour) au profit des assureurs LAMal.

A noter que la part des soins non couverte par les assureurs doit être financée selon les règles fixées dans la LAMal, soit par les résidents et par les pouvoirs publics.

S'agissant des résidents, un montant à hauteur de 20% du tarif le plus haut pourra être mis à leur charge, ce qui correspond au maximum à Fr. 21.60 par jour. Une partie de ces montants à charge des résidents devrait finalement revenir à charge de l'Etat, au travers des prestations complémentaires ou des subventions sachant qu'actuellement les PC interviennent pour 70% environ des résidents hébergés dans les EMS.

Globalement le report dans les prix de pension des coûts de soins non couverts par les assureurs sera moins élevé qu'actuellement, ce qui va engendrer une diminution des prix de pension facturables aux résidents, et une augmentation correspondante des subventions cantonales. Une première estimation de ce transfert aboutit à 29.1 millions de francs (Fr. 35.30 à la journée en moyenne).

Ainsi les subventions versées directement par le canton à titre de contribution aux coûts de soins non couverts devraient totaliser 29.7 millions de francs après la mise en œuvre de la révision du financement des soins de longue durée dans les EMS.

En parallèle, les dépenses cumulées des prestations complémentaires et des aides accordées aux résidents qui n'ont pas de ressources suffisantes diminueront en relation avec la baisse moyenne des tarifs de Fr. 35.30 par jour. Sur la base des prestations complémentaires mensuelles versées en avril 2009, la diminution serait d'environ Fr. 34.70 par jour en moyenne, pour les 1557 bénéficiaires. L'économie avoisinerait donc 19.7 millions de francs. Cette économie globale se répartira entre une diminution pour les prestations complémentaires et une nouvelle charge pour l'Etat, relativement aux subventions qui seront versées pour les résidents ne disposant pas des ressources nécessaires pour payer l'entier de la pension facturable; cette répartition dépendra du niveau auquel le Conseil d'Etat fixera la taxe d'hébergement applicable dans le régime des prestations complémentaires.

Le Conseil d'Etat sera appelé à fixer une taxe d'hébergement couvrant les frais socio-hôtelières minimaux. Celle-ci n'étant pas connue, nous avons cependant estimé un ordre de grandeur des transferts entre les prestations complémentaires et les subventions; ainsi, la baisse de charges pour les PC approcherait 36.2 millions de francs et en conséquence les subventions directes aux EMS versées pour les résidents qui ne disposent pas de ressources nécessaires seraient d'environ 16.5 millions de francs.

En finalité, l'augmentation des charges pour les pouvoirs publics est actuellement estimée à 10 millions de francs.

Ce surcoût pour l'Etat est exclusivement une conséquence de la révision LAMal du financement des soins de longue durée et survient indépendamment du projet cantonal.

A propos du modèle cantonal de financement des EMS

La redistribution du financement entre les EMS, d'un financement historique à un financement normatif, doit être neutre globalement pour les EMS et les pouvoirs publics. Toutes choses étant égales par ailleurs, et si l'on ne tient pas compte de la révision LAMal du financement des soins longue durée, de légères différences apparaîtront du fait

de la capacité financière de chaque résident et de son recours ou non aux prestations complémentaires.

En effet, si un même volume de prix de pension est réparti différemment entre les bénéficiaires, ce qui est l'un des objectifs de base du projet, le recours aux revenus propres des personnes et subsidiairement le recours aux prestations complémentaires varieront quelque peu. Ces éléments ne sont pas chiffrables et sont volatils: pas chiffrables du fait que la capacité financière des personnes qui n'ont pas recours aux prestations complémentaires actuellement est inconnue, volatils en raison du taux de rotation dans les EMS qui est proche de 40%.

Si le principe de la modification du système de financement des EMS doit être neutre lors de son introduction, il n'est toutefois pas exclu que la reconnaissance de tarifs plus élevés dans les EMS appliquant des CGT jugées équivalentes à la CCT santé 21, ait pour conséquence à terme une augmentation des coûts dans les EMS.

Nonobstant ce qui précède, le projet de loi sur le financement des EMS prend en compte la révision LAMal du financement des soins de longue durée, dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} janvier 2011. Celle-ci, en particulier, aura des conséquences financières importantes pour les pouvoirs publics neuchâtelois.

13.1 Conséquences pour les résidents

Pour les résidents, la mise en œuvre de la nouvelle législation apportera de nettes améliorations en matière de transparence, entre les prestations délivrées par les EMS et leur tarification. Les différences historiques de pratiques et de tarifs seront abolies, l'équité entre résidents en sortira grandie, quel que soit le lieu d'hébergement dans le canton.

En vertu de la protection tarifaire concrétisée dans la révision LAMal, les résidents autonomes financièrement devraient voir leur contribution diminuer. Cette diminution, qui devrait s'approcher d'une moyenne de Fr. 35.30 par jour, sera modulée en fonction du rééquilibrage des tarifs entre EMS.

Les personnes âgées financièrement autonomes pourront entrer dans un EMS non reconnu d'utilité publique. Celles qui n'ont pas les ressources suffisantes et qui désireraient choisir un tel EMS ne pourront pas faire appel à l'assistance sociale qui exclut les institutions non reconnues d'utilité publique (art. 40 de la Loi sur l'action sociale). Ils devront opter pour un EMS sous contrat de prestations afin que leur prix de pension soit adapté à leurs moyens financiers.

13.2. Conséquences pour les EMS

Les conséquences pour les EMS ont été abordées dans le chapitre 12 « Conditions de mise en œuvre ». Ces derniers devront adapter leur gestion en fonction du nouveau système d'allocations des ressources.

Globalement les EMS toucheront des recettes équivalentes à la situation antérieure, y compris au niveau des prestations LAMal. Une claire séparation existera désormais entre le financement des soins, des activités socio-hôtelières et de l'infrastructure.

Un aspect important pour les EMS concernera les prestations à charge de la LAMal autres que les soins, soit les traitements médicaux, les médicaments et analyses diverses, puisque ceux-ci devront être couverts à 100% par les assureurs-maladie, sans intervention de l'Etat.

Enfin, l'abrogation de la LESPA supprimera de fait le système de la couverture des déficits pour les EMS publics qui y ont aujourd'hui accès.

13.3. Conséquences pour les assureurs-maladie

Le projet de loi cantonale n'a pas d'impact direct sur les assureurs, hormis dans ses aspects touchant à la révision LAMal. Dans le canton de Neuchâtel, cette dernière aura un impact global pour les assureurs qui devraient voir à terme leur participation baisser de 0.6 million de francs environ.

13.4. Conséquences pour l'Etat

La volonté du Conseil d'Etat de passer à un financement par prestations et de rééquilibrer les tarifs entre les EMS est réalisée par la nouvelle législation. Une claire séparation des rôles entre l'administration et les EMS est également mise en place. Le pilotage du système, en prévision également de la mise en œuvre prochaine d'un concept de maintien à domicile et de prise en charge des personnes âgées, sera grandement amélioré.

Les conséquences financières pour l'Etat sont de deux types :

1. Conséquences dues à l'introduction de la révision LAMal

L'Etat devra faire face à des conséquences financières importantes en lien avec la révision de la LAMal. Celles-ci sont estimées à une augmentation de dépenses de 10 millions de francs dans les EMS, en compensation de la diminution de la participation des assureurs d'une part, des résidents d'autre part (protection tarifaire).

D'autre part, la modification de la LAMal entraîne également une augmentation des coûts à charge de l'Etat dans les prestations ambulatoires. Cela concerne principalement les services d'aide et de soins à domicile et plus spécifiquement NOMAD. Pour NOMAD, l'augmentation pour l'Etat est estimée à 0.8 million de francs.

Toutes ces augmentations ne sont donc pas une conséquence de la LFinEMS.

2. Conséquences dues à la LFinEMS

Les implications de l'introduction de la LFinEMS sont globalement neutres pour l'Etat. Par contre, il y aura une redistribution des montants entre les départements, soit entre le DEC et le DSAS.

Le DEC, respectivement la CCNC, contribuera au financement des séjours en EMS des bénéficiaires de PC à hauteur de la taxe pour l'hébergement fixée par le Conseil d'Etat. Le DSAS devra quant à lui verser le solde des montants permettant à chaque résident d'être hébergé dans un EMS reconnu d'utilité publique.

Le budget 2011 de l'Etat devra approcher au mieux ces montants compte tenu des incertitudes liées à la capacité financière des résidents.

13.5. Avantages du nouveau système de financement

Le nouveau modèle de financement apportera indéniablement plus d'équité et de clarté dans l'hébergement des personnes âgées. Les grandes disparités observables

aujourd'hui dans les prix pratiqués par les institutions seront à terme gommées et les conséquences financières pour les personnes âgées lors de leur entrée en EMS seront davantage liées aux prestations qu'elles recevront durant leur séjour.

En outre, les rôles des différents partenaires seront clarifiés. L'Etat, n'étant déjà aujourd'hui pas propriétaire des institutions, abandonne les activités d'ordre opérationnel qu'il exerce dans les EMS LESPAs pour concentrer principalement son action sur un rôle stratégique. L'Etat fixera donc les conditions cadres régissant le fonctionnement des EMS et ces derniers auront davantage de liberté mais aussi de responsabilité pour atteindre les objectifs fixés. Cette adaptation du système cantonal est tout à fait en adéquation avec les volontés affichées au niveau fédéral et traduites dans la révision de la LAMal relative aux soins en EMS. Le canton de Neuchâtel sera alors en mesure de faire face à la mise en vigueur des modifications de la LAMal dans les meilleures conditions.

Enfin, les EMS à but lucratif pourront choisir entre deux mondes; soit revendiquer la liberté d'entreprise et assumer les conséquences d'une existence sans aide financière de l'Etat, soit renoncer partiellement à cette liberté en demandant une reconnaissance d'utilité publique qui ouvre le droit aux subventions publiques, mais qui s'accompagne de certaines contraintes.

14. CALENDRIER

La modification du système de financement des EMS est un chantier important et compliqué qu'il s'agit dans la mesure du possible de ne pas introduire dans la précipitation. L'introduction de la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée est fixée au 1^{er} janvier 2011, ce qui contraint les cantons à légiférer dans ce délai. Si rien n'est fait dans notre canton d'ici la mise en vigueur des nouvelles bases légales fédérales, la cohabitation de ces dernières avec l'ancien système de financement risque de créer un immense chaos dans le fonctionnement économique des EMS. Les acteurs financiers (assureurs, EMS, résidents, pouvoirs publics) devraient alors se repositionner et les risques financiers pour l'Etat seraient importants car tous les EMS ainsi que tous les fournisseurs de soins ambulatoires pourraient revendiquer une contribution des pouvoirs publics pour financer les coûts de soins non couverts par l'AOS.

D'autre part, les prix de pension reconnus par les PC sont, depuis plusieurs années, fixés par le Conseil d'Etat dans un système d'exception. Les prix des EMS LESPAs ont été bloqués au niveau de 2005 durant 4 ans puis augmentés linéairement de Fr. 10.— par jour. Dans les EMS non LESPAs, les prix ont subi des variations diverses durant les années 2005 à 2007 (abaissement des prix de pension réduits, liberté des prix PC) pour ensuite être bloqués en 2008 et augmentés de Fr. 5.— par jour en 2009. Cette situation devient d'année en année plus indéfendable car elle assoit, voire accentue, un système injuste pour les EMS. Fort de ces constats, il nous paraît essentiel que le Grand Conseil vote la loi avant le 30 juin 2010 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011. Les règlements d'application de la LFinEMS, les évaluations des patrimoines immobiliers et les contrats de prestations pourront être réalisés et les EMS pourront se préparer au changement.

Une fois la LFinEMS mise en vigueur, les tarifs des EMS devraient converger vers les tarifs normatifs dans une période de trois ans exceptionnellement extensible à un maximum de quatre ans.

15. PROJET DE LOI

Les principes décrits dans les chapitres précédents ont été traduits dans le projet de loi présenté ci-après. Les commentaires article par article sont les suivants:

15.1. Commentaires article par article

Article 1

La LFinEMS n'a pas comme objectif de régir entièrement le domaine des EMS mais uniquement de régler les questions de financement. Les autres aspects (autorisation d'exploiter et éléments de planification) sont réglés dans la LS et son règlement d'application (RASI).

Les dénominations désuètes de "home" et "home médicalisé" sont remplacées par l'appellation « établissement médico-social (EMS) », très répandue aujourd'hui.

L'alinéa 2 promeut la recherche du meilleur équilibre entre la logique des besoins et celle des moyens. Il s'agit en définitive de viser à l'efficacité, c'est-à-dire de mettre en place un système de financement des EMS qui incite les institutions à livrer des prestations de qualité au meilleur coût.

Article 2

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 3

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 4

L'article indique les compétences du Conseil d'Etat dans le domaine. Ce dernier fixe les règles et les principes qui prévalent dans le financement des EMS au travers de règlements d'application. Certaines de ses compétences, telle que la planification des EMS, découlent directement d'autres lois fédérale et cantonale (LAMal, LS).

Pour mettre en œuvre sa politique dans l'hébergement des personnes âgées, il s'appuie sur les EMS sur la base de relations contractuelles.

Article 5

L'article décrit les compétences du département chargé de la mise en œuvre de la politique du Conseil d'Etat. Outre ses compétences dans le domaine des conditions de travail et de la planification des transformations des infrastructures immobilières, ce dernier négocie et conclut les contrats de prestations avec les EMS.

Le département est également compétent pour autoriser un EMS à accueillir des résidents en âge non AVS.

Article 6

L'article établit le service cantonal de la santé publique comme organe d'exécution de la présente loi.

Article 7

Tout EMS qui désire développer une activité dans le canton de Neuchâtel doit impérativement obtenir une autorisation d'exploiter du département en vertu de la LS. Il s'agit là de la réalisation d'un devoir de l'Etat de s'assurer que l'institution est en mesure de fournir des soins de qualité (dotation, formation, etc.). S'il remplit les critères de qualité, l'EMS peut donc être exploité sans qu'il réponde à un besoin cantonal en matière de santé publique.

L'autorisation d'exploiter à elle seule ne donne droit ni à la reconnaissance LAMal ni au contrat de prestations. Cependant, en vertu de la loi fédérale sur les PC, l'autorisation d'exploiter cantonale donne droit automatiquement aux prestations complémentaires pour les pensionnaires. Ces derniers auront droit à des prestations complémentaires leur permettant de payer la taxe pour l'hébergement fixée par le Conseil d'Etat. Cette taxe couvre les frais socio-hôtelières minimaux.

L'établissement au seul bénéfice d'une autorisation d'exploiter exerce une activité entièrement privée. Dans les faits, il ne pourra vraisemblablement héberger que des résidents capables de subvenir entièrement à leurs besoins d'hébergement, sans aide directe ou indirecte des pouvoirs publics.

Article 8

S'il entre dans la planification sanitaire cantonale et est donc inscrit sur la liste LAMal, l'EMS sera autorisé à facturer des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, soit une part à l'assureur selon le tarif fixé par le Conseil fédéral, une part au résident représentant au maximum les 20% du tarif maximal fixé par le Conseil fédéral et une part au canton fixée par le Conseil d'Etat.

Bien que reconnu dans la planification sanitaire (qui évalue les besoins de la population), l'EMS n'est pas reconnu d'utilité publique (financement par l'Etat) et est donc libre de fixer ses prix. Toutefois, les résidents ne peuvent obtenir que le montant de la taxe pour l'hébergement de la part des PC ce qui, additionné au financement des soins selon la LAMal, ne permet pas de couvrir les coûts des séjours. L'EMS ne peut donc héberger que des résidents suffisamment fortunés.

La reconnaissance au sens de la LAMal n'ouvre pas le droit de conclure un contrat de prestations avec l'Etat.

Article 9

Le Conseil d'Etat fixe les montants des contributions cantonales pour le financement résiduel des soins selon la LAMal (part cantonale) ainsi que les modalités du versement de ces montants.

Article 10

Les ressortissants du canton qui sont hébergés dans un EMS situé hors du canton ont également droit au financement résiduel des soins par leur canton de domicile.

Dans ce cas, la part cantonale sera calculée selon la législation du canton d'hébergement, mais ne pourra dépasser les montants fixés à l'article précédent.

Article 11

Pour accéder au financement public, l'EMS doit en plus signer un contrat de prestations avec l'Etat. Cette possibilité n'est pas un droit et l'EMS doit pour cela répondre aux exigences définies dans les articles suivants.

Article 12

Voir notamment les commentaires des articles 8, 9 et 11.

Article 13

L'article 13 donne une liste des conditions que doivent remplir les EMS pour pouvoir signer un contrat de prestations et qui sont inscrites dans ce dernier. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée par les partenaires.

Article 14

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 15

Les tarifs fixés par le Conseil d'Etat pour la rémunération des prestations fournies dans les EMS doivent permettre une juste rémunération des propriétaires et exploitants des institutions s'agissant de leur activité, du capital investi et des risques assumés.

L'article 15 donne toutefois la possibilité au Conseil d'Etat de limiter les prélèvements par ces derniers à titre de revenu du travail ou du capital, ainsi que de définir les modalités d'utilisation des éventuels bénéfices alors réalisés.

Article 16

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 17

Les prestations individuelles sont les prestations socio-hôtelières (art. 18), la prestation loyer (art. 19), les prestations journalières LAMal (art. 20) et les prestations spécifiques (art. 22).

Article 18

L'article 18 décrit le mode de financement des prestations socio-hôtelières retenues par le Conseil d'Etat et qui entrent dans le prix de pension. Chaque prestation sera rémunérée selon un tarif cantonal unique et identique pour chaque EMS. En principe, le prix de pension sera le même pour tous les EMS, sous réserve d'exceptions liées à certaines prestations.

A titre d'exemple, une exception concernera les EMS qui offrent un hébergement spécifique tel que les pavillons psycho-gériatriques des institutions psychiatriques.

Article 19

Aux tarifs découlant de l'article 18 destinés à couvrir les prestations socio-hôtelières s'ajoute un loyer propre à chaque EMS. L'article 19 renvoie au chapitre 5 dans lequel le calcul de la prestation loyer est détaillé.

Article 20

Les prestations journalières de la LAMal correspondent à la part des soins non couverts par le tarif de la LAMal à charge de l'assurance obligatoire des soins et par la contribution du résident (au maximum 20% du tarif maximal fixé par le Conseil fédéral). L'État financera le montant de ce découvert au travers d'une subvention à l'institution dans le cadre du contrat de prestations.

S'agissant des soins aigus et de transition prodigués dans les EMS reconnus par la planification sanitaire du Conseil d'Etat, les prestations journalières de la LAMal correspondent à la part cantonale conformément à l'art. 7b al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (sachant que le résident n'est pas mis à contribution par l'EMS).

Dans tous les cas, la contribution de l'Etat est versée directement à l'EMS.

Article 21

L'EMS peut facturer d'autres prestations au résident selon une liste établie par le Conseil d'État (art. 4. al. 2. let. d)

Article 22

L'article 23 ouvre la possibilité à l'État de confier des mandats aux EMS reconnus d'utilité publique et de financer des prestations qui ne sont pas en lien direct avec les résidents. Il s'agit par exemple du financement de l'engagement d'apprenants.

Article 23

L'article 21 définit le mode de financement des séjours des résidents qui n'ont pas les moyens d'assumer en totalité les coûts de leur hébergement.

Dans ce cas, le résident émet une demande de prestations complémentaires à l'agence AVS régionale de son domicile. La Caisse cantonale de compensation statue ensuite sur sa capacité financière et lui verse cas échéant les montants lui permettant d'assumer la taxe pour l'hébergement définie à l'article 7.

L'EMS établit une facture correspondant à la capacité financière du résident, c'est-à-dire un montant correspondant au minimum à la taxe pour l'hébergement et au maximum à un montant journalier équivalent à la taxe pour l'hébergement majorée du revenu excédentaire du résident déterminé par le calcul de prestations complémentaires selon la LPC.

L'EMS facture à l'Etat, selon des modalités fixées par le Conseil d'Etat, la différence entre les frais de pension qu'il serait en droit de recevoir et le montant qu'il a facturé au résident.

Article 24

Les EMS qui appliquent la CCT Santé 21 (ou des conditions de travail jugées équivalentes par le département) auront des coûts plus élevés que les autres. Ils pourront bénéficier de majorations de tarifs s'agissant des prestations fournies par du personnel.

Article 25

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 26

L'article 26 fixe les bases pour le financement des équipements mobiliers. Le Conseil d'Etat détermine une valeur standard de l'équipement d'un EMS qui entre dans la prestation loyer.

Le département peut adapter cette valeur standard en fonction de la spécificité de l'équipement mobilier lorsque ce dernier doit être adapté à la mission de l'EMS.

Article 27

Il s'agit ici de déterminer la valeur du patrimoine immobilier (immeubles et terrains) de chaque EMS, afin de pouvoir déterminer le loyer compris dans le prix de pension.

Pour ce faire, le Conseil d'État précise dans un règlement les éléments à prendre en compte et les modalités de calcul.

Sur cette base, une expertise est réalisée pour chaque EMS. L'expert est désigné d'entente entre les parties, c'est-à-dire entre l'État et le ou les EMS.

Article 28

Les valeurs des équipements mobiliers et immobiliers déterminées aux articles 26 et 27 servent de base au calcul du loyer qui entre dans le prix de pension. Le Conseil d'Etat fixe les conditions de rendement de ces deux valeurs.

Article 29

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 30

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 31

La présente loi remplace la LESPA qui doit donc être abrogée.

Article 32

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 33

En modifiant le modèle de financement qui passe d'un système de reconnaissance des coûts à une définition de tarifs, l'État change les règles du jeu qui ont été en vigueur durant de nombreuses années. Un changement immédiat risque de placer certains EMS dans une situation très délicate. La question est aiguë dans le domaine des immobilisations, car les situations actuelles des EMS (intérêts, amortissements, valeur résiduelle, loyers, etc.) sont très disparates.

Il s'agit donc de prévoir une période de transition durant laquelle les EMS auront l'occasion de s'adapter aux nouvelles conditions. Cette période ne devra être ni trop longue ni trop courte. Il s'agit pour le Conseil d'État de prendre en compte la situation particulière de chaque EMS et de l'inscrire dans le calendrier fixé, c'est-à-dire en principe de 3 ans au maximum. Si des conditions exceptionnelles le justifient, le Conseil d'Etat peut en tenir compte durant une année supplémentaire.

Article 34

N'entraîne pas de commentaire particulier.

Article 35

N'entraîne pas de commentaire particulier.

1. Loi sur le contrôle des habitants (LCdH), du 3 février 1998

La séparation entre "home" et "home médicalisé" est abandonnée et le terme générique utilisé pour les deux types d'institutions devient l'établissement médico-social (EMS)

Article 14, alinéa 4, lettre b

Voir ci-dessus.

2. Loi de santé (LS), du 6 février 1995

La séparation entre "home" et "home médicalisé" est abandonnée et le terme générique utilisé pour les deux types d'institutions devient l'établissement médico-social (EMS)

Article 73a, nouveau

Cet article délègue au Conseil d'Etat la compétence de régler le financement résiduel des soins de longue durée pour les professionnels de cette section de la loi, en l'occurrence les infirmières et infirmiers indépendants.

Comme pour les EMS, le coût résiduel des soins, soit la différence entre le coût effectif des prestations et les tarifs fixés par le Conseil fédéral, est à financer par le client et par le canton. Il est à noter qu'afin de promouvoir le maintien à domicile la Conférence des directeurs de la santé (CDS) et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) recommandent aux cantons de ne pas demander de contribution financière aux clients.

Dans le cadre du projet LFinEMS, il convient également de régler les questions touchant aux prestataires ambulatoires. La loi de santé est ainsi modifiée: est déléguée au Conseil d'Etat la compétence de régler ces modalités de financement.

Article 78, lettre c

Voir commentaire général relatif à la loi de santé.

Article 83, alinéa 1bis, nouveau

Ce nouvel alinéa ajouté à l'article 83 de la LS a pour but d'adapter la législation cantonale à la modification de la LAMal relative au financement des soins de longue durée. Dans le domaine de la planification sanitaire cantonale, le Conseil d'Etat reçoit la compétence de désigner les fournisseurs de prestations chargés de livrer des soins aigus et de transition au sens de l'article 25, alinéa 2 LAMal ainsi que de définir cette notion dans la mesure où l'ordonnance fédérale n'est pas suffisamment précise.

Dans le cas d'espèce, les prestataires de soins aigus et de transition peuvent être des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile.

Article 84, alinéa 1, 2^{ème} phrase (nouv.)

L'article 84 de la LS doit être modifié pour ouvrir le droit aux EMS à but lucratif de recevoir des subventions de la part de l'Etat.

Article 91 (modifié)

Voir commentaire général relatif à la loi de santé.

Afin de clarifier la portée de cet article, son application aux adultes handicapés et dépendants est supprimée. Le département pourra néanmoins toujours accorder des dérogations pour l'accueil de personnes en âge non AVS dans les EMS. Les articles 96 et 105 alinéa 2 LS subsistent cependant, ceci tant que les établissements spécialisés dépendant du service des établissements spécialisés ne disposent pas de leur propre législation.

Article 94 note marg., texte actuel, alinéa 2 (nouveau)

Voir commentaire général relatif à la loi de santé.

Il est précisé dans l'alinéa 2 qu'un EMS peut héberger une personne en âge non AVS avec l'autorisation de l'autorité compétente, c'est-à-dire du département.

Article 95

Voir commentaire général relatif à la loi de santé.

Article 105, alinéa 1

La LS renvoie à la LFinEMS pour les questions de financement des EMS.

Article 105a

Cet article délègue au Conseil d'Etat la compétence de régler le financement résiduel des soins de longue durée, pour des prestations particulières (soins aigus et de transition, accueil de jour et de nuit) et pour les services privés de soins et d'aide à domicile.

Voir commentaire article 73a

Article 111, alinéa 3

Voir commentaire général relatif à la loi de santé.

3. Loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LCPC), du 6 novembre 2007

Article 4, alinéa 2

La LFinEMS réglant la fixation des tarifs des EMS, cet article de la LCPC peut être abrogé.

15.2. Vote du Grand Conseil

Les subventions octroyées aux EMS se monteront à plusieurs millions de francs par an. Toutefois, ces dépenses sont dues à l'introduction de la révision de la LAMal et apparaîtront même en cas de refus de la LFinEMS.

La présente loi n'engendre donc pas de dépense répétitive supérieure à 500'000 francs par an, le vote à la majorité simple suffit.

16. CONCLUSION

La nécessité de réformer le mode de financement des EMS est avérée en raison d'une part de la prochaine mise en vigueur de la révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée, mais aussi afin de rendre le système plus équitable pour les résidents et pour les institutions.

La modification du mode de financement des EMS n'engendrera pour l'Etat ni coûts supplémentaires ni économies. Il s'agit d'un changement du mode d'allocation des ressources qui s'inscrit dans le cadre de la réforme des structures de l'Etat. L'augmentation, évoquée dans ce rapport, des dépenses de l'Etat à hauteur de 10.8 millions de francs est à mettre en lien avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011 de la révision LAMal. Ce surcoût, qui résulte d'un transfert de financeur entre d'un côté l'Etat d'un côté et de l'autre les assureurs-maladie et les résidents, aura lieu avec ou sans LFinEMS.

Le Conseil d'Etat propose donc un modèle basé sur un financement par prestations. Il a également désiré clarifier la situation entre les EMS d'utilité publique et les institutions du secteur privé. Les secondes pourront se libérer de la tutelle étatique et ainsi se prévaloir de la liberté d'entreprise, mais devront alors se passer de l'aide financière des pouvoirs publics. Les premières par contre auront accès au financement public mais devront signer un contrat de prestations avec l'Etat et se conformer au système décrit dans la LFinEMS.

Le financement des EMS d'utilité publique sera réglé au niveau cantonal et les tarifs pratiqués pour les résidents seront harmonisés. Les moins fortunés pourront bénéficier d'aides de l'Etat pour subvenir à leurs besoins. Les EMS figurant dans la planification au sens de la LAMal auront accès au financement direct de l'Etat pour financer les coûts de soins non couverts par l'AOS. Les EMS ayant contracté pourront également recevoir des financements pour des activités particulières reconnues par l'Etat.

Le Conseil d'Etat veillera à ce que le changement du mode de financement ne place aucun EMS candidat à la signature d'un contrat de prestations dans une situation financièrement impossible. Il s'agira pour l'exécutif cantonal de fixer des tarifs qui tiennent compte de cette condition durant une phase transitoire de trois ans exceptionnellement extensible à quatre ans. Toutefois, à l'issue de cette période transitoire, les EMS devront couvrir leurs dépenses avec les recettes prévues dans le cadre de la présente loi.

Pour conclure, nous aimerions souligner que le projet présenté au Grand Conseil a été préparé en étroite collaboration avec les principales associations d'EMS. Si quelques divergences de points de vue mineures ont subsisté dans le projet final entre l'Etat et ces dernières, la grande majorité des éléments du nouveau mode de financement est le résultat d'un consensus. Fort des analyses et des discussions que nous avons menées, nous sommes convaincus que la nouvelle loi sur le financement des EMS représente la meilleure réponse aux modifications des conditions cadres auxquelles nous devons faire face dans un proche avenir.

Veillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 21 mai 2010

Au nom du Conseil d'Etat:

Le président,

J. STUDER

La chancelière,

M. ENGHEBEN

**Loi
sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS)**

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 21 mai 2010,

décrète:

**CHAPITRE PREMIER
Dispositions générales**

But de la loi	Article premier ¹ La présente loi a pour but de régler le financement des établissements médico-sociaux (EMS) du canton. ² Elle vise également à assurer l'accès à des soins de qualité au meilleur coût.
Champ d'application	Art. 2 La présente loi s'applique aux EMS au sens de l'article 94 de la loi de santé (LS), du 6 février 1995.
Planification	Art. 3 L'équipement du canton en EMS intervient conformément à la planification cantonale selon les critères fixés à l'article 83 LS.

**CHAPITRE 2
Autorités**

Conseil d'Etat	Art. 4 ¹ Le Conseil d'Etat définit la politique en matière de prise en charge des personnes nécessitant un hébergement en EMS. ² Il est notamment chargé de: a) l'établissement de la planification des EMS; b) l'établissement de la liste des EMS admis à fournir des soins à charge de l'assurance obligatoire des soins, au sens de l'article 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994; c) la fixation de la taxe pour l'hébergement au sens de l'article 7, alinéa 2; d) l'établissement des listes de prestations pouvant être offertes par les EMS au bénéfice d'un contrat de prestations ainsi que la fixation des tarifs pour la rémunération de ces prestations. ³ Il est autorisé à conclure des conventions avec d'autres cantons en vue de régler réciproquement les séjours de leurs habitants dans les EMS.
Département	Art. 5 ¹ Le département désigné par le Conseil d'Etat (ci-après: le département) planifie, coordonne et met en œuvre la politique définie par le Conseil d'Etat. ² Il est notamment chargé de: a) la conclusion des contrats de prestations avec les EMS (art. 11);

b) l'examen de l'équivalence des conditions générales de travail des EMS avec les conventions collectives de travail du secteur de la santé du canton de Neuchâtel (CCT Santé 21);

c) l'approbation de la planification quinquennale de l'infrastructure immobilière des EMS conformément à l'article 13, alinéa 1, lettre i.

³Il est compétent pour accorder les dérogations au sens de l'article 13, alinéa 1, lettre d et de l'article 94, alinéa 2 LS.

Service cantonal
de la santé
publique

Art. 6 ¹Le service cantonal de la santé publique (SCSP) est l'organe d'exécution du département.

²Il est notamment chargé de la surveillance financière et du contrôle des comptes des EMS.

CHAPITRE 3

Autorisation d'exploiter et reconnaissance LAMal

Autorisation
d'exploiter

Art. 7 ¹Les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter sont régies par la loi de santé.

²L'autorisation d'exploiter permet de tenir compte, dans le cadre des dépenses reconnues pour les résidents au bénéfice des prestations complémentaires au sens de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires, LPC), du 6 octobre 2006, de la taxe pour l'hébergement fixée par le Conseil d'Etat.

³Elle n'ouvre pas le droit pour un EMS de conclure un contrat de prestations.

Reconnaissance
LAMal
a) en général

Art. 8 ¹L'admission d'un EMS à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, au sens de l'article 39 LAMal (reconnaissance LAMal), est régie par la loi de santé.

²Le financement des soins dispensés en EMS est réglé par l'article 25a LAMal.

³La part du coût des soins de longue durée incombant au résident correspond au maximum à 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (part du résident). Le résident en est le débiteur.

⁴La part des coûts de soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ou par le résident incombe à l'Etat (part cantonale) selon les articles 9 et 10.

⁵La reconnaissance LAMal n'ouvre pas le droit pour un EMS à conclure un contrat de prestations.

b) Hébergement
dans le canton

Art. 9 Pour la personne domiciliée et résidant en EMS dans le canton, le Conseil d'Etat fixe les montants des prestations journalières LAMal ainsi que les modalités de versement de la part cantonale.

c) Hébergement
hors canton

Art. 10 Pour la personne domiciliée dans le canton mais résidant en EMS hors canton, la part cantonale se calcule conformément à la législation du canton d'hébergement, mais à concurrence maximale de la part cantonale fixée conformément à l'article 9. Le Conseil d'Etat en fixe les modalités de versement.

CHAPITRE 4

Contrats de prestations

Section 1 : Généralités

Contrat de prestations 1. Définition	<p>Art. 11 ¹Le contrat de prestations règle les relations entre l'Etat et l'EMS, dans le respect de la politique définie par le Conseil d'Etat en matière de prise en charge des personnes nécessitant un hébergement en EMS.</p> <p>²Il définit notamment les missions de l'EMS, les prestations à fournir et leur mode de financement.</p>
2. Conditions	<p>Art. 12 L'Etat peut conclure un contrat de prestations avec l'EMS qui est au bénéfice:</p> <p>a) d'une autorisation d'exploiter, et;</p> <p>b) de la reconnaissance LAMal.</p>
3. Contenu	<p>Art. 13 ¹La conclusion d'un contrat de prestations implique notamment pour l'EMS l'acceptation des obligations générales suivantes:</p> <p>a) l'application à l'ensemble des résidents des tarifs fixés par le Conseil d'Etat;</p> <p>b) le respect des tarifs fixés par le Conseil d'Etat et la renonciation à toute autre rémunération pour les prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire);</p> <p>c) la renonciation à toute capacité d'hébergement différente de celle fixée dans le contrat de prestations;</p> <p>d) l'engagement de réserver l'hébergement aux personnes dont l'état de santé ou la situation nécessite une prise en charge entrant dans la mission de l'établissement, sous réserve de dérogations autorisées par le département;</p> <p>e) le respect des critères d'attribution des chambres individuelles définis par les associations professionnelles d'EMS;</p> <p>f) la renonciation à exiger une garantie des résidents, hormis la facturation d'un acompte en début de mois;</p> <p>g) l'engagement de maintenir l'infrastructure mobilière et immobilière dans un état d'entretien approprié;</p> <p>h) l'engagement de soumettre au département pour approbation la planification quinquennale des travaux de transformation et d'entretien de son infrastructure immobilière entraînant une plus-value au sens de l'article 27;</p> <p>i) la remise des données financières et statistiques définies par le Conseil d'Etat.</p> <p>²Pour le reste, le contrat de prestations énonce les obligations particulières assumées par l'EMS.</p>
4. Effets	<p>Art. 14 ¹La conclusion d'un contrat de prestations entraîne la reconnaissance d'utilité publique.</p> <p>²Elle permet l'obtention de subventions au sens des articles 16 et suivants.</p>
Limitation des revenus et bénéfices	<p>Art. 15 ¹Le Conseil d'Etat peut définir des règles sur la limitation des revenus du travail et du capital des propriétaires et exploitants d'EMS reconnus d'utilité publique.</p>

²Il définit les principes régissant l'utilisation des bénéfices.

Section 2 : Financement

Principe	Art. 16 L'EMS fournit des prestations individuelles et des prestations d'intérêt public, conformément au contrat de prestations.
Prestations individuelles	Art. 17 ¹ Les prestations individuelles sont celles dont bénéficie personnellement chaque résident. ² Elles se composent des prestations socio-hôtelières, des prestations journalières LAMal et des prestations spécifiques.
1. Prestations socio-hôtelières a) En général	Art. 18 ¹ Les prestations socio-hôtelières comprennent toutes les prestations découlant de l'hébergement dans l'EMS, selon la liste dressée par le Conseil d'Etat. ² Elles sont rémunérées sur la base d'un tarif cantonal unique, sous réserve de la prestation journalière loyer. ³ Le résident est débiteur du montant des prestations socio-hôtelières.
b) Prestation journalière loyer	Art. 19 ¹ La prestation journalière loyer représente la mise à disposition par l'EMS de son infrastructure mobilière et immobilière. ² Elle est rémunérée sur la base du tarif fixé pour chaque EMS en fonction des valeurs de ses infrastructures mobilière et immobilière, conformément au chapitre 5.
2. Prestations journalières LAMal	Art. 20 ¹ Les prestations journalières LAMal représentent les soins dispensés au sens de l'article 25a LAMal. ² Leur rémunération est effectuée conformément à l'article 8, alinéas 3 et 4. ³ La part cantonale est versée à l'EMS sous forme d'indemnités.
3. Prestations spécifiques	Art. 21 ¹ Les prestations spécifiques sont celles dont bénéficie le résident en supplément des prestations socio-hôtelières et des prestations journalières LAMal au sens des articles 18 à 20. ² Elles sont rémunérées à l'acte. ³ Le résident est débiteur du montant des prestations spécifiques.
Prestations d'intérêt public	Art. 22 ¹ Les prestations d'intérêt public sont les autres prestations assumées par l'EMS dans le cadre du contrat de prestations et qui sont en relation avec l'exploitation de l'EMS sans être destinées spécifiquement aux résidents. ² Leur rémunération est versée par l'Etat à l'EMS sous la forme d'indemnités.
Aides individuelles	Art. 23 ¹ Pour le résident qui n'a pas les ressources financières nécessaires pour assumer les frais des prestations qui lui incombent selon les articles 18 à 20, l'EMS facture au moins la taxe pour l'hébergement (art. 7) et au plus un montant journalier équivalent à la taxe pour l'hébergement majorée du revenu excédentaire du résident déterminé par le calcul de prestations complémentaires selon la loi sur les prestations complémentaires.

²L'EMS reçoit de l'Etat, à titre d'indemnité, la différence entre les frais des prestations qui incombent au résident et le montant qui lui est facturé selon l'alinéa 1.

³Le Conseil d'Etat règle les modalités.

Conditions de travail

Art. 24 L'application par les EMS des CCT Santé 21 ou de conditions générales de travail équivalentes entraîne une majoration de tarifs.

CHAPITRE 5

Infrastructures mobilières et immobilières

Généralités

Art. 25 La valeur de l'infrastructure mobilière et immobilière reconnue sert de base au tarif fixé pour chaque EMS en vue de la rémunération de la prestation journalière loyer.

Infrastructure mobilière

Art. 26 ¹Le Conseil d'Etat fixe la valeur forfaitaire d'équipement mobilier par lit.

²Dans le cadre du contrat de prestations, le département peut s'écarter de cette valeur pour tenir compte des infrastructures particulières en lien avec la mission de l'EMS.

Infrastructure immobilière

Art. 27 ¹La valeur de l'infrastructure immobilière est fonction de l'utilité que l'infrastructure représente pour la mission de l'EMS et de son degré d'entretien.

²Le Conseil d'Etat fixe et définit, après consultation des associations professionnelles d'EMS, les critères à prendre en considération pour déterminer la valeur de l'infrastructure immobilière.

³La valeur de l'infrastructure immobilière de chaque EMS est déterminée par expertise, selon la procédure définie par le Conseil d'Etat.

Critères de rémunération

Art. 28 Le Conseil d'Etat fixe les critères permettant de rémunérer les valeurs des infrastructures mobilière et immobilière.

CHAPITRE 6

Procédure

Application de la LPJA

Art. 29 Sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, la procédure est régie par la loi sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), du 27 juin 1979.

CHAPITRE 7

Dispositions pénales et disciplinaires

Renvoi

Art. 30 Les dispositions pénales et disciplinaires de la loi de santé sont applicables aux EMS et à leurs responsables.

CHAPITRE 8

Dispositions finales et transitoires

Abrogation du droit en vigueur

Art. 31 La loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA), du 21 mars 1972, est abrogée.

Modification du droit en vigueur

Art. 32 La modification du droit en vigueur est réglée dans l'annexe.

Disposition transitoire

Art. 33 ¹Pendant une période de trois ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi, le Conseil d'Etat peut tenir compte de la situation financière particulière d'un EMS dans la fixation des tarifs pour la rémunération des prestations.

²Lorsque des circonstances exceptionnelles le justifient, il peut prolonger cette période de deux années supplémentaires.

Référendum facultatif

Art. 34 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Promulgation et entrée en vigueur

Art. 35 ¹Le Conseil d'Etat pourvoit, s'il y a lieu, à la promulgation et à l'exécution de la présente loi.

²Il fixe la date de son entrée en vigueur.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

La présidente, *Les secrétaires,*

Le droit en vigueur est modifié comme suit:

1. Loi sur le contrôle des habitants (LCdH), du 3 février 1998

Art. 14, al. 4, lettre b

⁴La déclaration d'arrivée incombe:

b) à la direction, pour le séjour des personnes dans un établissement médico-social;

2. Loi de santé (LS), du 6 février 1995

Art. 73a (nouveau)

Financement des prestations de soins

Le Conseil d'Etat est compétent pour régler le financement du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a, alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994, lorsqu'ils sont fournis par des infirmiers et infirmières selon l'article 51 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), du 27 juin 1995.

Art. 78, lettre c

Les institutions se répartissent dans les catégories suivantes:

c) les établissements spécialisés, à savoir les foyers de jour et de nuit, les familles d'accueil, les appartements protégés et les établissements médico-sociaux (EMS);

Art. 83, al. 1^{bis} (nouveau)

^{1bis}Il dresse notamment la liste des fournisseurs de prestations autorisés à dispenser les soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal. Il définit les notions de soins aigus et de transition.

Art. 84, al. 1, 2^e phrase (nouvelle)

¹(...) La loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du ..., est réservée.

Art. 91

d) Etablissements pour personnes âgées

¹Les établissements spécialisés au sens de la présente loi sont des établissements pour personnes âgées qui revêtent la forme de:

- a)* foyers de jour ou de nuit;
- b)* familles d'accueil;
- c)* appartements protégés;
- d)* EMS;

²Par personnes âgées, on entend les personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946,

Art. 94, note marginale, texte actuel, al. 2 (nouveau)

d) Etablissements médico-sociaux

¹Les EMS sont des institutions qui accueillent des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants, dont l'état de santé, physique ou psychique,

exige de l'aide et des soins sous surveillance médicale, sans justifier un traitement hospitalier.

²Sur dérogation de l'autorité compétente, ils peuvent accueillir des personnes plus jeunes dont l'état de santé, physique ou psychique, exige des aides ou des soins sans justifier un traitement hospitalier.

Art. 95

Abrogé

Art. 105, al. 1

¹Le financement des institutions reconnues d'utilité publique est réglé par la loi sur l'aide aux institutions de santé (LAIS), du 25 mars 1996, et par la loi sur le financement des établissements medico-sociaux (LFinEMS), du ...

Art. 105a (nouveau)

Financement des
prestations de
soins

Le Conseil d'Etat est compétent pour régler le financement:

- a) des soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal ;
- b) du coût résiduel des soins fournis lors d'accueil de jour et de nuit au sens de l'article 7a, alinéa 4 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), du 29 septembre 1995 ;
- c) du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des organisations de soins et d'aide à domicile selon l'article 51 OAMal.

Art. 111, al. 3

Le terme "homes" est remplacé par l'acronyme "EMS".

3. Loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LCPC), du 6 novembre 2007

Art. 4, al. 2

Abrogé

LISTE DES PRESTATIONS COMPRISES DANS LE PRIX DE PENSION

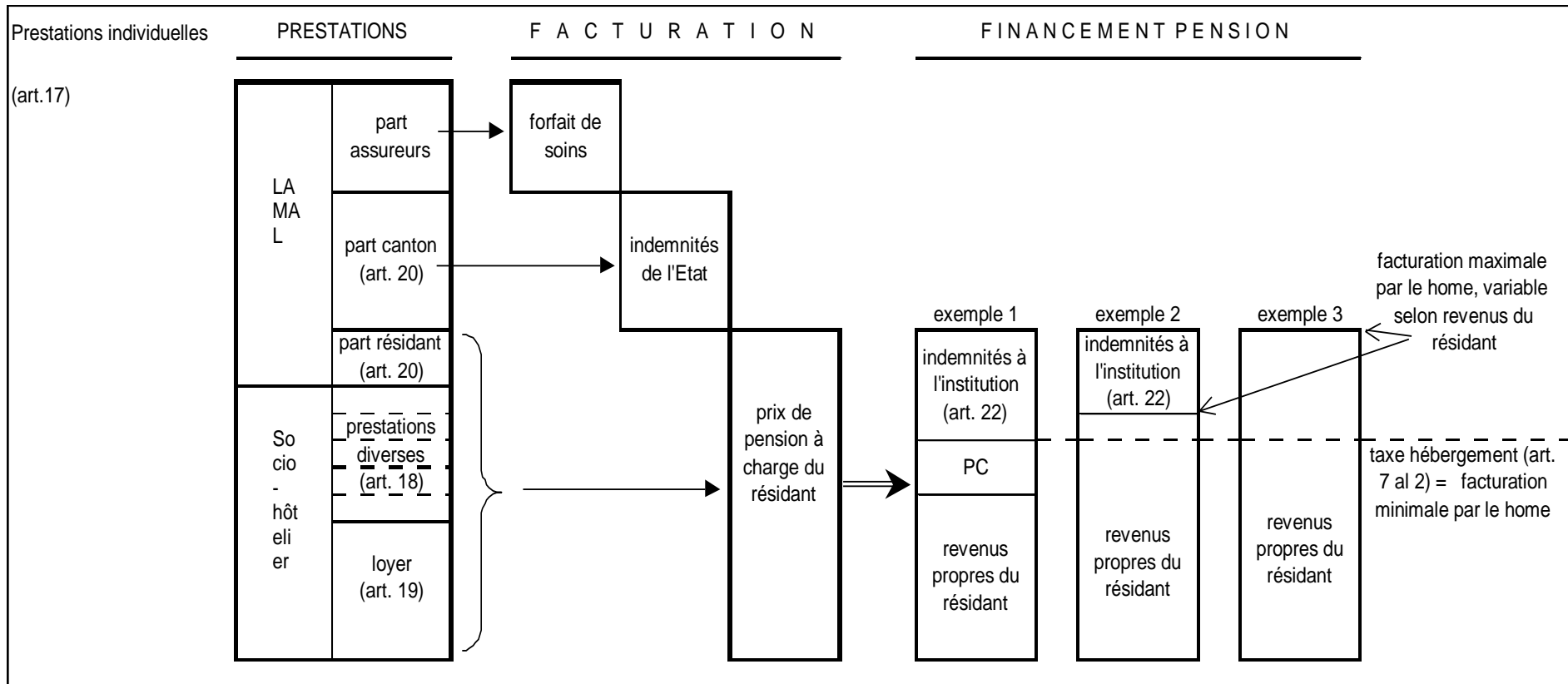
L'annexe 2 présente la liste des prestations comprises dans le prix de pension et des modalités de participation des résidents.
 Cette liste est exemplative en l'état du dossier et sera arrêtée en temps voulu par le Conseil d'Etat.

Dépenses pour le résidant au bénéfice de prestations complémentaires AVS/AI		
Dépenses couvertes par la pension	Dépenses personnelles	Dépenses relevant du remboursement des frais médicaux
Part 20% aux frais Lamal coût non LAMal de l'impotence participation aux frais de séjour hosp. mise à disp moyens auxiliaires produits de toilette courants/nécessaires toilette mortuaire, chambre fun. alimentation (repas, boissons) régime prescrits service salle à manger service en chambre ménage lavage, repassage, pliage habits petits travaux de couture abonnement au teleréseau abonnement au téléphone assurance RC transports collectifs du home animation	vêtements chaussures usuelles nettoyage chimique réparation objets personnels coiffeur, soins esthétiques pédicure sans prescription transports sans but médical conversations téléphoniques journaux cafétéria cigarettes éventuels frais tuteur, curateur assurances complémentaires manifestations externes vacances lunettes (part non LAMal) argent de poche marquage du linge part primes AOS supérieures au montant rec.	franchises et quote-part LAMal frais de transport en ambulance frais dentaires frais d'acquisition d'appareil auditif lunettes si opération cataracte transports à but médical souliers orthopédiques pédicure avec prescription taxe d'entrée
NB : les cotisations à l'AOS sont payées par le SCAM (max. reconnu)		

MODÈLE DE FACTURATION POUR LES EMS RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE

Prestations collectives (art. 23)	Découlent du contrat de prestations Rémunérées par des indemnités de l'Etat
--------------------------------------	--

Prestations individuelles spécifiques (art. 22)	Facturées à l'acte aux résidents Payées par le résident, cas échéant par la CCNC (remb frais médicaux)
--	---



GLOSSAIRE

ANMO	: Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens
ANEMPA	: Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées
ANEDEP	: Association neuchâteloise des directeurs d'établissements médico-sociaux privés
ANIPPA	: Association neuchâteloise des institutions privées pour personnes âgées
AOS	: Assurance obligatoire des soins
CCNC	: Caisse cantonale neuchâteloise de compensation
CGT	: Conditions générales de travail
CNP	: Centre neuchâtois de psychiatrie; établissement cantonal psychiatrique de droit public
DSAS	: Département de la santé et des affaires sociales
EMS	: Établissement médico-social
EMS LESPA	: EMS (fondations ou association) reconnus d'utilité publique au sens de la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées
EMS privés	: EMS non LESPA
HNe	: Hôpital neuchâtois; établissement hospitalier cantonal
LAMal	: Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCPC	: Loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPC	: Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LESPE	: Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées
LS	: Loi de santé
NOMAD	: Neuchâtel organise les soins à domicile; établissement cantonal de droit public pour le maintien à domicile
PLAISIR	: Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis; système utilisé pour l'évaluation du besoin en soins des résidents dans les EMS du canton
RASI	: Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions
SCSP	: Service cantonal de la santé publique
UAT	: Unité d'accueil temporaire

TABLE DES MATIERES

	<i>Pages</i>
RESUME	1
1. INTRODUCTION	2
2. RAPPEL HISTORIQUE	2
3. CONTEXTE	4
3.1. Etat de la planification cantonale.....	5
3.2. Autres cantons.....	9
3.3. Projections démographiques.....	10
3.4. Prestataires ambulatoires	11
3.5. Autres prestations	12
4. LIMITES DU SYSTEME ACTUEL	12
5. MODIFICATION DES CONDITIONS CADRES	13
5.1. Révision de la loi fédérale sur les PC (LPC).....	13
5.2. Révision de la LAMal	14
6. OBJECTIFS	15
6.1. Financement des prestataires de soins de longue durée	15
6.2. Réforme de l'Etat et redressement des finances	15
7. DEMARCHE	16
8. PRINCIPES GENERAUX	17
8.1. Prix de pension normatif	17
8.2. Définition du périmètre relatif aux institutions	17
8.3. Définition du périmètre relatif aux résidents et aux séjours	21
8.4. Définition du périmètre relatif aux prestations individuelles	25
8.5. Définition du périmètre relatif aux prestations d'intérêt public.....	28
8.6. Définition du périmètre relatif aux infrastructures	31
8.7. Points de divergence avec les associations d'EMS.....	32
9. MODELE DE FINANCEMENT PAR PRESTATIONS DANS LES EMS.....	33
9.1. Principes généraux	33
9.2. Modèle de financement des EMS non reconnus d'utilité publique.....	33
9.3. Modèle de financement des EMS reconnus d'utilité publique.....	34
9.4. Contraintes liées à la reconnaissance d'utilité publique.....	36
9.5. Les compétences normatives	37
10. PRESTATAIRES AMBULATOIRES DES SOINS DE LONGUE DUREE	38
11. MODIFICATION DES PRINCIPES LIES A L'AUTORISATION D'EXPLOITER... ..	39
12. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	39
13. CONSEQUENCES	40
13.1. Conséquences pour les résidents.....	42
13.2. Conséquences pour les EMS	42
13.3. Conséquences pour les assureurs-maladie	43
13.4. Conséquences pour l'Etat.....	43
13.5. Avantages du nouveau système de financement.....	43

14. CALENDRIER	44
15. PROJET DE LOI	45
15.1. Commentaires article par article	45
15.2. Vote du Grand Conseil	51
16. CONCLUSION	52
Annexe 1 (projet de loi).....	54
Annexe 2 (liste des prestations comprises dans le prix de pension)	62
Annexe 3 (modèle de facturation pour les EMS reconnus d'utilité publique).....	63
Glossaire	64