

Loi

du 12 mai 2016

sur les prestations médico-sociales (LPMS)

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu les articles 63 al. 1 et 68 al. 2 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004 ;

Vu le message 2013-DSAS-77 du Conseil d'Etat du 24 mars 2015 ;

Sur la proposition de cette autorité,

Décète :

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Art. 1 But et objet

¹ La présente loi a pour but de garantir la qualité et la coordination de prestations médico-sociales répondant aux besoins de prise en charge de la population dans le canton.

² Dans ce but, elle :

- a) définit les prestations médico-sociales et les exigences auxquelles sont soumis les fournisseurs et fournisseuses qui les offrent ;
- b) définit l'organisation des relations entre les pouvoirs publics et les fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales ;
- c) fixe les conditions auxquelles les prestations médico-sociales font l'objet d'un financement des pouvoirs publics.

Art. 2 Définitions

¹ Les prestations médico-sociales sont les soins et autres prestations offerts par des fournisseurs et fournisseuses de soins au sens de l'article 7 al. 1 let. a à c de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie (ci-après : OPAS).

² On entend par autres prestations, au sens de l’alinéa 1, les prestations qui permettent à la personne les requérant d’accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne et qui visent à favoriser une vie autonome à domicile ou l’intégration sociale au sein d’une communauté.

³ Parmi ces autres prestations, on distingue :

- a) les prestations d’accompagnement, qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales des bénéficiaires de prestations en établissement médico-social (ci-après : EMS), dans la mesure où ces actes ne sont pas reconnus comme soins au sens de la loi fédérale sur l’assurance-maladie ;
- b) les prestations socio-hôtelières fournies en EMS ;
- c) les prestations d’aide fournies à domicile.

Art. 3 Libre choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations

Dans la mesure où elle n’y a pas renoncé, toute personne nécessitant une prestation médico-sociale choisit librement son fournisseur ou sa fournisseuse, à la condition que la prestation souhaitée soit disponible et conforme à ses besoins.

Art. 4 Evaluation des besoins

Tout fournisseur et toute fournisseuse de prestations médico-sociales mandaté-e ou exploité-e par une association de communes au sens de l’article 11 (ci-après : association) est tenu-e de procéder à l’évaluation des besoins de la personne concernée à l’aide de l’outil d’évaluation déterminé par le Conseil d’Etat et d’informer cette personne des prestations répondant à ses besoins.

Art. 5 Planification de l’offre

¹ Dans le cadre de la planification sanitaire, le Conseil d’Etat établit périodiquement une planification de l’offre de prestations médico-sociales pour l’ensemble du canton, après consultation des milieux intéressés.

² Sur la base de la planification de l’offre de prestations médico-sociales, le Conseil d’Etat établit la liste des établissements médico-sociaux, conformément à la législation fédérale.

CHAPITRE 2

Prestations médico-sociales

1. Prestations fournies à domicile

Art. 6 Définition

¹ L'aide et les soins à domicile sont les prestations médico-sociales qui ne nécessitent pas d'infrastructure institutionnelle et qui permettent à une personne de continuer à vivre à domicile.

² Le Conseil d'Etat définit un catalogue des prestations d'aide.

Art. 7 Fournisseurs et fournisseuses

¹ Les prestations médico-sociales peuvent être fournies à domicile par les fournisseurs et fournisseuses mandatés ou exploités ainsi que par tout autre fournisseur ou toute autre fournisseuse autorisé-e à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

² Peuvent être mis au bénéfice d'une subvention des pouvoirs publics les fournisseurs et fournisseuses qui :

- a) sont mandatés ou exploités par une association ;
- b) ne poursuivent aucun but lucratif ;
- c) sont inclus dans la planification ;
- d) offrent l'ensemble des prestations définies aux articles 6 et 7 OPAS ainsi que dans le catalogue prévu à l'article 6 al. 2 ;
- e) appliquent les tarifs fixés ou convenus ;
- f) appliquent les conditions cadres d'exploitation arrêtées par la Direction chargée de la santé¹⁾ (ci-après : la Direction).

³ La Direction peut conclure des mandats de prestations afin de répondre à des besoins spécifiques tels que ceux des personnes atteintes de maladies chroniques particulières. Elle peut également confier des mandats spécifiques à un organe faitier.

¹⁾ Actuellement : Direction de la santé et des affaires sociales.

2. Prestations fournies en établissement médico-social

Art. 8 Définition

¹ L'EMS est l'institution de santé, admise à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, qui est destinée à accueillir, en principe,

des personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite et dont l'état exige des soins et une surveillance continue.

² Les prestations médico-sociales fournies en EMS sont les suivantes :

- a) les accueils résidentiels de longue durée ;
- b) les accueils résidentiels de courte durée, qui ne peuvent excéder trois mois ;
- c) les accueils à la journée ou à la demi-journée en foyer de jour ;
- d) les accueils de nuit.

³ Les dispositions relatives au coût des soins dans les EMS sont applicables par analogie aux prestations de soins fournies dans les habitations communautaires qui :

- a) sont composées de plusieurs logements adaptés et sécurisés ;
- b) offrent des prestations socio-hôtelières ;
- c) assurent la prise en charge des soins 24 heures sur 24 grâce à du personnel d'un EMS, et
- d) répondent aux exigences que l'article 9 impose pour les EMS.

Art. 9 Admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

¹ Peuvent être inscrits sur la liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les EMS qui répondent aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

² A ce titre, ils doivent, en particulier :

- a) être inclus dans la planification cantonale ;
- b) évaluer le niveau de soins des bénéficiaires au moyen de l'outil défini par le Conseil d'Etat ;
- c) disposer de l'effectif en personnel de soins requis, tel qu'il est défini par le Conseil d'Etat pour chaque niveau de soins ;
- d) garantir la présence de personnel de soins qualifié 24 heures sur 24.

Art. 10 Reconnaissance

¹ Les EMS peuvent être mis au bénéfice d'une reconnaissance par l'Etat.

² La reconnaissance fonde, sous réserve des autres conditions applicables, le droit à un subventionnement de l'accompagnement par les pouvoirs publics.

³ La reconnaissance porte sur une partie ou sur l'ensemble des prestations offertes par l'EMS.

⁴ Peuvent être mis au bénéfice d'une reconnaissance les EMS dont le support juridique ne poursuit pas de but lucratif et qui :

- a) répondent à un intérêt public ;
- b) sont accessibles à toute personne domiciliée dans le canton ;
- c) sont mandatés ou exploités par une association.

⁵ Le Conseil d'Etat peut accorder des dérogations à l'alinéa 4 let. c et fixer des conditions particulières pour les établissements auxquels sont attribuées des missions spécifiques.

CHAPITRE 3

Associations de communes

Art. 11 Constitution

¹ Les communes et les fournisseurs et fournisseuses de prestations collaborent afin d'assurer la coordination de la prise en charge médico-sociale fournie à domicile et en EMS.

² A cette fin, l'ensemble des communes d'un ou de plusieurs districts forment une association au sens de la loi sur les communes.

³ L'association offre les prestations médico-sociales permettant d'assurer la couverture des besoins de la population idoine ou mandate des fournisseurs et fournisseuses de prestations dans ce but.

Art. 12 Compétences

L'association :

- a) établit un plan de couverture des besoins, sur la base de la planification cantonale ;
- b) coordonne l'offre de prestations médico-sociales ;
- c) assure l'information de proximité relative à l'offre de prestations ;
- d) établit les critères d'admission pour les accueils résidentiels de longue durée dans les EMS qu'elle exploite ou qu'elle mandate et valide les demandes individuelles y relatives ;
- e) définit les frais d'investissement pris en charge par l'association et transmet à la Direction le calcul des frais financiers de l'ensemble des EMS du district ;
- f) collecte et valide, pour transmission à la Direction, les données nécessaires à la planification cantonale et au contrôle de qualité ;

- g) formule, à l'attention de la Direction, des propositions relatives à la reconnaissance de lits en EMS et à la dotation des services d'aide et de soins à domicile subventionnés ;
- h) assure la surveillance administrative et financière des fournisseurs et fournisseuses mandatés ;
- i) répartit entre les communes l'ensemble des coûts relevant de ses compétences ;
- j) exerce les autres compétences que lui attribue la législation spéciale.

Art. 13 Organisation

¹ L'association dispose du personnel nécessaire pour effectuer les tâches qui lui incombent.

² Elle nomme une commission consultative composée des personnes représentant les fournisseurs et fournisseuses exploités ou mandatés par l'association ainsi que les bénéficiaires de prestations.

³ Au surplus, l'association s'organise selon les dispositions de la législation sur les communes.

CHAPITRE 4

Financement

1. Généralités

Art. 14 Définition des coûts

¹ Le coût des prestations fournies à domicile se compose du coût des soins et du coût de l'aide.

² Le coût des prestations fournies en EMS comprend :

- a) le coût des soins ;
- b) le coût de l'accompagnement ;
- c) les frais socio-hôteliers ;
- d) les frais d'investissement.

³ Le Conseil d'Etat détermine le coût des soins. Il définit aussi les autres coûts des fournisseurs et fournisseuses exploités ou mandatés par les associations.

Art. 15 Principes de financement

¹ Les pouvoirs publics participent au coût des soins prodigués par les fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales conformément à la législation sur le financement des soins.

² Le Conseil d'Etat détermine la part et les modalités de la prise en charge des frais de formation continue par les pouvoirs publics.

³ Sous réserve des alinéas 4, 5 et 6, les autres coûts sont à la charge des bénéficiaires, à qui il incombe de faire valoir leurs droits à des subventions découlant de la présente loi ou de la législation sur les assurances sociales.

⁴ Tout prélèvement direct sur une fortune inférieure à 200 000 francs est exclu pour la participation des bénéficiaires aux frais d'accompagnement.

⁵ L'Etat subventionne les services d'aide et de soins à domicile exploités ou mandatés par les associations conformément à l'article 7 al. 2 ainsi que l'accueil de jour et l'accueil de nuit au sens de l'article 8 al. 2 let. c et d pour les personnes domiciliées dans le canton.

⁶ Les communes assument la part des coûts d'investissement imputables à une prestation fournie en EMS à une personne domiciliée dans le canton ainsi que, conformément à l'article 19, les charges d'exploitation des fournisseurs et fournisseuses qu'elles mandatent.

⁷ Les conventions intercantionales sont réservées. Le Conseil d'Etat est compétent pour conclure avec les autorités d'autres cantons les conventions réglant réciproquement les séjours dans des EMS reconnus.

2. Subventions

Art. 16 Subvention aux services d'aide et de soins à domicile

¹ L'Etat alloue aux services d'aide et de soins à domicile exploités ou mandatés par une association une subvention correspondant à 30 % des frais du personnel exécutant les prestations d'aide et de soins.

² Le Conseil d'Etat fixe les modalités de subventionnement.

Art. 17 Subvention pour les accueils de jour et les accueils de nuit dans les EMS reconnus

¹ Pour les accueils non résidentiels dans les EMS reconnus, les pouvoirs publics allouent des subventions sous forme de forfaits.

² La subvention est prise en charge à raison de 45 % par l'Etat et 55 % par l'ensemble des communes, au prorata de leur population dite légale, sur la base des derniers chiffres arrêtés par le Conseil d'Etat.

Art. 18 Prise en charge des frais d'investissement des EMS

¹ Les frais d'investissements mobiliers et immobiliers des EMS exploités ou mandatés par une association sont à la charge de l'association à laquelle appartient la commune dans laquelle la personne bénéficiaire est domiciliée.

² Pour les personnes bénéficiant de prestations en dehors de leur district de domicile, les frais d'investissement sont facturés à l'association à laquelle appartient la commune dans laquelle la personne bénéficiaire est domiciliée, jusqu'à concurrence de la moyenne cantonale par bénéficiaire déterminée par la Direction.

³ En cas de changement de lieu de domicile après l'entrée en EMS dans le canton, la compétence financière pour les frais d'investissement ne change pas.

Art. 19 Prise en charge des frais d'exploitation des fournisseurs et fournisseuses mandatés par l'association

Le mandat de prestations définit pour les fournisseurs et fournisseuses mandatés les modalités de la prise en charge des frais d'exploitation non couverts par les contributions de l'assurance obligatoire des soins, des bénéficiaires ou des pouvoirs publics.

Art. 20 Subvention aux frais d'accompagnement des bénéficiaires de prestations résidentielles en EMS reconnu

¹ Peut obtenir une subvention aux frais d'accompagnement la personne bénéficiant d'une prestation reconnue qui a fait valoir ses droits à toutes les prestations sociales et d'assurance auxquelles elle peut prétendre (notamment rente AVS ou AI) et déposé une demande de prestation complémentaire.

² Le Conseil d'Etat fixe la procédure pour l'obtention de la subvention et les modalités de son versement.

³ La subvention reçue indûment doit être restituée par les bénéficiaires ou leurs héritiers et héritières. Les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales sont applicables par analogie à la restitution et à la libération de l'obligation de restituer.

⁴ La subvention est prise en charge à raison de 45 % par l'Etat et 55 % par l'ensemble des communes, au prorata de leur population dite légale, sur la base des derniers chiffres arrêtés par le Conseil d'Etat.

⁵ La subvention ne peut être accordée qu'en faveur de personnes qui sont domiciliées dans le canton depuis deux ans au moins avant le dépôt d'une

demande pour cette subvention. Le Conseil d'Etat prévoit les conditions qui permettent, à titre exceptionnel, de renoncer à ce délai de carence.

CHAPITRE 5

Coordination et surveillance

Art. 21 Coordination

¹ L'Etat veille à la coordination entre les fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales et les réseaux hospitaliers.

² A cet effet, il institue une commission cantonale composée de personnes représentant les milieux concernés.

Art. 22 Surveillance

¹ La Direction veille à la qualité des soins dispensés par l'ensemble des fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales.

² Le Conseil d'Etat nomme une commission d'experts et expertes comme autorité de recours contre les décisions fixant le niveau des soins des bénéficiaires de prestations médico-sociales fournies en EMS. Les associations faitières des EMS et des assureurs-maladie sont représentées dans cette commission.

Art. 23 Obligation de renseigner

Les fournisseurs et fournisseuses de prestations sont tenus de transmettre à la Direction l'ensemble des informations nécessaires à la surveillance de la qualité des soins et de l'accompagnement ainsi qu'à l'octroi de subventions.

CHAPITRE 6

Voies de droit et dispositions finales

Art. 24 Voies de droit

¹ Les décisions fixant le niveau des soins des bénéficiaires de prestations médico-sociales fournies en EMS peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la commission cantonale d'experts et expertes.

² Les décisions de la commission cantonale d'experts et expertes sont sujettes à recours auprès du Tribunal cantonal.

³ Les décisions des associations de communes sont sujettes à recours auprès du Tribunal cantonal.

⁴ Les décisions prises par les autres autorités d'application peuvent faire l'objet d'un recours conformément au code de procédure et de juridiction administrative.

Art. 25 Remboursement de la subvention

¹ Les subventions d'investissement versées par l'Etat sous le régime de la loi du 15 septembre 1983 sur les établissements pour personnes âgées doivent être remboursées par le propriétaire de l'établissement si, dans les vingt-cinq ans qui suivent leur octroi, le bâtiment change d'affectation.

² Le montant à rembourser est celui de la subvention, réduit chaque année d'un amortissement de 4 %.

Art. 26 Droit transitoire

Les associations effectuent la répartition des frais financiers pour l'année 2017 selon les modalités de l'ancien droit.

Art. 27 Abrogations

Sont abrogées :

- a) la loi du 8 septembre 2005 sur l'aide et les soins à domicile (RSF 823.1) ;
- b) la loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (RSF 834.2.1).

Art. 28 Modification

La loi du 9 décembre 2010 d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (RSF 820.6) est modifiée comme il suit :

...

Art. 29 Entrée en vigueur et referendum

¹ La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

² Elle est soumise au referendum législatif. Elle n'est pas soumise au referendum financier.