

senesuisse 3.13

FOCUS

Contrats de senesuisse avec les caisses maladie	2
Le surveillant des prix et la protection tarifaire	3
Interview avec le surveillant des prix	6
1:12 : arbitraire, absurde, cher et dangereux	9
Prestations d'encadrement dans les soins aux personnes âgées	10

Appliquer des tarifs justes !

↳ La loi (LAMal) prescrit qu'il sera chargé au max. CHF 21.60 par jour aux résidents des homes pour personnes âgées pour les soins. La contribution des caisses de maladie est limitée à CHF 9.— par 20 minutes. Les cantons règlent la couverture des coûts résiduels des soins résiduels. Toutefois ils fixent une limite plafond et ne paient pas les coûts supplémentaires. Mais qu'entend-on sous « soins » ? Et que faire quand un établissement est « inefficace » ? Faut-il nuancer entre hôtellerie, encadrement et soins ?

Nous pouvons enfin complimenter le surveillant des prix. Selon son article publié dans la revue « Pflegerecht » (édition 2/2013), une autorité au moins semble avoir compris que LAMal et son application dans le paysage des établissements pour personnes âgées ne fonctionnent pas et engendrent des problèmes. Mais les solutions proposées d'application de protection tarifaire passent ratent leur but : des mesures technocrates supplémentaires n'entraîneraient que des dépenses supplémentaires ; seul l'examen des coûts globaux fournit des résultats sensés.

← article page 3 | ← interview avec le surveillant des prix page 6 | →





CLOVIS DEFAGO ← CDE
Président senesuisse

↳ Tous les ans à la même époque – soit en automne – les primes des caisses maladie reviennent sur le tapis. Pas de surprise cette année : elles vont augmenter.

Les coûts de la santé ont doublé depuis 1995 et atteignent aujourd'hui les 70 milliards de francs. Ils ont augmenté entre 1995 et 2010 plus rapidement que l'économie suisse. Alors que le produit intérieur brut (PIB) a augmenté de 50% pendant cette période, les coûts de la santé ont augmenté parallèlement de 75%. Il y a trois ans, on lisait déjà que ces coûts augmentaient de CHF 3 millions, par jour !

Pour les caisses maladie, cette augmentation s'explique essentiellement par le manque de compétitivité. L'État n'arrive pas à maîtriser ces coûts. C'est l'économie planifiée. Les soins de longue durée pâtissent eux aussi de cette situation. Alors qu'en 2001, les coûts des soins s'élevaient à CHF 6.5 milliards, selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), ils devraient atteindre CHF 15 milliards ces prochaines années. Mais, aurons-nous atteint le plafond ? L'évolution actuelle montre que les homes souffrent de plus en plus d'un blocage des investissements. On demande de nouveaux types d'habitation et d'assistance. Les installations anciennes ne répondent plus aux exigences actuelles, les chambres à quatre lits font partie du passé – mais, il en existe encore. Les places sur les listes, resp. les contingents de lits ont été des décisions malencontreuses et ne répondent pas aux nouvelles formes de logement. La politique avec sa planification obnubilée par le détail est nettement déphasée. Elle a du

mal à reconnaître que l'économie planifiée du système de santé et son financement sont en grande partie un échec. Et bricoler à gauche et à droite n'apporte pas vraiment d'amélioration. Le problème ne serait pas non plus résolu avec une caisse maladie unique pour laquelle nous voterons une troisième fois. Elle bloquerait encore plus la compétitivité et nous irions directement dans une voie sans issue.

Nous devons nous détacher sans préambule du système actuel et développer d'autres modèles de coûts et de financement : compétitivité au lieu de régulations qui font monter les prix, suppression du contingentement de lits, crédits de prestations pour les soins et assistance couplée avec les besoins en soins certifiés par le médecin, suppression de rémunérations très variables pour des prestations identiques (spitex/home), etc. Ce sont des perspectives très intéressantes. Sortir des sentiers battus et trouver de nouvelles pistes, cela demande une bonne dose de courage. ← CDE

Contrats senesuisse avec les caisses maladie

↳ **senesuisse est en pleine croissance et compte aujourd'hui quelque 350 établissements-membres. Ces établissements pour personnes âgées et EMS devraient maintenant bénéficier d'un propre contrat avec les assureurs maladie. On a que trop attendu pour une uniformisation nationale d'autant que les solutions cantonales engendrent des frais supplémentaires. Le processus d'adhésion au contrat national avec les assureurs HSK (Helsana, Sanitas, KPT et affiliés) est en cours. Les négociations avec les assureurs affiliés au Tarifsuisse sont amorcées pour 2015.**

Enfin une réglementation nationale

Il est grand temps que les contrats qui varient d'un canton à l'autre soient remplacés par un contrat national uniforme. Les maisons pour personnes âgées et les EMS auront maintenant des relations et un système de facturation identiques avec les compagnies d'assurance. Les frais de gestion administrative diminueront aussi bien pour les caisses maladie que pour les négociateurs et pour les établissements établis dans plusieurs cantons.

Les négociations contractuelles entre le groupe HSK et senesuisse sont maintenant closes et la procédure d'adhésion pour 2014 est en cours. Avec les autres assureurs (Tarifsuisse), les contrats en cours se poursuivent, mais le contrat national devrait être conclu pour 2015. En tant qu'association, nous veillerons à ce que tous les assurés bénéficient des mêmes conditions de catégorie, de contrôle, de facturation, de paiement et surtout de décompte des prestations secondaires dans toute la Suisse.

Adhérer maintenant

La procédure d'adhésion au contrat avec le groupe HSK est amorcée. Tous les membres de senesuisse et tous les établissements non membres peuvent s'affilier. Le contrat sur les formalités administratives et celui des prestations auxiliaires sont sur le site Web www.senesuisse.ch.

Les établissements qui adhèrent ont différentes variantes à disposition

- Choix du système de classification (versions RAI/RUG, BESA ou PLAISIR)
- Décompte par le système tiers payant ou tiers garant
- Décompte des prestations LiMA avec forfaits (env. CHF 2 en moyenne) ou facture individuelle (avec réduction de 15%)
- Possibilité de décompte des médicaments avec sa propre pharmacie selon les prix LS avec rabais de 10%
- Reconduite du décompte des prestations médicales avec un forfait (pour 2014 encore)

Avantages

Pour les assureurs, les solutions nationales sont une suite logique de l'application du nouveau financement des soins. Ils n'admettront guère des différences entre cantons. Le contrat national négocié offre une bonne moyenne des prestations secondaires actuelles et va s'imposer. Les établissements adhérents à ce contrat national peuvent toutefois continuer à souscrire un contrat cantonal ou régional qui reste valable pour l'instant. La liberté de choix du contrat reste jusqu'à ce qu'une autre harmonisation avec le plus grand nombre possible de caisses maladie ait lieu, harmonisation prévue pour 2015. ← CST

CHRISTIAN STREIT ← CST
Directeur senesuisse

Le surveillant des prix et la protection tarifaire

Le surveillant des prix pointe le doigt sur le problème de l'application de la protection tarifaire : des déficits dans le secteur des soins seraient facturés à tort aux résidents des homes sous le couvert de frais d'hôtellerie ou d'encadrement. Ceci se constate inévitablement dans les EMS où les coûts des soins dépassent les coûts remboursés. C'est le cas dans près de 40% des EMS du canton de Zurich. Le surveillant des prix argumente que les pouvoirs publics devraient prendre en charge ces coûts supplémentaires, mais divers cantons n'ont pas réglé clairement ce point dans l'application de la révision de la loi. Les avis divergent, à savoir, les cantons doivent-ils prendre en charge ou non ces déficits ? La loi ne parle que de la réglementation des coûts résiduels. Les cantons avancent l'efficacité exigée des fournisseurs de prestations par la LAMal : les services publics n'ont pas à soutenir les homes déficitaires qui ont des coûts de soins élevés. Cette différence doit donc être supportée par les établissements – donc leurs organes responsables – coûts qu'ils essaient de répercuter sur les résidents ; ils violent ainsi la protection tarifaire.

Le surveillant des prix critique en outre les bases de calcul qui fixent les coûts normatifs. Il arrive à la conclusion – comme senesuisse il y a 15 ans – que les bases ne sont pas uniformes et qu'un manque de visibilité dans les définitions empêche d'avoir des comptes transparents. Ainsi les coûts normatifs sont tout au plus proches du volume effectif des coûts. La question se pose donc à savoir : doivent-ils servir de critères économiques aux cantons ? **L'absence de saisie du temps (pour chaque prestation) est particulièrement critiquée, car selon le surveillant des prix, la saisie du temps (chronométrage) est une condition préalable incontournable pour classer clairement les prestations dans les catégories obligatoires ou non obligatoires de la LAMal. En tant qu'autorité de surveillance, l'Office fédéral devrait édicter des prescriptions et des directives détaillées et pertinentes pour l'application de la loi. De nombreuses mesures sont présentées en tant que solutions :**

- exiger des cantons que les lacunes de réglementation soient comblées et que les frais résiduels (dépassant les coûts normatifs) des homes soient couverts ;
- au lieu de clés forfaitaires de répartition, contraindre les homes à des saisies périodiques du temps pour avoir des bases correctes de calcul des coûts ;
- demander au Conseil fédéral et de l'Office fédéral un outil uniforme de classification et exiger des définitions engageantes pour l'attribution des coûts des soins (p. ex. répartition des coûts administratifs ou centres de charges auxiliaires).

Ce sont les propositions du surveillant des prix. Mais comment les évaluer ? Revenons d'abord aux débuts de la LAMal et de la révision de la loi en 2009. Les objectifs de la loi pour le domaine des soins visaient alors de

- limiter les coûts des soins pour le consommateur (bénéficiaire de prestations) et de le protéger ;
- fixer la répartition des coûts entre les différents organes ;
- maîtriser l'évolution des coûts des soins.

La loi a été remaniée ; la version actuelle consolidait deux points essentiels : « Qui paie et combien ? » et « De quoi s'agit-il ? » :

- les caisses maladie paient un prix fixe aux prestations de soins décidé par le Conseil fédéral ;
- les résidents participent jusqu'à concurrence de 20% max aux coûts globaux des soins ;
- les personnes résidant en EMS sont protégées par la loi et ne doivent pas payer plus (protection tarifaire) ;
- les cantons règlent le financement des coûts résiduels (ils définissent normalement les « coûts standard »¹ comme plafond des coûts des soins pris en charge et ils paient la différence qui n'est pas couverte par les caisses maladie et les résidents).

Pendant les coûts des prestations de soins varient d'un prestataire à l'autre : certains EMS sont nettement au-dessus de la moyenne et d'autres au-dessous. La loi laisse aux cantons le soin de définir ce qui est « acceptable ». Quelles possibilités y a-t-il de couvrir ces coûts dans ces conditions ? Réfléchissons :

- les coûts supérieurs à la moyenne ne peuvent pas être facturés aux bénéficiaires des prestations (résidents) pour ne pas déroger à la protection tarifaire.
- le prestataire (home) ne peut prendre en charge ces coûts supplémentaires sinon le home ferait faillite par manque de rentrées financières.
- le prestataire s'efforce donc de baisser les coûts ce qui s'avère difficile dans certaines structures et n'est souvent possible qu'à long terme.
- Si le volume à ne pas dépasser (coûts standard) était fixé sur la base de la moyenne des établissements, les EMS économiseraient jusqu'à se ruiner.²
- Le canton ne veut pas prendre ces coûts à sa charge, sinon le prix plafond des prestations (déficit standard) perdrait sa raison d'être et on serait entraîné dans une spirale inflationniste au lieu d'une évolution lente des coûts : pourquoi un home se tiendrait-il aux coûts moyens alors que d'autres établissements se verraient dédommagés pour les coûts supplémentaires ?³

Bref : Échec et mat ! Dans ces conditions, il n'y a pas d'issue qui permettrait de résoudre le problème. La loi LAMal ne fonctionne pas, elle ne peut être ni appliquée, ni respectée.

Gré cette situation initiale, le surveillant des prix maintient que le chaudron peut être réparé et veut aider avec les mesures supplémentaires technocrates susmentionnées à appliquer au pied de la lettre la protection tarifaire. Il fait fausse route. La solution n'est pas « Plus », mais « Moins ». Pourquoi ?

Tout d'abord le surveillant des prix n'a pas tenu compte des composantes des prestations complémentaires (PC). Plus de 50% des résidents dans les EMS touchent les prestations complémentaires. Si les coûts résiduels des soins non couverts sont facturés au résident sous le titre d'encadrement ou d'hôtellerie, le canton verse cette différence déjà aujourd'hui pour le bénéficiaire de prestations complémentaires. La requête du surveillant des prix – prise en charge des coûts résiduels par les cantons – est déjà remplie à moitié.⁴ ← 141 →

« 3 ». En outre, le surveillant des prix est dans le faux s'il pense qu'avec des mesures supplémentaires ou une réglementation très stricte, on peut établir la vérité en matière de coûts et avoir un financement des coûts résiduels juste et conforme à la loi. Bien sûr la qualité peut être améliorée (soit une exactitude proche de la vérité des coûts). Mais avec un effort plus grand, on arriverait seulement à une « vérité mensongère plus précise ».

L'article du surveillant des prix donne l'impression que les homes pourraient mesurer le temps des soins en permanence si seulement ils s'en donnaient la peine. Nous avons accompagné fictivement une aide-soignante dans son travail pour démontrer ce que signifie au quotidien un chronométrage permanent des soins obligatoires et non obligatoires d'après la LAMal. « voir encadré page 5 » Il faudrait faire beaucoup d'efforts pour appliquer avec précision la clé des standards ; des problèmes d'ordre pratique font obstacle aux systèmes de saisie des prestations avec surtout les questions de délimitations. Les fournisseurs de ce genre de système me contrediraient bien sûr. Même un chronométrage périodique n'apporte guère de solution comparé avec le bénéfice. La même chose avec des définitions plus précises de la Confédération dans l'ordonnance sur le calcul des coûts. Les informations fournies aujourd'hui sont imprécises, mais une précision supplémentaire ne serait d'aucune aide : les questions de définition sont insolubles, les limitations restent arbitraires.

Ce que les cantons font ensuite avec le calcul des coûts, c'est encore une autre affaire. Chaque canton fixe les coûts standard selon sa méthode personnelle, soit tendance comptable, soit politique. Selon la volonté politique, les normes standard peuvent être corrigées sans problème vers le bas (voir le canton de Zurich pour 2014).⁵ Ceci n'a plus rien en commun avec la vérité des coûts.

À quoi ça rime ? Peu importe avec quelles mesures le calcul sera affiné, peu importe si le résultat est un peu plus précis et vice-ver-

sa, le problème ne sera pas résolu par un standard de coûts effectifs. La protection tarifaire ne pourra jamais être remplie avec cette méthode. Avec des mesures et des instruments supplémentaires, la situation ne fera qu'empirer, chaque interface en sus demande une interprétation contestable. Un tel déploiement d'efforts et une telle complexité du système – rien que pour satisfaire à la protection tarifaire dans les EMS – sont un acte irresponsable que la Suisse ne peut pas se payer. Aujourd'hui, les frais administratifs (niveau, documentation des soins, droit de protection de l'adulte, etc.) sont déjà très élevés. Devrons-nous bientôt changer de dénomination, et passer de « personne soignant », à « spécialistes de la saisie électronique » parce que l'encadrement et les soins sont sur la voie d'être de moins en moins reconnus ? Ne serait-il pas bon d'examiner si en supprimant le non-sens technocrate administratif, les coûts des soins ne pourraient pas baisser d'eux-mêmes, le résident bénéficierait davantage d'une telle solution que d'un calcul super précis des coûts des soins.

Moins est souvent mieux. Il faudrait alors reconnaître que la protection tarifaire ancrée dans la loi n'est pas applicable et que ces mesures supplémentaires n'apportent aucun avantage. Le sommet de la pyramide est atteint depuis longtemps – nous sommes aujourd'hui dans le secteur de l'utilité marginale décroissante.

Pour le surveillant des prix, la participation des résidents aux coûts est au premier plan alors que pour les homes c'est l'aspect « efficacité » et le mécanisme cantonal qui déterminent l'ensemble des coûts des soins et du séjour. L'important pour les EMS est que les dimensions globales (forfait journalier) soient fondées sur une base réaliste. La Confédération et les cantons ont aussi tout intérêt à ce qu'ils prennent en charge les coûts globaux de près de 50% des bénéficiaires PC (tendance à la hausse). Il n'existe aucune concordance sur le point « efficacité » et avec des coûts en hausse, les cantons font pression sur les coûts standard (canton de Berne). Les cantons semblent définir dans

leur majorité l'efficacité comme un produit limite provenant de la moyenne de tous les EMS : les coûts de prestations d'un home sont-ils ou non dans cette fourchette d'efficacité. D'après cette définition un home est d'autant plus efficace que ses prestations sont bon marché pour le canton. Et on soutient que la qualité est identique partout. Une considération à ne pas prendre, bien sûr, au pied de la lettre. La qualité et les conditions-cadres diffèrent d'un EMS à l'autre. Par principe, l'efficacité d'un établissement se trouve dans l'optimisation spécifique : pour une même prestation de qualité, des coûts moins élevés. Cette optimisation varie d'un établissement à l'autre. Une comparaison d'efficacité entre homes devrait tenir compte de la qualité et des conditions-cadres (infrastructure, niveau des salaires dans la région, etc.). Une telle comparaison – bien sûr en introduisant un système supplémentaire de qualité que les technocrates accueilleraient à bras ouverts – est une ineptie et un souhait purement irréaliste. La moyenne calculée par les cantons n'est pas une échelle d'efficacité concrète, mais une valeur limite arbitraire. Dans ce cas précis, le surveillant des prix a raison : les cantons ont tout intérêt à limiter les coûts globaux et à ne pas payer à chaque établissement son propre tarif – indépendamment de l'efficacité – est tout à fait légitime et même souhaitable. Premièrement, c'est une obligation économique, deuxièmement, c'est impératif vis-à-vis des homes meilleur marché. En outre, du point de vue de la gestion, il faut veiller à ce que les coûts optimaux répondent aux besoins spécifiques de l'établissement. Définir l'efficacité selon le principe du niveau moyen est une ineptie, mais maîtriser les coûts par ce moyen est légitime. Les EMS avec des coûts plus élevés ne peuvent tout simplement pas appliquer la protection tarifaire.

Quelle est donc la solution si la loi ne fonctionne pas, si malgré un supplément d'énergie et d'efforts, la protection tarifaire est inapplicable, si les coûts ne doivent pas exploser, si les résidents et les homes peuvent compter sur des tarifs fair ?

Moins est mieux. Il faut une simplification et non une densification des bases législatives. Les objectifs et les prétentions – ce qui peut être concrétisé – doivent être réduits. Cependant la question des priorités se pose. En comparaison avec la protection des tarifs pour une minorité (les auto-payeurs), l'efficacité globale des prestations reste bien sûr le problème majeur. Par conséquent, la protection tarifaire devrait être abrogée pour les résidents (comme compensation pour l'auto-payeur, une réduction fiscale pourrait être accordée sur les coûts globaux de séjour). L'attention devrait être déportée des coûts pour les soins à la globalité des coûts. Cette dimension serait fixée clairement, il n'y aurait aucun problème de délimitation. Les cantons maîtriseraient leurs coûts en fixant une limite maximale réaliste. Et avec un assouplissement du contingentement des lits (comme dans le canton de Zurich), les résidents pourraient choisir leur futur EMS en connaissance des coûts qu'ils auraient à supporter. Les établissements avec un standing plus élevé auraient des arguments plausibles pour appliquer des tarifs plus élevés en toute légitimité. La protection du résident face à des tarifs injustifiés serait automatique avec le plafond du tarif global. Finalement, tout résident serait libre de choisir un home plus cher s'il le souhaite.

Ce système n'atteindra pas tous les objectifs visés aujourd'hui. Mais après 17 ans de la LAMal, nous devons reconnaître que la loi et son application dans de nombreux domaines sont à bout de souffle. Au lieu de continuer dans la mauvaise direction, nous devons avoir le courage de rétrograder et nous donner des conditions-cadres réalistes. Des conditions qui ne bloquent pas notre efficacité et – en évitant des coûts élevés, beaucoup de bureaucratie, du fonctionnement à vide – ne nous empêchent pas d'exercer nos tâches en professionnel. « BWE »

BEAT WENGER « BWE »
CEO Wenger Betriebs AG



- 1) Dans l'application, les coûts standard désignent les coûts que les autorités d'un canton définissent comme moyenne des coûts de tous les prestataires ou les fixent politiquement (mot-clé « Bazar »).
- 2) Bien sûr, l'idée de départ était de faire baisser les coûts des établissements dispendieux et de les rendre ainsi efficaces. Se basant sur les coûts « acceptables » de la moyenne, certains établissements ont dû baisser leurs coûts, ce qui a conduit à une spirale de baisse des prix ruineuse, jusqu'à ce que tous les établissements ayant survécu aient atteint le même niveau de coûts selon le slogan : Tous morts, mais tous égaux ! Que le législateur pousse la branche à exercer de telles pratiques montre déjà l'aberration que véhicule cette loi !
- 3) En outre, les coûts au-dessus de la moyenne sont refinancés par les impôts et donc indirectement aussi par les bénéficiaires de ces prestations soi-disant protégés par la protection tarifaire en vigueur (auto-payeurs).
- 4) L'auto-payeur a un problème. Il paie de sa poche la répercussion sur les coûts résiduels au home avec le prix de la pension. Les coûts supplémentaires du canton sont couverts par les recettes fiscales provenant du bénéficiaire PC. L'auto-payeur de l'EMS est donc deux fois « berné » : non seulement il paie sa part au home directement, mais encore les autres résidents du home profitent de son versement au fisc.
- 5) Dans le sondage de Curaviva, les coûts supplémentaires s'élèvent à 3.— francs par rapport à l'année précédente. Le canton qui calcule les coûts standard sur la base SOMED les diminue d'environ 9.— francs par rapport à l'année précédente.

- ↳ Accompagnement de Monsieur Hans Meier aux w.c. – prestation non obligatoires LAMal **4 minutes 35 secondes**
- ↳ Observation d'une possible crise d'épilepsie – prestation obligatoire **11 secondes**
- ↳ Stop : saisie de la prestation devant la porte sur l'appareil mobile de saisie (**10 secondes**, quelles prestations sont des prestations LAMal ?)
- ↳ Trajet jusqu'à la salle des infirmières (LAMal ou non, on y serait retourné de toute façon – ou bien non ? **24 secondes**)
- ↳ Consulter la documentation Prescriptions de médicaments **38 secondes**
- ↳ Prendre les médicaments dans l'armoire, doser la posologie et remettre les médicaments à leur place **41 secondes**
- ↳ Stop : saisie de la prestation, mince ! ... faire une faute de frappe, peu importe, ce n'est pas la première fois **10 secondes**
- ↳ Ma collègue me demande conseil pour Madame Müller qui a reçu la visite de sa fille, celle-ci voudrait savoir à quelle heure sa mère va chez le coiffeur demain – (eh ! **1 minutes 15 secondes** LAMal, **49 secondes** pas LAMal)
- ↳ etc.

... encadrement fictif d'une aide-soignante sur son lieu de travail ...

Le surveillant des prix

↳ Le surveillant des prix peut-il intervenir dans la fixation des tarifs des homes ?

A la demande du Conseil des États, le surveillant des prix a contrôlé les tarifs des homes et les gouvernements cantonaux le consultent désormais régulièrement au moment de fixer les coûts standard. Le surveillant des prix en tant qu'organe de compétence ne peut à ce jour que donner des conseils et des recommandations. Une intervention directe du surveillant des prix dans les tarifs des EMS n'est possible que si la compétitivité ne fonctionne pas et que des entreprises puissantes ou des cartels abusent de leur position pour imposer leurs tarifs.

Les EMS, resp. leurs organes doivent-ils se porter garants pour les coûts résiduels de soins ?

Dans la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), ce point n'est pas clair. Le Tribunal fédéral a cependant pris position à plusieurs reprises dans ce contexte et dans une jurisprudence homogène, a réitéré à maintes reprises que les coûts résiduels non couverts, donc « le montant restant qui n'est payé ni par le résident, ni par la caisse maladie, est pris en charge par les pouvoirs publics (canton ou commune), ceci n'est pas écrit noir sur blanc dans la loi, mais est sous-entendu. » (voir jugements du Tribunal fédéral 2C_864/2010, E. 4.2 et 9C_197/2012, E. 5.1). Le surveillant des prix considère que c'est aux pouvoirs publics de supporter les coûts résiduels non couverts si l'EMS figure sur la liste des homes médicalisés. Nous l'avons mentionné à maintes reprises dans nos recommandations aux gouvernements cantonaux, p. ex. quand le financement des coûts résiduels a été limité sur une liste de homes cantonaux pour un home médicalisé privé.

Qui peut se défendre contre un financement résiduel trop bas des coûts des soins par les pouvoirs publics ?

Le Tribunal a déjà tranché à plusieurs reprises quand les résidents avaient protesté contre des factures où des coûts des soins figuraient sous la rubrique « Coûts d'encadrement » et que la limite des coûts des soins fixée dans la loi était ainsi dépassée.

En premier lieu, c'est aux cantons de remédier à des lacunes dans une réglementation en matière de coûts résiduels. Certaines situations spécifiques devraient être aussi clarifiées, p. ex. le problème du non-respect de la limite des coûts résiduels devrait être résolu et des directives fondées sur la réglementation cantonale communiquées.

Il semble difficile de dissocier les coûts des soins des autres coûts (encadrement, service d'hôtellerie). Où est le problème ?

Pour les résidents des établissements pour personnes âgées, c'est essentiellement une question financière. L'obligation de prendre en charge les coûts résiduels non couverts est purement théorique aussi longtemps qu'il n'existe aucune directive concrète qui définit les coûts effectifs des soins dans un EMS et qu'ils sont dissociés des autres coûts – notamment des coûts d'encadrement. Il n'y a ni loi ni ordonnance qui règlent les prestations indirectes, surtout du domaine administratif et organisationnel (structure temps), sont-elles

à attribuer aux soins ou à l'encadrement ? Selon leur interprétation, rien que le coût des soins peut varier de 25%. Les questions de délimitation entre soins, encadrement et pension doivent être clarifiées au niveau fédéral. A mon avis, ce serait déjà un grand pas en avant si les homes pouvaient non seulement séparer les besoins en soins des résidents, mais aussi les coûts d'encadrement individuel. Personnellement, je trouve que les EMS pourraient se charger de quelques tâches administratives supplémentaires pour que leur facturation reflète mieux les prestations individuelles et ceci pas uniquement pour les soins LAMal. Un home n'est pas un hôtel. Un amalgame de taxes pour l'encadrement et la pension comme il l'a été proposé dans Focus dernièrement fait fausse route.

Serait-ce une bonne chose de prescrire un système uniforme de saisie des besoins ou bien y a-t-il risque de monopole ?

Avec la nouvelle réglementation du financement des soins, les contributions des caisses maladie sont uniformisées par niveau de soins requis. Cependant, ceci ne signifie nullement qu'une résidente sera classée dans un même niveau d'un EMS à l'autre. Il est fort possible qu'en fonction de l'instrument de saisie des besoins (BESA, RAI/RUG ou Plaisir), un besoin en soins soit différemment appréhendé. Ceci est manifestement contraire à l'idée initiale du nouveau financement des soins. Le surveillant des prix considère superflu d'avoir différents instruments analogues pour donner au final les mêmes résultats en minutes/soins. Une harmonisation a déjà eu lieu dans les hôpitaux avec l'introduction de SwissDRG. Personnellement, je jugerais adéquat d'analyser si la définition des besoins des résidents dans les EMS ne pourrait pas être similaire. Cela aiderait à comparer les coûts des homes. L'objectif serait d'avoir des comparaisons de coûts similaires pour chaque niveau de besoins dans toute la Suisse. Cette tâche d'harmonisation reviendrait au Conseil fédéral, resp. à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les conditions préalables seraient données avec l'art. 25 al. 3 LAMal.

Comment les homes peuvent-ils contribuer ?

La loi prescrit que les homes doivent être en mesure de déterminer leurs coûts et de saisir les prestations. Le surveillant des prix demande que ces prescriptions légales soient appliquées. Les taxes doivent être conformes aux coûts. C'est-à-dire que les EMS sont obligés de ventiler de façon transparente leurs coûts – sans tenir compte d'une éventuelle limitation du canton avec des coûts standard – selon l'organisme payeur et de signaler aux pouvoirs publics des manques de financement de LAMal-obligatoire. L'obligation pour les homes de participer réside en premier lieu dans la transparence des coûts. Il y a ainsi des EMS qui n'ont pas encore de comptabilité d'investissements bien que la jurisprudence suisse l'exige depuis une décennie. En outre, il faut une clé de répartition spécifique aux homes pour l'imputation des charges aux coûts des biens et services. Si les EMS ne remplissent pas cette exigence de transparence des coûts, l'organe de surveillance (le canton) doit intervenir. En tant que surveillant des prix, je me demande pourquoi les EMS, en particulier les établissements privés facturent un supplément « démence ». A mon avis, les homes devraient

prouver de quel genre de prestations il s'agit et comment ils les délimitent par rapport aux prestations obligatoires de la LAMal. L'OFSP devrait de son côté indiquer clairement jusqu'où cette taxe supplémentaire est autorisée et quelles prestations spécifiques peuvent être remboursées.

Une part du système actuel de financement des souhaits est remise en question et on entend également que la loi est inapplicable ; qu'en pensez-vous ?

Le nouveau régime de financement des soins est le résultat d'un processus politique engagé il y a des années. Il s'agit d'un compromis entre plusieurs secteurs d'intérêts partiellement contradictoires. Par exemple, pour des raisons de politique sociale, le montant des coûts des soins à payer par les résidents est limité, mais parallèlement, il faut veiller à ce que l'assurance obligatoire des soins passe encore plus à la caisse. A mon avis, cette critique fondamentale va trop loin. Ce qui est surtout problématique, c'est que la loi n'est pas comprise de la même façon partout. On attend une réponse à cette question : quelles implications a une limitation des coûts des soins comme celle des coûts standard ? Le Tribunal fédéral a heureusement eu l'occasion à plusieurs reprises de dire comment la loi doit être interprétée. Les concernés n'ont plus maintenant qu'à veiller à ce que la loi soit correctement appliquée. Ceci demande un surcroît de travail. Mais je pense qu'avec le système actuel, une solution peut être trouvée qui satisfera tout le monde.

Il est permis, comme Monsieur Wenger l'a fait dans son article, de poser des questions sur les principes de base de la LAMal et de mener un nouveau débat sur la réglementation du financement des coûts des soins dans les établissements pour personnes âgées et les EMS.

Mais ce qui est clair : aussi longtemps qu'un nouveau système ne sera pas en vigueur, les prescriptions légales actuelles devront être observées et appliquées ! ← SME



STEFAN MEIERHANS ←SME

Surveillance des prix
Effingerstrasse 27
CH 3003 Bern
+41 31 322 21 01
preisueberwacher.ch

La loi prévoit que les EMS disposent des moyens pour communiquer leurs coûts et saisir électroniquement leurs prestations.



1:12 : arbitraire, absurde, cher et dangereux

↳ L'initiative 1:12 tente d'imposer une limite arbitraire et simpliste à la question complexe de la fixation des salaires. Elle aurait des conséquences directes et indirectes pour toute l'économie, y compris pour les recettes fiscales et les cotisations sociales, sans oublier qu'elle pourrait être contournée. Il est temps de s'en rendre compte et de refuser cette idée absurde.

Une question trop complexe pour une règle aussi simpliste

Le caractère excessif et dangereux de l'initiative « 1:12 » commence heureusement à s'imposer dans les esprits. Ce signal encourageant ne signifie évidemment pas qu'il faille relâcher les efforts de persuasion, tant reste vive l'indignation de certains citoyens face à quelques salaires disproportionnés ou considérés comme tels.

Le problème des salaires déraisonnables, s'il existe, est pourtant infiniment moins répandu qu'on essaie de nous le faire croire et ne concerne que quelques sociétés très particulières. Il est injustifiable qu'on se serve de ce thème pour imposer à toute l'économie une limite arbitraire, à savoir un rapport maximal de 12 entre le salaire le plus bas et celui le plus élevé.

La question des rémunérations est en effet trop complexe pour se laisser enfermer dans une règle aussi simpliste. Il existe de bonnes entreprises où les plus hauts salaires peuvent atteindre quatorze fois les salaires les plus bas, mais où ces derniers sont néanmoins tout à fait convenables et où chaque employé est satisfait de ses conditions de travail. A l'inverse, il existe des situations où, même dans un rapport de un à dix, les salaires sont déplorables et où la « morale » ne trouve guère son compte.

Songe-t-on assez qu'une limitation des hauts salaires pourrait, par exemple, poser des problèmes à certaines universités, à certains hôpitaux de pointe, ou à certains clubs sportifs ? Se contenter de jalouser ceux qui y gagnent des sommes importantes, c'est oublier ce que ces institutions apportent à notre communauté en termes d'image ... en plus bien sûr de ce qu'elles rapportent en espèces sonnantes et trébuchantes.

Des coûts tôt ou tard répercutés sur tous les citoyens

Ce dernier aspect constitue un élément déterminant de la campagne. Il y a encore trop de personnes qui pensent « ne pas être concernées » par cette initiative. Il importe donc de rappeler inlassablement à quel point la vie économique forme un tout cohérent dont les diverses parties interagissent. Ainsi, la plupart des petites et moyennes entreprises où les salaires ne connaissent aucun excès vivent, directement ou indirectement, de la consommation de biens et services par les grandes sociétés et par leurs collaborateurs les plus aisés. Obliger les riches à devenir moins riches ou à s'exiler, cela signifierait aussi tuer une poule aux œufs d'or dont chacun profite.

A ce profit privé s'ajoute le profit public. On a beaucoup insisté, avec raison, sur ce que les hauts dirigeants et leurs entreprises paient aujourd'hui au fisc et aux assurances sociales : on évalue qu'une acceptation de l'initiative pourrait faire perdre jusqu'à 2,5 milliards de francs par année à l'AVS et 1,5 milliard à l'impôt fédéral direct. On peut toujours discuter de l'exactitude de ces pronostics : en tous les cas, il est incontestable que la limitation des hauts salaires aurait mathématiquement un effet négatif sur les impôts et les cotisations sociales. Le manque à gagner devrait tôt ou tard être comblé par un effort supplémentaire demandé à tous les citoyens. Les auteurs de l'initiative en sont-ils conscients ?

Une limite imposée menacerait la prospérité de tous

A ces conséquences essentielles s'ajouteraient d'autres effets pervers. Notamment l'obligation de procéder à des contrôles supplémentaires dans les entreprises. Ou encore la facilité avec laquelle certaines sociétés pourraient contourner la loi en se scindant en plusieurs entités, ou en délocalisant ou externalisant les tâches les plus ingrates. Les travailleurs les plus modestes apprécieront !

Face à la perspective d'un tel gâchis, on comprend à quel point il importe de réaffirmer le principe selon lequel l'Etat n'a pas à intervenir dans la fixation des salaires. Celle-ci doit certes être soumise à quelques règles non seulement économiques mais aussi morales; elle n'en reste pas moins une affaire privée entre l'employeur et l'employé, ou entre leurs représentants respectifs. En d'autres termes, les défenseurs des travailleurs sont dans leur rôle lorsqu'ils dénoncent d'éventuels excès constatés concrètement dans telle ou telle entreprise, mais ils menacent gravement la liberté et la prospérité de tous lorsqu'ils tentent d'imposer des limites arbitraires et uniformes à l'infinie diversité des activités économiques.

Le maintien du succès helvétique passe par un NON résolu à l'initiative « 1:12 » le 24 novembre prochain. ←PGB

PIERRE-GABRIEL BIERI ←PGB
Centre Patronal

Encadrement : combien coûte un sourire ?

↳ Les prestations d'encadrement aux personnes âgées sont difficilement mesurables et justifiables. Elles seront donc « enrobées » dans la taxe de pension ou facturées dans les forfaits souvent critiqués par les résidents. Pourtant l'encadrement dans une maison de soins pour personnes âgées est la clé du succès, l'objectif principal et le mandat : les résidents doivent se sentir bien et bénéficier d'une haute qualité de vie.

Les prestations d'une maison pour personnes âgées incluent la **pension** (infrastructure, restauration, nettoyage et gestion), les **prestations** de soins (selon la loi) et l'**encadrement**. La **taxe de pension** ne peut être ni calculée avec précision, ni attestée. Elle est en outre payée par le résident lui-même, sauf s'il bénéficie des prestations complémentaires (PC). Les **prestations de soins** sont des éléments factuels de soins quotidiens et sont prises en charge par les caisses maladie, les pouvoirs publics et les résidents des homes. Ces prestations comprennent (art. 7 al. 2 OPAS) des mesures d'évaluation, les conseils, la coordination, les examens et les traitements ainsi que les soins de base. Pour des motifs financiers et à cause des restrictions légales finales, les taxes des soins ne doivent inclure aucune autre prestation, p. ex. l'encadrement des résidents. Ces prestations doivent être calculées, saisies et facturées autrement.

Et c'est là que le bât blesse, comment définir « l'encadrement ». Ces facteurs « soft » fournis par le personnel englobent des prestations plus ou moins importantes, mais seront la petite lueur qui éclairera toute la journée du résident. De telles prestations d'encadrement et de bienveillance ne sont pas palpables. Il est donc difficile de les saisir électroniquement et d'en faire porter les conséquences financières aux résidents. Certains trouvent que ces prestations font partie des soins. D'autres jugent qu'elles font partie de la pension. Et d'autres encore sont d'avis que ces prestations – comme toutes les autres – doivent être facturées selon le principe du pollueur-payeur. Comme il est usuel dans notre système fédéraliste, les cantons et certaines résidences pour personnes âgées ont leur propre pratique.

Avec CHF 14.— par jour dans la taxe de pension (taxe max. actuelle CHF 161.50) – pour les douze catégories de soins – le canton de Berne est extrêmement bas. Dans le canton de Soleure, dès la 3^e catégorie de soins, elle se situe dans une fourchette entre CHF 2.70 et 48.60 max. par jour (catégorie 12). En Argovie, les EMS fixent eux-mêmes les coûts d'encadrement qui varient fort d'un home à l'autre et d'une catégorie à l'autre. La catégorie 5, la plus usuelle en Suisse, est ainsi dans les homes argoviens dans une fourchette de CHF 3.60 à 65.40 par jour. Les homes de la ville de Zurich facturent pour les premiers quinze jours pour toutes les catégories de soins CHF 55.— par jour, puis CHF 40.—.

Selon une étude de la direction de la santé publique du canton de Zurich¹, 45 % vont aux coûts d'exploitation, 37 % aux soins et 19 % à l'encadrement. Sur la base de ces données, la part d'encadrement se situait en 2008 dans une moyenne pondérée de CHF 51.— par jour.

Puisque les prestations d'encadrement s'élèvent à un cinquième des coûts globaux, elles devraient être facturées séparément ce qui procurerait plus de clarté dans les comptes. Comme les prestations d'encadrement des personnes souffrant de démence sont nettement plus intensives que pour les autres catégories, un listage transparent pour les prestations se justifie.

En mai 2010, Curaviva Suisse a établi une charte en dix points dans le cadre du nouveau financement des soins :

Nous nous engageons en faveur d'une société

- qui considère le vieillissement démographique comme une chance et les personnes âgées comme une ressource précieuse.
- qui accepte le vieillissement comme faisant partie de l'existence humaine.
- au sein de laquelle les personnes âgées vivent et organisent consciemment une culture de la vieillesse qui leur correspond.
- au sein de laquelle les personnes âgées peuvent continuer d'apprendre jusqu'à un âge avancé.
- au sein de laquelle les personnes acceptent leur vulnérabilité, leur dépendance et leur finitude, et peuvent compter sur la solidarité des autres.
- qui respecte sans restriction la dignité des personnes âgées, quel que soit leur état de santé ou leurs conditions de vie.
- au sein de laquelle les personnes âgées reçoivent le soutien qui leur est nécessaire, grâce au développement de prestations adéquates et conformes aux besoins.
- au sein de laquelle l'autodétermination des personnes âgées est respectée même en cas de capacité de discernement réduite.
- au sein de laquelle les besoins psychosociaux des personnes âgées sont considérés avec la même attention que leurs besoins physiologiques.
- qui considère que la mort fait partie de la vie, et dans laquelle les individus concernés bénéficient d'un soutien digne et salutaire.

1) Fiduciaire Nabholz, « Enquête sur les coûts globaux de prestations de soins et hors soins des maisons pour personnes âgées de Zurich et des institutions spitex », rapport du 24 mars 2010 sur mandat de la Direction de la santé publique Zurich – pages 7 et 8.

Personne ne peut être en désaccord avec cette charte. Au contraire, les cantons demandent avec raison que de telles revendications figurent dans les règlements avant d'attribuer les autorisations d'exploitation. Être pris au sérieux, autodétermination, dignité, respect illimité ... Ce sont des points qu'une résidence pour personnes âgées moderne et bien dirigée doit considérer comme naturels et à appliquer, mais ceci n'est réalisable qu'avec un engagement « de personnel et de temps ». Les prestations « temps » ne font malheureusement partie ni des prestations légales de soins ni des prestations de pension. Elles doivent donc être attestées séparément pour pouvoir être facturées.

Celui qui pense que les prestations d'encadrement se limitent à lire le journal au résident ou à se promener avec lui fait erreur. L'encadrement, c'est beaucoup plus : écouter, informer, conseiller, parler avec les proches, prendre au sérieux, éclaircir des situations conflictuelles, encourager, faire preuve d'empathie, participer à une peine et aussi sourire. Ce sont là des facteurs qui prennent plus ou moins de temps, mais qui ont un impact important sur la qualité de vie des résidents. Dans la vie de tous les jours, ils sont même pour la plupart des résidents plus importants que le professionnalisme des prestations de soins.

Reste à savoir aujourd'hui si les prestations d'encadrement peuvent être assurées de façon linéaire ou progressive par catégorie de soins. Si certains sont d'avis que les prestations d'encadrement doivent se faire par catégories, d'autres pensent que l'encadrement dans les catégories supérieures doit rester la même ou même être réduite. Il faut aussi ajouter que l'encadrement ne se fait pas seulement au niveau des résidents, mais qu'elle augmente sensiblement pour les proches des résidents. Des analyses de Curaviva dans 48 homes montrent que le temps d'assistantat au quotidien connaît une augmentation de 29 minutes (catégorie 0) à 49 minutes (catégorie 5) ; la catégorie 6 reste inchangée, soit 50 à 56 minutes par jour.

En bref

Les coûts de prestation d'encadrement sont considérables puisqu'ils représentent un cinquième des coûts globaux. La facturation des prestations d'encadrement – outre les prestations de soins – est justifiée et les maisons pour personnes âgées doivent donc les facturer. Comme il est difficile d'évaluer ce temps d'encadrement, il vaudrait mieux l'inclure dans la taxe de pension ou séparément dans les forfaits des EMS. Jusqu'à la catégorie 5, les taxes montent linéaires et restent identiques à partir de la catégorie 6. ←EHA

EDUARD HAENI ←EHA
Vice-président *senesuisse*



↳ Les photos de cette édition de la revue *senesuisse* ont été prises par STANISLAV KUTAC au Schmiehdorf/Zurich pour Medi Job GmbH. Merci à Beat Wenger qui a autorisé *senesuisse* à les publier. ←CST

Impressum

Rédaction

CHRISTIAN STREIT ←CST
Directeur *senesuisse*

senesuisse

Association d'établissements
économiquement indépendants
pour personnes âgées Suisse

Parution : 3x par an

Tirage : 2600 exemplaires
1900 allemand | 700 français

Adresse de la rédaction

senesuisse
Kapellenstrasse 14
Case postale 5236 | 3001 Berne
031 390 99 19
info@senesuisse.ch

Présentation | Photos

STANISLAV KUTAC ←SKU
stanislavkutac.ch

EXPÉRIENCE ET
PROFESSIONNALISME.



HOTELA

WWW.HOTELA.CH