

senesuisse 3.15

FOCUS

Analyse de notre avenir 2

Au sujet de senesuisse 3

En EMS hors du canton de domicile – Qui paie ? 4

Expansion de la bureaucratie 6

Financement des soins : Où va-t-on ? 7

Pourquoi les coûts-maladie augmentent-ils ? 8

Appartement ou EMS ? 10

Défaut de paiement : Que peut faire un EMS ? 11

Sommes-nous prêts pour l'avenir ?

↳ La société se transforme et l'âge venant, nos besoins aussi. La technologie aussi bien que l'encadrement et les soins à la personne âgée ont fort évolué ces dernières années. Il y a de plus en plus de personnes âgées et de moins en moins de jeunes, la question se pose donc aujourd'hui de l'organisation de notre avenir – en visant en commun une prévoyance optimale.

L'an prochain *senesuisse* aura vingt ans et ceci nous motive à jeter un coup d'œil sur l'avenir. Que faisons-nous pour notre population vieillissante et que font d'autres pays ? Quels développements, quelles tendances nous attendent dans l'encadrement et les soins demain, après-demain ? Quels prestataires, quels modèles s'imposeront ? Comment assurer le financement pour que des offres innovatrices et adaptées aux besoins aient une chance d'être mises en œuvre ? Une étude sera présentée le 17 mars 2016 au GDI Rüslikon ; informative, elle servira de base de discussions pour des modèles probants et concrets pouvant être mis en place. Nous cautionnerons ainsi les efforts pour garantir dans le futur des soins optimaux à la personne âgée. <↳





CHRISTIAN STREIT <I>CST
Directeur senesuisse

Si chacun prend soin de soi, il est pris soin de tous. Ce proverbe de source inconnue ne s'applique pas toujours – comme le montre actuellement le flot quotidien de réfugiés qui prennent la route de l'Europe. Ceux qui travaillent dans le secteur des soins savent comme on peut d'un jour à l'autre devenir dépendant des autres. Veillons donc à la cohésion dans notre société.

Cette cohésion s'exprime dans divers secteurs. Si cela ne commence pas par la remise du passeport suisse, alors c'est au plus tard avec les achats de la Migros et de Coop qui sont (encore) organisés en coopératives avec plusieurs millions de propriétaires. On ironise et ironisera sur la Suisse en tant que pays qui a la manie de l'association – mais s'en moquer serait absolument déplacé : l'affiliation à une association féminine, de tir, de musique ou sportive est une opportunité pour atteindre des résultats collectifs qu'une personne seule ne pourrait jamais atteindre. De plus, les associations encouragent l'intégration et la collaboration dans notre société.

En ma fonction de directeur d'association, je peux m'octroyer une petite liberté dans la revue FOCUS et me faire le champion des associations. Non parce que je finance ainsi mon pain quotidien, mais par conviction : Merci à tous les établissements qui ne pensent pas uniquement à leurs propres intérêts et au calcul des frais, mais

veillent à une collaboration positive par leur engagement social. C'est ainsi que les plus faibles sont soutenus et les requêtes mutuelles mieux représentées.

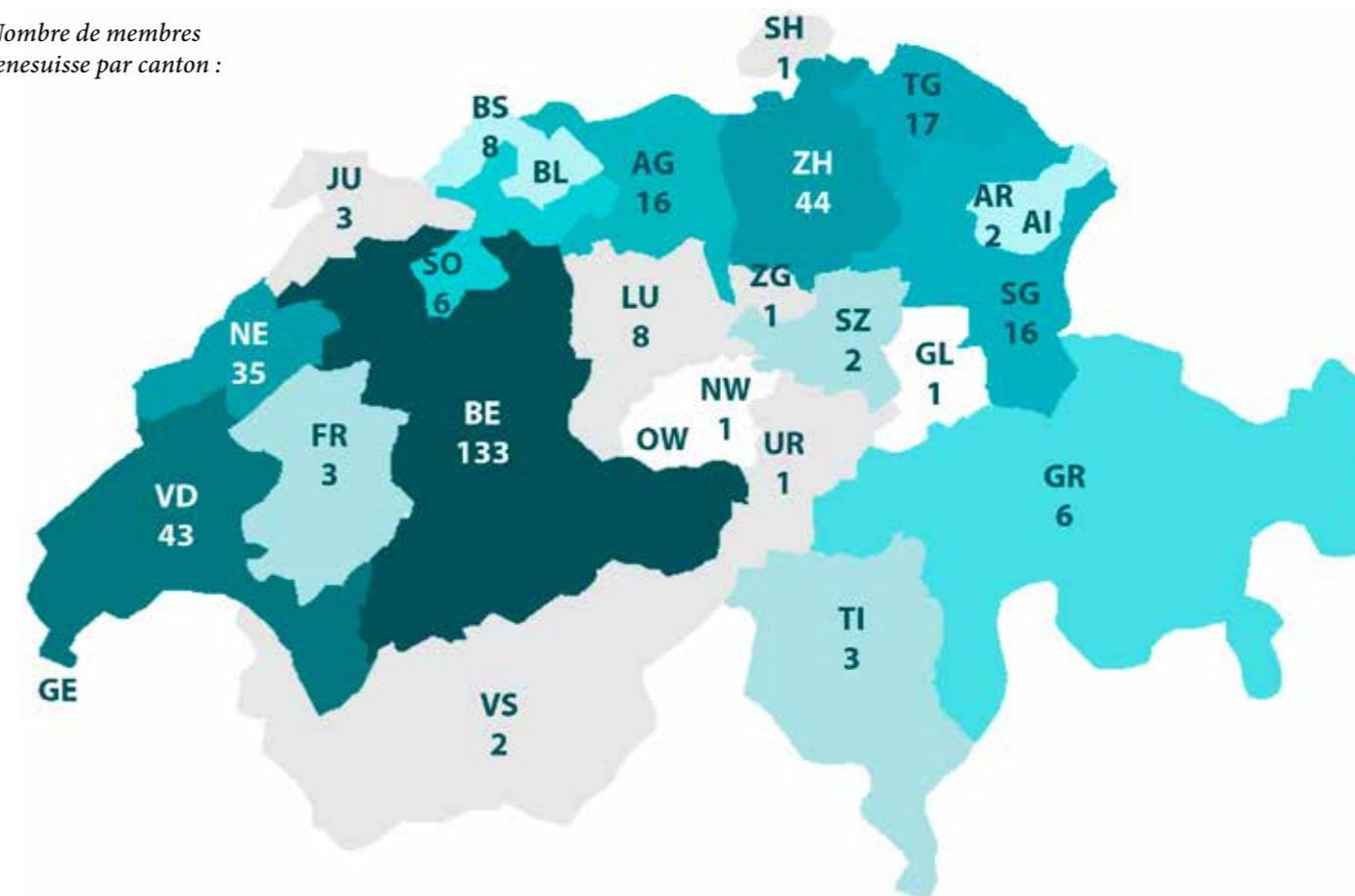
À l'approche de la fête qui marquera les 20 ans de *senesuisse*, j'adresse aux fondateurs initiateurs et premiers membres de *senesuisse* un grand MERCI. Leur engagement et leur persévérance ont permis d'apporter de nombreuses améliorations aux conditions-cadres dans les établissements de soins – et surtout, d'éviter bien des dégâts. Notre but est d'arriver ensemble à ce que la bureaucratie et les dépenses administratives ne freinent pas inutilement les établissements de soins dans l'exercice de leurs tâches. Ce n'est qu'en prenant leurs responsabilités, en agissant économiquement et en prenant librement des décisions que les établissements de soins pourront perdurer et réaliser leur objectif : encadrer et soigner le mieux possible les personnes qui nous sont confiées.

Aux membres fidèles tout comme aux nouveaux membres 2015 un grand merci aussi dans ce FOCUS. Grâce à une augmentation constante des établissements-membres, *senesuisse* peut développer son engagement pour les établissements de soins. Il ne reste qu'à souhaiter que d'autres lecteurs se sentent concernés et songent à renforcer la cohésion entre ces établissements. <I>CST

Au sujet de *senesuisse*

↳ *senesuisse* a été fondée en 1996 en tant que représentante des intérêts et des requêtes des prestataires privés dans le domaine des soins de longue durée. Depuis que *senesuisse* a décidé d'accueillir tous les établissements indépendants du domaine des soins à la personne âgée dans son association, quelque 350 établissements – soit plus de 15'000 places de soins autorisées – se sont affiliés à *senesuisse*. En tant qu'union patronale, *senesuisse* s'engage depuis toujours pour des solutions économiques et déréglementées dans tous les secteurs. Nous luttons contre une bureaucratie de plus en plus envahissante et contre des tâches administratives supplémentaires qui n'aident personne. Nos buts pour la santé et la prévoyance sont d'aspect économique, l'auto-responsabilité et la liberté. Notre point de mire est de servir notre clientèle qui mérite de se sentir à la maison dans des conditions de logement optimales et de qualité. <I>

Nombre de membres *senesuisse* par canton :



Analyse de notre avenir

↳ L'association *senesuisse*, pionnière dans les questions ayant trait à la vieillesse, a déjà publié deux études avec l'Institut Gottfried Duttweiler (GDI) : une sur les modes de vie et formes de logement du futur et l'autre, sur le financement optimal de l'encadrement et des soins de la personne âgée. Une troisième étude est en cours, elle thématise le rôle du prestataire et sa position future dans le secteur suisse de la santé. Quelle place tiennent divers prestataires actuellement et quelle place tiendront-ils dans le futur ? À quoi remarque-t-on que les prestations sont de qualité ? Quels sont les nouveaux marchés et les nouvelles prestations de service ?

À quoi pourrait ressembler l'avenir ?

La société de longue vie n'est pas un phénomène dont la Suisse aurait l'exclusivité. Vu globalement, l'espérance de vie augmente – surtout dans les pays hautement développés. Cependant à une nuance près, le comportement social avec la population âgée et le modèle économique avec lesquels on approche la demande des personnes démunies.

À l'aide d'une comparaison basée sur des paramètres définis et pertinents entre des pays comparables économiquement, l'Institut Gottlieb Duttweiler (GDI) a établi un index de la situation actuelle et un système modulaire d'identification des modèles probants. Sur cette base, des modèles futuristes pour le marché de la demande

sont conçus. Ces modèles (secteurs privé, public, hybride) aident à développer des scénarios pour l'encadrement et les soins dans le futur.

Notre participation en tant que prestataire

L'étude sensibilise aux exigences qui n'existent pas encore aujourd'hui et ouvrent de nouveaux horizons aux prestataires œuvrant dans ce segment. À quels défis les prestataires devront-ils faire face ? Comment des prestataires qui pensent en terme de rentabilité peuvent-ils créer des offres adéquates et souhaitées ? Comment l'État, les prestataires privés ou de nouveaux modèles hybrides peuvent-ils s'implanter sur le marché ? <I>CST

« Prestataires de service et modèles probants pour l'avenir ? »

À AGENDER
17 mars 2016
GDI RÜSCHLIKON ZH



« Vu les nombreux feedbacks positifs sur *senesuisse* reçus de nos collègues des homes, notre établissement a décidé il y a peu de temps d'entrer dans l'association. A nos questions, à nos requêtes, nous recevons rapidement des réponses claires et personnalisées. »

BRIGITTE RIEDERER
Direction Établissement pour personnes âgées
Am Wildbach Wetzikon



« Chez *senesuisse* non seulement nous sommes bien informés, mais nous sommes pris au sérieux et représentés par des gens compétents. »

THOMAS ZELLER
Direction du centre/CEO
Etablissement régional pour personnes âgées Schöftland SA

Séjour en EMS hors du canton de domicile : Qui paie aujourd'hui – qui paiera demain ?

↳ Il n'est nullement garanti qu'une personne âgée puisse faire valoir sa liberté d'établissement. Le libre choix du home se termine à la frontière du canton. Seul celui qui peut payer la différence pourra envisager de séjourner hors de son canton de domicile. Les coûts des soins ne seront souvent même pas remboursés (pourtant garantis par la LAMal) et malgré les prestations complémentaires, les coûts de séjour ne seront pas couverts. Bien que *senesuisse* propose depuis 2009 des solutions concrètes, le projet de réglementation de la Commission du Conseil des États est insuffisant.

Situation initiale

Avec l'introduction du « nouveau régime de financement des soins », le parlement a décidé de fixer les modalités de financement pour toute la Suisse dès 2011. Le point le plus important est que les patients tout comme les assureurs-maladie ne versent plus qu'un forfait aux coûts des soins en EMS et pour soins à domicile. En contrepartie, les cantons règlent tout le financement résiduel (art. 25a al. 5 LAMal). Malheureusement, de nombreux cantons ne respectent pas cette obligation de prise en charge des coûts des soins sur leur propre territoire. Bien que le Tribunal fédéral ait confirmé à maintes reprises cette obligation, le remboursement des coûts des soins se fait à l'échelle politique et non mathématique : de nombreux cantons prennent arbitrairement comme base des coûts trop bas pour ménager leur budget. Certains délèguent même aux communes le soin de s'acquitter de ces coûts ce qui complique encore le décompte et le versement du dû.

Le financement manquant est particulièrement difficile quand on veut faire valoir des prestations hors du canton. Si les prestations de soins sont plus onéreuses que dans le canton de domicile, c'est au patient d'y faire face – même s'il s'agit d'un EMS ou d'une « station Spitex » tout proche. Presque tous les cantons limitent leur participation maximale aux « coûts normatifs » qu'ils fixent eux-mêmes. Ils ne sont pas disposés actuellement à reconnaître les coûts fixés par le canton limitrophe et à examiner si c'est au canton de provenance ou au canton de prestations de prendre ces coûts en charge.

Situation juridique des coûts des soins

Et c'est ainsi – cela est de plus en plus fréquent – qu'il revient au tribunal de trancher qui prendra en charge les coûts des soins non couverts quand quelqu'un souhaite entrer dans un EMS hors de son canton de domicile. Dans son arrêt ATF 140 V 563, le tribunal suprême n'a laissé aucun doute. Il a confirmé d'une part en renvoyant à l'arrêt ATF 138 V 377 que les pouvoirs publics devaient prendre en charge le financement résiduel des coûts des soins ; et d'autre part, il a exprimé sans équivoque qu'en cas de changement de domicile dans un EMS hors du canton, la compétence en matière de financement résiduel était du ressort du canton où se situe l'établissement.

Le Tribunal fédéral a donc statué clairement pour ce qui est des cas dans lesquels une personne s'établit volontairement et sciemment en un autre lieu : son domicile est le lieu où elle réside (art. 23 CC). Pour autant que la personne décide sciemment (capacité totale de discernement) de déplacer le centre de ses intérêts vitaux et ainsi son lieu de séjour dans un EMS, le nouveau canton de résidence (resp. la commune) prendra en charge les coûts résiduels des soins.

Sur la base de ce jugement, le canton de domicile (resp. la commune de domicile) ne peut refuser de payer que si le domicile de droit civil n'a pas changé. L'indice déterminant est normalement le « transfert des papiers ». Il est donc conseillé à un établissement qui accueillera une personne d'un autre canton de s'assurer auparavant de la capacité de décision de ce futur résident et d'engager la procédure de changement de domicile de droit civil. Les coûts des soins seront alors réglés, mais pas encore les coûts des prestations complémentaires ...

Situation juridique pour les coûts de séjour

Les coûts des soins ne sont pas le problème majeur quoiqu'ils puissent varier de quelques francs par jour d'un canton à l'autre et les coûts non couverts peuvent alors dépasser les CHF 1'000.— à la fin du mois. Mais les différences substantielles se remarquent surtout dans les coûts attendants de séjour. Si on ne dispose pas d'une fortune et de revenus suffisants (la moitié des résidents en EMS), le financement résiduel se fait par les prestations complémentaires. Pour qu'aucune « solution de luxe » ne soit possible aux dépens du contribuable, ces prestations sont plafonnées dans tous les cantons. Normalement, la limite oscille entre CHF 160.— et CHF 270.— par jour, mais peut être nettement plus basse dans certains cantons (Tessin et Valais). Si une Zurichoise après quelques années de retraite passées au Tessin revient dans son canton d'origine et y entre dans un EMS, il résulte de ce changement de domicile une différence dans le financement qui peut atteindre jusqu'à CHF 175.— par jour (montant max. au Tessin CHF 75.—, Zurich CHF 250.—).

Alors que dans le jugement susmentionné pour les coûts de soins, le canton/la commune de séjour devait assumer les frais, c'est l'inverse pour les coûts de séjour : même en transférant son lieu de domicile de droit civil, c'est le lieu de provenance qui fait face aux besoins ; le taux de remboursement maximal des PC est donc appliqué dans ce cas. Dans le cas précité, les frais de soins pour la retraitée voulant revenir à Zurich auraient été couverts par les coûts normatifs zurichois, mais les coûts de séjour n'auraient pas été remboursés en cas d'indigence, soit plus de CHF 5'000.— par mois ; tout retour dans le canton de Zurich était donc exclu.

Recherche lacunaire de solution par le Conseil des États

Les Chambres fédérales reconnaissent au moins que la réglementation des coûts n'est pas transparente. Malheureusement, elles n'ont pas encore saisi la portée du problème. Au lieu de chercher une solution globale pour les coûts des soins et de séjour, elles se limitent à une proposition pour les coûts des soins – ce qui revient même à une détérioration du financement actuel du lieu de séjour.

Dans la consultation en cours, la Commission de la santé du Conseil des États recommande que le domicile de la personne assurée soit décisif pour fixer et verser les coûts des soins, mais que le séjour dans un EMS ne crée pas un nouveau domicile (similaire à la réglementation PC). Concrètement, le canton *actuel* de séjour serait compétent pour les prestations *ambulatoires* (Spitex) et le canton de séjour *précédent* pour les prestations *stationnaires*.

Cette proposition aggrave le résultat pour les deux domaines de prestations. Il en découle pour les prestataires que les remboursements auxquels ils ont droit, doivent être réclamés selon un système étranger dans l'autre canton (selon ses règles et ses formulaires). Pour les patients, cela signifie que le remboursement des coûts n'est pas garanti s'ils reçoivent les prestations d'un autre canton (des coûts plus élevés ne sont pas couverts). À ceci s'ajoute un supplément de tâches administratives sans garantie de remboursement correct des coûts.

Dans leur rapport explicatif, même les Chambres capitulent devant leur solution : « Étant donné qu'avec la nouvelle réglementation, le canton de provenance est compétent pour fixer le financement résiduel, il ne peut être exclu que les montants qu'il fixe soient différents de ceux qui sont nécessaires dans un autre canton pour couvrir les coûts résiduels. On part dès lors du principe que la personne assurée assumera d'éventuels coûts résiduels pour les soins ». Pour autant que cette personne ait suffisamment d'argent ... !

La solution idéale ...

Il serait bien plus simple et bien plus clair de faire le contraire : chaque canton rembourserait les coûts résiduels des soins pour les prestataires de son canton. Les patients qui bénéficieraient de prestations hors de leur canton ne seraient pas confrontés illégalement à des coûts non couverts. En outre les prestataires n'auraient à connaître que les prestations de soins de leur canton. Les cantons sont bien compétents pour autoriser et contrôler leurs « propres » homes et Spitex. Ils reçoivent d'eux les décomptes en relation avec le taux de financement adéquat. Le canton de domicile profite des rentrées fiscales de l'établissement et des places de travail générées par ces prestataires (et de rentrées fiscales de personnes fortunées qui sont domiciliées dans un EMS).

Il n'y a que deux arguments qui parlent contre une prise en charge des coûts le lieu de domicile du prestataire : le désavantage pour le canton qui attire beaucoup « d'émigrants » d'autres cantons et l'incitation à ne pas créer assez des lits de soins pour économiser. Le premier problème est négligeable parce que le nombre « d'immigrations » est marginal (3,6% des résidents dans des EMS ont changé de canton). Le second problème pourrait être résolu en supprimant la limitation actuelle des lits de soins, ce qui aurait aussi un effet positif pour une compétitivité saine et sur la qualité (FOCUS 1/2014).

Pour garantir la liberté d'établissement, il faut absolument améliorer la coordination entre les coûts des soins et les PC : ce n'est que si tous les coûts de séjour sont couverts qu'on a liberté de déménager dans un home hors canton. Les cantons doivent faire le pas pour reconnaître les contributions mutuelles pour les PC et les coûts des soins. Il ne faut pas économiser sur le dos des plus faibles de notre société en matière de prestations nécessaires. <1 CST



Jetzt
anmelden!



SENE FORUM 2016



«alt oder glücklich?»

Fachtagung für «Betretetes Wohnen und Pflege im Alter»

Datum Mittwoch, 20. Januar 2016
Zeit 13.30 bis 17.30 Uhr anschliessend
Networking-Apéro
Ort Zentrum Paul Klee, Bern
Kosten CHF 300.– inkl. Verpflegung/Unterlagen

Referenten

Prof. Dr. Wilhelm Schmid
Philosoph und Buchautor, Berlin

Prof. Dr. Thomas Rudolph
Universität St. Gallen,
Institut für Retail Management,
Gottlieb Duttweiler-Lehrstuhl

Prof. Dr. Michael Simon
Institut für Pflegewissenschaft,
Universität Basel,
Universitäre Forschung Pflege,
Inselspital Bern

und weitere

Anmeldungen an
info@seneforum.ch oder Telefon 031 960 99 99

Detailprogramm auf

www.seneforum.ch

Expansion de la bureaucratie

↳ La méfiance est à l'origine de la bureaucratie ; elle s'explique par des expériences malencontreuses à l'exemple de l'exploitation d'un avantage. Cet avantage ressenti comme injustifié est un « lacune juridique » qui se comble par le biais de slogans politiques comme *prévenir les abus ou améliorer la qualité* et se traduit par des contrôles et des prescriptions qui demandent un redoublement d'énergie et sont coûteux sans augmenter l'efficacité.

Légitimation du travail

Le professeur d'économie zurichois Bruno S. Frey esquisse ainsi ce problème dans l'hebdomadaire « Sonntags Zeitung » : il y a de plus en plus de professions où on passe une grande partie de son temps à légitimer le travail effectué et à justifier les tâches à accomplir. Cette déclaration est tout à fait pertinente dans le secteur de la santé. Le personnel soignant ne doit pas seulement légitimer le bien-fondé de son travail auprès de ses supérieurs et de la clientèle ; il doit aussi le justifier à la minute près auprès des assureurs-maladie et des cantons/communes pour le décompte.

Des contrôles sur papier facilitent la tâche des autorités de contrôle et des décideurs : ils peuvent se référer à des faits qui semblent objectifs et n'ont pas à endosser personnellement des responsabilités. Et donc, ce ne sont plus des facteurs flexibles qui comptent pour la qualité, mais des indicateurs mesurables fondés sur les grilles d'évaluation. Une initiative qui pourrait se justifier pour la fabrication de produits, mais qui est tout à fait hors de propos pour des prestations à des êtres humains. Mais qui refuse de soustraire à ces mesures prétendues objectives, est déjà suspect.

Société sanctionnée

Malgré notre croyance au bien, la vie nous montre que l'homo sapiens travaille aussi pour satisfaire à ses propres avantages et pas seulement pour le bien des autres. Mais si nous bâtissons une culture de la méfiance, nous tombons dans la bureaucratie. Pour éviter quelques abus, on échafauda de grands édifices pour assurer la qualité. Documenter une décision prend autant de temps aujourd'hui que la prise de décision en elle-même. Ce qui est annoncé comme étant un noble objectif s'édulcore dans la paperasserie. La mise à jour des dossiers demande presque plus de temps au personnel soignant que le temps qu'il passe à vaquer à son travail proprement dit. Et malheureusement, les quelques abus passent quand même au travers des mailles du filet, abus par manque d'égard qui se rencontrent dans tout système, même le mieux assuré. Ce n'est plus le fautif qui est soupçonné, mais tout le monde.

Qui profite de la culture de la justification ? Personne, hormis une branche de *garants de la qualité*. L'abondance de formulaires garantit des places de travail dans l'administration, les compagnies d'assurance-maladie et les établissements de soins ; des tâches en majorité superflues. Au lieu de remplir et de contrôler des formulaires, ces emplois pourraient servir à améliorer la vraie qualité – la qualité de vie. ← CST



Financement des soins : Où va-t-on ?

↳ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a reçu mandat de fournir un rapport visant à déterminer si l'introduction du nouveau financement des soins était efficace. De son côté, le Conseil des États discute des améliorations nécessaires. Malheureusement ni l'administration ni le parlement ne sont disposés à prêter une oreille attentive aux feedbacks des personnes sur le terrain sans dévier leur ligne de conduite d'un iota.

Évaluation actuelle

À son entrée en vigueur, une évaluation de ce nouveau financement des soins avait été prévue pour trois ans après la mise en œuvre. Qu'il ait fallu à une agence politique qualifiée une bonne année rien que pour établir un concept, prouve bien la diversité de la problématique et surtout la complexité inutile du système actuel. Et au lieu de remettre en question l'ensemble du système, on se perd dans des détails. Pourtant, il existe déjà un modèle optimal de financement de l'encadrement et des soins aux personnes âgées : le système développé par *senesuisse* en 2014 est simple, stimule la qualité, est finançable et s'applique facilement avec moins d'incitations inappropriées.

Le Conseil des États a aussi analysé le financement des soins. Il ne voit pas de nécessité impérieuse à modifier la législation. Certes, il faut trouver une solution pour les prestations fournies hors canton, mais les autres questions en suspens pourraient fort bien être résolues par les cantons et le Conseil fédéral. Selon la commission du Conseil des États, ni le financement résiduel insuffisant par les cantons ni le règlement peu clair des prestations annexes avec la LiMA ou encore le financement des coûts nécessité par une maladie comme la démence ne doivent être résolus par le parlement.

Un instrument de mesure pour « l'encadrement » ?

Malheureusement le Conseil des États a fait la sourde oreille aux propositions de la CI Financement des soins. Au lieu de tenir compte des conseils de la dizaine d'associations de la santé, il veut poursuivre sur son tracé sans s'attaquer à de grandes modifications.

Par contre et heureusement, la commission du Conseil renonce dans la consultation en cours à introduire un instrument pour mesurer les « prestations d'encadrement ». Ceci a été demandé à maintes reprises parce que – les finances faisant défaut pour les coûts des soins – celles-ci sont injustement facturées aux patients/résidents (infraction à la protection tarifaire). Le problème ne peut être résolu que si les pouvoirs publics assument suffisamment le financement résiduel des coûts des soins. Aussi longtemps que de nombreux cantons refuseront de prendre en charge le financement résiduel des coûts selon l'art. 25a al. 5 LAMa, le problème de l'infraction à la protection tarifaire subsistera. À cause de la couverture des coûts manquante, les prestataires sont obligés de répercuter les frais sur d'autres domaines pour ne pas faire faillite à plus ou moins long terme. Ce sont les montants non versés par les assureurs et les responsables du financement résiduel qui amènent à un financement insuffisant des coûts des soins et nullement le calcul des coûts et la saisie des prestations des EMS. Une mesure supplémentaire des « coûts d'encadrement » avec un instrument spécial engendrerait des frais énormes sans apporter d'amélioration. ← CST

Encore moins de responsabilités individuelles face aux frais médicaux

↳ Le Conseil fédéral veut de nouveau serrer la vis en matière d'assurance-maladie obligatoire. Et cette fois encore, il s'oriente vers « plus de solidarité et moins de responsabilités individuelles ». L'interdiction de certaines franchises et surtout la réduction des rabais sur les primes pour les franchises élevées font planer les menaces de restriction de la liberté de choix et d'augmentation disproportionnée des coûts de la santé. Des propositions alternatives existent pourtant.

L'intention du Conseiller fédéral Berset

Suite à une simple question signée par une bonne moitié des Conseillers aux Etats, le Conseiller fédéral Berset a dû sortir du bois. Il avait en effet mandaté l'Office fédéral de la santé publique pour effectuer des calculs en lien avec l'assurance-maladie, destinés à prouver que les citoyens en bonne santé paient une part trop réduite des coûts de la santé et que, dès lors, un surcroît de solidarité est nécessaire.

Concrètement, le Conseiller fédéral Berset propose, dans le cadre de la consultation qui se termine mi-novembre prochain, les modifications suivantes : d'une part, les adultes ne devraient plus pouvoir choisir des franchises de CHF 1'000.— ou CHF 2'000.—, mais seulement celles de CHF 300.—, CHF 500.—, CHF 1'500.— ou CHF 2'500.— francs. Pour les enfants, on se limiterait à trois franchises (CHF 0.—, CHF 400.— et CHF 600.—) au lieu des sept variantes qui existent aujourd'hui (de CHF 0.— à CHF 600.—). D'autre part, il est prévu de réduire les rabais sur les primes pour les franchises les plus élevées. Ainsi, notamment, les adultes ayant opté pour une franchise de CHF 1'500.— pourraient bénéficier d'une réduction sur leurs primes d'au maximum 60 % du risque supplémentaire encouru, et d'au maximum 50 % du risque supplémentaire en cas de franchise de CHF 2'500.— (contre actuellement 70 % dans les deux cas de figure). Pour les enfants, les rabais accordés pour les quelques franchises existantes serait aussi réduits.

Des effets inquiétants

Le Conseil fédéral peut procéder à ces importantes modifications sans obtenir au préalable l'aval du parlement, du fait que seule une modification de l'ordonnance est nécessaire. Il s'agirait pourtant déjà de la quatrième (!) diminution des rabais sur les primes depuis l'introduction, en 2000, de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Elle serait de surcroît basée sur des données lacunaires, puisque de nombreuses factures concernant les personnes qui ont souscrit les franchises les plus élevées ne figurent tout simplement pas dans les statistiques (du fait qu'elles ne sont pas envoyées aux assureurs parce qu'elles ne donnent pas droit à un remboursement).

Ce sont en particulier les adultes qui seront affectés par la limitation du choix des franchises et surtout par la réduction des rabais. Bien plus de la moitié des assurés en Suisse a choisi une franchise supérieure à CHF 300.— pour l'assurance-maladie, et c'est précisément ce que veut changer le Conseiller fédéral Berset. Qualifier la franchise la plus basse « d'ordinaire » n'est pas anodin et ne laisse guère de doute sur l'objectif à long terme : tous les citoyens devront bien sagement se conformer à la doctrine socialiste et assumer les coûts à parts égales.

L'histoire nous a enseigné les effets d'un tel système sur le comportement des citoyens. La mentalité « casco complète » en matière d'assurance-maladie est déjà aujourd'hui évidente : l'augmentation significative des prestations, observée à la fin de chaque année, indique bien que l'on se restreint moins à partir du moment où la franchise est atteinte et que, dès lors, les prestations ne coûtent que 10 % aux assurés, voire sont gratuites.

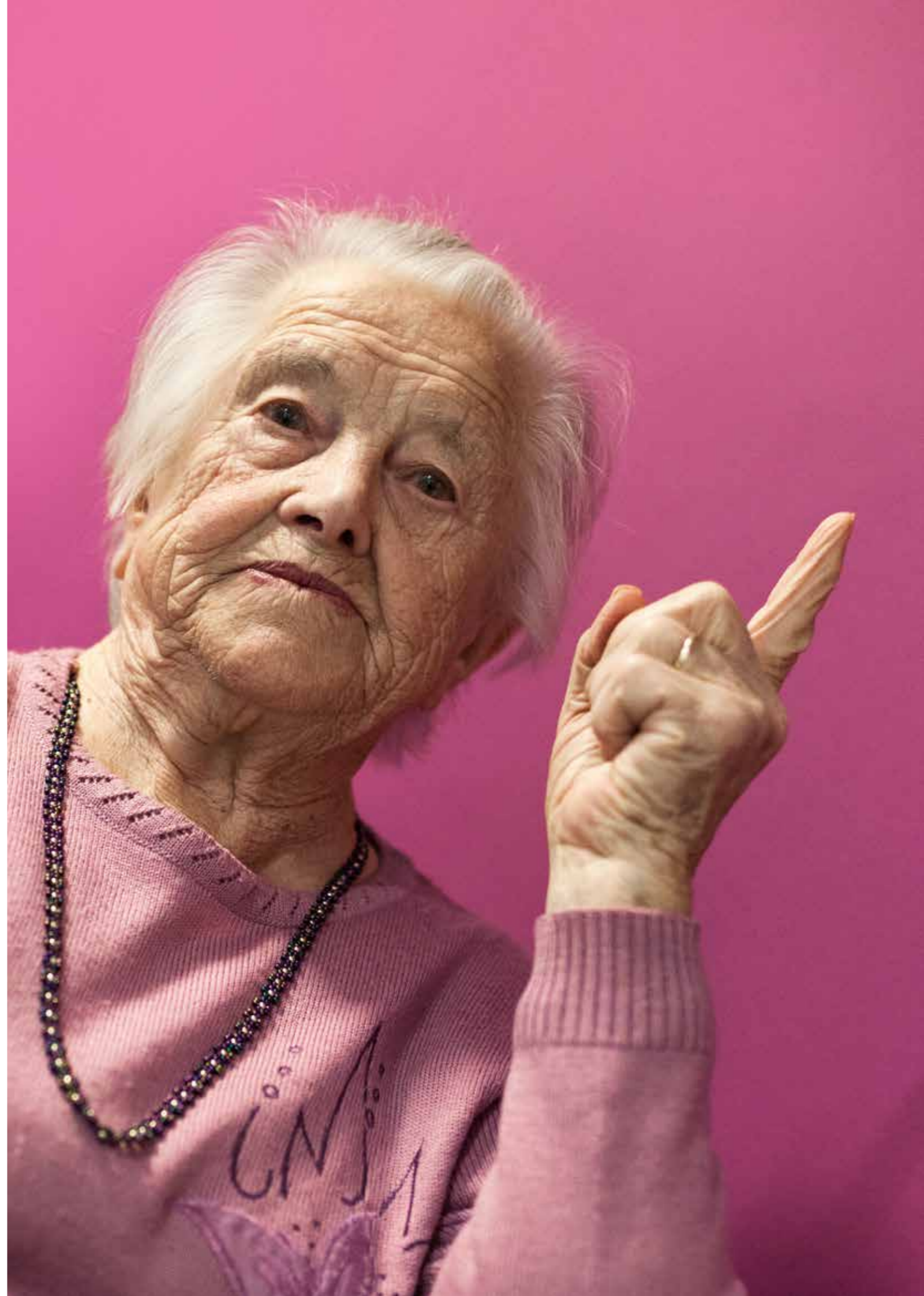
Des coûts qui grimpent, une responsabilité qui diminue

Il est urgent de mettre un terme à cette tendance à toujours moins de responsabilisation. Comment pourrait-on réduire la consommation inutile de prestations de santé lorsque celles-ci sont accessibles gratuitement ? Avec de surcroît un catalogue des prestations assurées toujours plus large (incluant par exemple les médecines complémentaires), on arrive à un résultat final qui est tout sauf social : les familles en particulier souffrent d'une hausse incessante des primes d'assurance-maladie ; or ce sont elles qui seraient les plus touchées par la diminution des rabais sur les primes. Elles s'orientent en effet de façon tendancielle vers des franchises plus élevées, du fait de besoins de soins moindres en raison de l'âge des membres de la famille ou pour préserver le budget familial.

Il est louable que le Conseiller fédéral Berset, au moment de mettre son projet en consultation, se soucie des citoyens et de la difficile décision à laquelle ils sont confrontés au moment de choisir leur franchise. Toutes les enquêtes réalisées auprès de la population montrent que les Suisses n'aiment pas être restreints dans leur choix et sont tout à fait capables d'en évaluer les conséquences et de les assumer. Dans le cadre du vote sur la caisse unique, ils se sont clairement opposés à une quelconque mise sous tutelle et cette position mérite d'être défendue même lorsque de petits pas sont faits dans cette mauvaise direction. Une limitation des rabais conduit à plus d'égalitarisme et pourrait même compromettre des propositions sensées telles que le modèle du médecin de famille, du fait qu'elles n'induieraient plus que des réductions négligeables de primes.

Deux meilleures propositions

Pour autant qu'il faille envisager des changements en matière d'assurance-maladie obligatoire, ceux-ci devraient s'inscrire dans une autre direction. Pour plus de responsabilité individuelle, le Conseil fédéral devrait réfléchir à une augmentation de la franchise minimale de CHF 300.— à CHF 500.— au moins, ce qui constituerait une adaptation à l'évolution des coûts de la santé. En outre, une fois la franchise choisie, un engagement à plus long terme de l'assuré conduirait à plus de solidarité. La possibilité actuelle d'abaisser la franchise les années où l'on doit bénéficier de soins programmés et de la réaugmenter dès lors que l'état de santé ne nécessite plus de prestations pourrait être facilement limitée en bloquant le choix de la franchise pour deux ou trois ans et en n'autorisant un changement qu'une fois ce délai écoulé. ←ICST





Appartement ou EMS ?

↳ Les politiciens de tous bords réitèrent que l'entrée dans un EMS devrait être reportée le plus longtemps possible et même évitée si possible. Il faut certes reconnaître que les établissements pour personnes âgées offrent des chambres très agréables et d'excellentes prestations. Toutefois, même *senesuisse* en tant qu'association des établissements de soins soutient les efforts de remplacer les chambres dans les EMS par des appartements avec prestations de service adaptés aux besoins de la personne âgée – mais comment ?

À l'exemple de la Suisse romande ?

Les statistiques parlent pour elles : aujourd'hui, les besoins en soins de nombreux résidents en EMS n'excèdent pas une heure par jour. En Suisse alémanique, ceci représente un tiers des résidents (étude SHURP 2013), pourtant à l'échelle nationale, ce n'est qu'un quart (statistique SOMED 2014). Peut-on en déduire que la prévoyance en Suisse romande est plus efficace et que le pays devrait suivre son exemple ?

Plusieurs raisons expliquent cette différence d'une région à l'autre. Tout d'abord, la planification des besoins en soins fausse la situation initiale : l'instrument utilisé en Suisse romande « Plaisir » indique que les mêmes patients ont un besoin plus élevé en soins. Ce taux est probablement plus proche des prestations de soins nécessaires pour cause de maladie que les alternatives BESA et RAI-NH en Suisse alémanique. Deuxièmement, les soins ambulatoires sont plus difficiles à assurer et plus onéreux dans des régions rurales isolées alors qu'un fournisseur performant dans les villes romandes présente une situation idéale. Troisièmement, les cantons de Genève et Vaud déterminent d'office qui a droit à quelles prestations. S'il s'avère que les soins ne peuvent pas être donnés à la maison, l'entrée dans un EMS est « autorisée ». Il convient aussi de mentionner la situation financière : les Suisses romands aisés peuvent acheter des prestations qui leur permettent de rester plus longtemps chez eux.

Une reprise du modèle suisse romand n'est donc pas une solution applicable à toute la Suisse. Mais il offre sans aucun doute une approche intéressante pour retarder une entrée en EMS.

Moins d'une heure de soins par jour !

Révisions urgentes des PC

Tout d'abord, le Conseil national et le Conseil des États doivent approuver la proposition du Conseil fédéral qui souhaite augmenter les prestations complémentaires (PC) pour les coûts du loyer. Il est incompréhensible que des personnes économiquement faibles doivent entrer dans un EMS qui coûtera entre CHF 5'000.– et CHF 6'000.– par mois parce que la subvention pour leur loyer est plafonnée à CHF 1'100.–.

Mais encore bien plus important : habiter dans un immeuble avec appartements protégés et section soins intégrée doit être financable aussi pour des personnes ayant une petite rente. Dans la révision globale des PC, le « logement avec prestations » doit enfin être prévu comme offre indépendante et financable, comme Spitex et les EMS. Vivre dans un appartement protégé permet de garder sa mobilité, ses contacts sociaux et avoir une alimentation équilibrée ; en même temps, la sécurité est garantie grâce à une infrastructure avec soins et encadrement disponibles dans la maison. Le canton de Berne a montré que ceci est financable pour moins de CHF 3'500.– par mois. <I CST

Défaut de paiement : Que peut faire un EMS ?

↳ Les établissements pour personnes âgées sont de plus en plus souvent confrontés au défaut de paiement. En cas de décès du résident, il n'est pas rare que le règlement des factures des EMS ne soit plus une priorité pour de nombreuses raisons. Les sommes dues se chiffrent en plusieurs milliers de francs. Il s'agit ici d'éviter des procédures judiciaires pénibles dont l'aboutissement n'est d'ailleurs pas garanti et de modifier la loi.

Causes possibles

Le point positif est que la morale de paiement des clients débiteurs ne s'est pas détériorée ces dernières années. Comment alors expliquer cette augmentation de factures impayées aux EMS ? Deux raisons à cela : d'une part l'entrée dans un EMS a lieu de plus en plus tard si bien que le nombre de décès augmente chaque année ; d'autre part, le nombre de personnes financées par les prestations complémentaires (PC) augmente visiblement. Et comme les PC ne sont pas versées directement aux EMS (quoiqu'elles soient prévues à cet effet), mais sur le compte du résident, le risque de détournement ne peut être exclu. D'autres dépenses seront éventuellement couvertes avec cet argent. Un changement de Loi est nécessaire pour que les PC soient versées directement aux EMS.

Que peuvent faire les établissements ?

- 1. Convenir d'un dépôt de garantie (caution) ou d'un acompte**
Exiger un dépôt revient par analogie à un droit de bail (et donc le versement d'intérêts et un classement personnel), une convention sur la prestation d'un acompte semble être la meilleure variante. Dans le contrat, un montant sans versement d'intérêts à titre de paiement préalable pour les coûts des soins et autres prestations peut être fixé. Cette somme servira de garantie pour des factures à régler.
- 2. Convenir de la coresponsabilité des proches**
Si les proches cosignent le contrat à l'entrée en EMS, ils peuvent être obligés par une clause adéquate de cautionner pour les coûts. (« Les proches soussignés du résident donnent expressément leur accord pour être personnellement et solidairement responsables du paiement des coûts à charge du résident »).
- 3. Gestion suivie des débiteurs et mesures rapides en cas de défaut de paiement**
Pour que les sommes dues ne s'accumulent pas, un contrôle régulier des rentrées de paiement est nécessaire. En cas de défaut de paiement, il est possible de menacer de mise aux poursuites ou de dénonciation du contrat d'hébergement.
- 4. Autorisation de débit par le système de recouvrement direct (LSV)**
Mais attention : un tel mode de paiement est révoquant en tout temps.
- 5. Pour les bénéficiaires des PC : convenir que les paiements de la caisse de compensation (AVS et PC) soient directement versés à l'établissement**
Mais attention : le formulaire officiel (n° 318.182) n'est pas reconnu par tous les offices PC et est révoquant en tout temps.
- 6. Par l'intermédiaire des autorités sociales : garantie subsidiaire de paiement**
L'établissement qui obtient une garantie de prise en charge par la commune de domicile peut demander cette garantie pour le paiement du solde si la fortune personnelle ou les PC ne suffisent pas à couvrir le montant résiduel.

Que faire sur le plan politique ?

Ces mesures ne donnent pas de garantie, en particulier dans le cas des bénéficiaires de PC, que les sommes dues sont versées. Il serait donc approprié de prévoir le versement des prestations complémentaires directement aux EMS. Avec ses associations partenaires, *senesuisse* s'engage pour une telle adaptation (voir FOCUS 1/2014). <I CST

↳ **Ar Sunnsyte Schwarzenburg** –
Un réel plaisir pour moi de prendre ces photos publiées dans cette édition de la revue *Focus de senesuisse*.
Liseli Zwahlen : rôle principal !
Karin Zbinden : second rôle !
Mirjam Werren : support!
Merci à toutes les trois ! <I SKU

Impressum

Rédaction
CHRISTIAN STREIT <I 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 | 3001 Berne
058 796 99 19
info@senesuisse.ch

Présentation | Photos
STANISLAV KUTAC <I SKU
stanislavkutac.ch



« Grâce à HOTELA, la gestion des assurances sociales est très facile – ses outils en ligne sont simplement épatants. »

Dieter Keller, Responsable Finances et Administration,
Groupe Tertianum, Zurich

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.