

senesuisse 3.17

FOCUS

<i>Soins gériatriques dans l'avenir : Who cares ?</i>	3
<i>Déplorable réglementation pour les entrées en EMS hors canton</i>	4
<i>Pas d'argent pour soigner la démence !</i>	6
<i>Verdict dans l'affaire LiMA : Qui doit payer ?</i>	7
<i>Financement des soins : Ce qu'il faut changer</i>	9
<i>senesuisse et curaviva renforcent leur collaboration</i>	10

Mais pourquoi les EMS sont-ils mauvais ?

↳ **Oui, exactement** : la revue FOCUS est aussi un média qui veut être lu. C'est pourquoi nous avons opté pour ce titre racoleur.

Les médias n'y vont pas par quatre chemins dans leurs histoires sur les EMS : l'important est de refléter une image négative et qui scandalise. Il nous revient donc chaque jour de prouver qu'il en est tout autre...

... même si on ne nous rend pas la tâche facile. Certes les coups décochés par les médias rendent le travail difficile. Mais les conditions cadres nous donnent encore bien plus de fil à retordre – on aurait tout lieu de penser que personne ne veut de meilleurs soins pour les personnes âgées. Nous luttons depuis des années pour un financement équitable (page 9) et la liste des produits LiMA nous complique plutôt la vie (page 7). Les personnes souffrant de démence sont toujours désavantagées financièrement (pages 6–7). Et cerise sur le gâteau, les politiciens veulent limiter le libre choix du lieu de séjour pour le crépuscule de la vie (pages 4–5). Il y a du travail sur la planche – retrouvons donc nos manches ensemble (pages 3 et 10) ! <←





CHRISTIAN STREIT <I>CST
Directeur senesuisse

↳ Des articles de presse négatifs sur les EMS : j'en ai lu encore une fois ces dernières semaines. Tout d'abord, j'ai été affecté, puis indigné. Affecté, parce qu'il y a apparemment toujours et à répétition des situations difficiles où des gens réagissent de façon inadéquate et génèrent ainsi des cas isolés de soins ou d'accompagnement lacunaires. Indigné, parce que ces cas isolés sont montés en épingle dans les médias comme si toute la branche fournissait un travail de mauvaise qualité.

Le secteur suisse de la santé occupe plus d'un demi-million de personnes. Avec le nombre de cas à traiter, il est malheureusement inévitable au quotidien que des confusions et des fautes arrivent. Même si c'est fort souhaitable, une tolérance « zéro faute » est tout simplement illusoire. D'accord, la prudence et la sécurité s'imposent tout particulièrement dans le secteur de la santé. Mais pour y arriver, il faut avoir les moyens à disposition. Celui qui attend un accompagnement et des soins parfaits et irréprochables dans les établissements pour personnes âgées devrait investir dans un accompagnement 1:1. Les coûts seraient au moins le quintuple de ceux d'aujourd'hui. Et même, il n'y a pas de garantie absolue que l'on puisse répondre à 100 pour cent des exigences (en constante augmentation) des résidents et de leurs proches et que tout le personnel soit totalement satisfait.

Que pouvons-nous faire dans la situation actuelle ? Que faire pour améliorer l'image de notre branche ? Tout d'abord, le point négatif : c'est difficile, et même plus difficile que pour la marque VW après son « scandale du diesel ». Alors que la voiture et la liberté qu'elle inspire éveille des émotions positives, pour l'EMS c'est exactement le contraire qui se passe. Personne ne veut entrer dans un home. Donc il existe une certaine connotation négative par principe. Passons maintenant au message positif : pour moi qui fréquente le milieu des EMS depuis dix ans, je vis exactement l'inverse de ce que je lis dans les journaux. Dans presque tous les EMS avec leurs 100'000 lits, un travail remarquable est effectué afin que les résidents puissent profiter de la vie le mieux possible malgré leur âge avancé et leurs maux.

Notre but doit être de mettre cette qualité de vie au centre de nos préoccupations et de nos activités. Ce ne sont ni les processus ni les directives de qualité, mais l'être humain avec ses besoins personnels qui importent. Si nous y arrivons, nous pourrions amener les personnes qui nous sont confiées en établissement de soins, leurs proches ainsi que les collaborateurs à voir le côté positif et le sens profond de nos tâches journalières. Et un jour ou l'autre, espérons-le, notre société obnubilée actuellement par le « rester jeune à tout prix » comprendra que la vie à un âge avancé a de la valeur et qu'il vaut la peine d'investir dans l'accompagnement et les soins et aussi pour « avoir une fin de vie digne »... <I>CST



Soins gériatriques dans l'avenir : Who cares ?

↳ En tant que précurseur pour les questions concernant le vieillissement, senesuisse a déjà publié plusieurs études qui fournissent un éclairage sur le mode de vie et les formes d'habitat du futur pour les aînés, le rôle des prestataires en matière de soins et un modèle de financement optimal pour l'accompagnement et les soins. L'Institut Gottfried Duttweiler (GDI) est reconnu comme institut d'avant-garde pour la recherche sur le comportement et l'avenir ; dans l'étude la plus récente, il a analysé sur la base de scénarios futuristes avec quels nouveaux modèles, formes de travail et rapports de travail le système des soins aux personnes âgées pourrait être révolutionné et transformé en totalité.

Est-ce que cela peut continuer comme avant ?

Un regard sur le développement actuel nous interpelle. Comment poursuivre sur cette lancée sans que le système ne s'effondre ? Quelles sont les alternatives ? Quels modèles disruptifs nous ouvrent de meilleures perspectives dans les soins et l'accompagnement ? Peut-on remplacer le temps de travail sans perdre l'aspect humanitaire. Comment résoudre le problème dix fois mieux – et pas seulement dix pour cent moins chers ? Qui peut réaliser un tel exploit ? Comment et quand y arriverons-nous ? Quelles mesures doit-on prendre pour révolutionner efficacement le système des soins ?

Autrefois : l'idéal de la benjamine de la famille

Il n'y a pas encore si longtemps, la plus jeune fille de la famille avait pour tâche de s'occuper de ses parents et de les soigner. Elle assurait pour ainsi dire un service 24 heures sur 24. On vivait ensemble à la ferme et la vieillesse venant, les parents se retiraient dans l'annexe de la ferme, mais ils étaient toujours très proches. Celui qui n'avait pas cette chance devait entrer à l'hospice « À la Grâce de Dieu » ou dans une autre institution sociale semblable.

Aujourd'hui : la « crise de la prise en charge »

L'image de la femme au foyer qui s'occupe des enfants et du ménage et aussi des soins aux parents et grands-parents est largement dépassée. Bien que les professions du milieu des soins ainsi que celles liées à la prise en charge de personnes restent globalement du ressort des femmes. Mais l'image stéréotypée de la femme a changé, elle exerce aujourd'hui des activités professionnelles dans les branches les plus diverses. Il reste de moins en moins de temps pour le travail bénévole à l'intérieure et à l'extérieure du cercle familial. De plus, les bases sociales changent, des familles entières se scindent selon le mot-clé « défamilisation » : des familles plus petites, de nouveaux modèles de famille et de nombreux célibataires vivant seuls. Moins de soins donnés par les proches, cela signifie un besoin croissant en soins professionnels. En outre, les parents n'habitent plus forcément dans la même localité que leurs enfants. Et enfin, de moins en moins de personnes âgées souhaitent être à la charge d'un de leurs enfants.

Parallèlement à cette évolution, non pas seulement la demande en prestations de soins et prise en charge augmente, mais aussi les exigences envers les prestataires. Comme les rapports entre jeunes et aînés se compliquent davantage, le terme « Crise de la prise en charge » a fait son apparition. Il est de plus en plus difficile de fournir un travail de qualité à cause du manque de temps, le manque chronique de personnel et une haute charge de travail. Temps, patience et contact verbal ne sont pas des objets qu'on peut élaborer d'une manière plus efficiente. On peut toujours acheter des produits meilleur marché, mais on ne peut pas soigner bon marché.

SAVE THE DATE 15 mars 2018
Symposium au GDI Rüslikon

Demain: de la benjamine à la « Big Daughter » ?

Presque à la commande – on dirait aujourd'hui « en flux tendu » – les personnes nécessitant recevaient autrefois leurs prestations de soins. La benjamine de la famille s'adaptait aux besoins individuels de sa mère, de son père. Cette concentration à la personne s'est trouvée affaiblie par le devoir de la gestion économique dans la branche des soins. Les offres (soins par les institutions de soins et aide à domicile et en EMS) ont été adaptées aux processus et standardisées. Ne pourrions-nous pas avec les progrès techniques et organisationnels arriver à ce que les soins soient de nouveau définis par la personne tributaire de ces soins selon la devise : Ne soigne pas comme le système le permet, mais comme le patient aimerait !

Pour cette focalisation sur la personne à soigner, le terme « Big Daughter » conviendrait parfaitement. Ce terme ne s'entend bien sûr pas dans le sens proprement dit de « fille », mais plutôt comme formule neutre par le sujet et l'objet qui pourraient endosser le rôle idéal que revêtait jadis la « benjamine de la famille ». Un tel système global de « prise en charge » peut comprendre des éléments numériques et analogues, humains et automatisés. Ce système est ciblé sur les nécessités et les souhaits personnels de la personne qui a besoin de soins et d'accompagnement et il permet d'offrir toutes les prestations de service et les contacts sociaux souhaités et utiles. <I>CST/GDI

Il sera très intéressant d'apprendre ce que l'étude apporte dans ce contexte. Elle sera présentée à notre symposium le 15 mars 2018 au GDI Rüslikon.

Déplorable réglementation pour les entrées en EMS hors canton

↳ Ça aurait été trop beau : la solution était à portée de main pour que les personnes âgées puissent entrer librement dans l'EMS de leur choix dans un autre canton que celui où elles sont domiciliées. Le Conseil des États a rejeté la proposition de financement complet des soins. Une personne âgée est donc contrainte d'entrer dans un EMS de son canton de domicile si elle ne peut financer son séjour hors canton.

Refus de la liberté d'établissement

Le Conseil des États s'est imposé. Le libre choix de l'EMS prend fin aux limites du canton. A l'encontre des organisations d'aide et soins à domicile, pour lesquelles une solution pour les coûts de soins extra-cantonaux a pu être trouvée, aucune issue praticable pour les admissions en EMS n'a pu être définie. Pourtant, le Conseil national avait proposé une réglementation humaine et claire : selon lui, le canton de provenance prendrait en charge les coûts résiduels sur la base des coûts du canton où se trouve l'EMS. Ainsi, la liberté d'établissement aurait pu être garantie même pour les personnes âgées qui sont moins fortunées. Cette possibilité a maintenant été barrée avec succès par les cantons.

Le nouveau texte de loi exprime fort bien le point de vue des cantons et pourrait se traduire ainsi : « Chers concitoyens, notre planification cantonale de places dans les homes pour personnes âgées a tenu compte exactement du nombre de places nécessaires. Si vous êtes si ingrats et si cela ne vous convient pas, il ne vous reste qu'à ouvrir les cordons de votre bourse – si vous le pouvez. Sinon, vous devrez finir vos jours chez nous dans les lits que nous avons planifiés. »

Plus de la moitié des résidents en EMS doit faire appel aux prestations complémentaires. Ces 70'000 personnes n'ont aucune réserve financière. La proposition du Conseil des États ne signifie rien d'autre que de leur usurper la liberté d'établissement : entrer dans un EMS hors du canton de provenance serait tout simplement impossible car trop cher.

Une vieille question juridique attend toujours une réponse

Avec cette réglementation (voir encadré), c'est le « lieu du domicile » qui sert de critère pour savoir quel est le canton qui prend en charge le coût des soins. Comme un déménagement directement dans un EMS n'est pas considéré comme changement de domicile, le canton du domicile précédent reste compétent. Si celui-ci prévoit une participation trop modeste aux coûts des soins, il y aura déficit de financement. Uniquement ceux qui peuvent et veulent payer ces coûts supplémentaires de leur propre poche ont le droit de déménager dans un autre canton.

Il y a aujourd'hui déjà bien des litiges inhumains parce que le canton de domicile aussi bien que celui du lieu de l'EMS refusent de financer les coûts résiduels des soins. Cette problématique persiste pour autant que l'entrée en EMS ne soit pas directe. En effet, la nouvelle réglementation indique que la compétence de payeur reste inchangée lors de l'entrée en EMS. Mais quand une personne âgée peut et veut encore opter pour un changement de résidence, et donc n'entre pas directement dans un EMS, il n'est pas clair si le changement de domicile a été reconnu. Des exemples s.v.p ?

Y a-t-il changement de domicile si quelqu'un déménage dans un autre canton parce qu'il a de la parenté, et que quelques semaines ou quelques mois plus tard, il entre dans un EMS de ce canton ? Et qu'est-ce qui se passe quand une personne qui a besoin de soins prend un « logement protégé » dans un autre canton, puis entre quelques semaines ou mois plus tard dans un EMS affilié ?

Texte de la nouvelle réglementation approuvée par le Parlement :

Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Dans le domaine des soins ambulatoires, le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un établissement médico-social de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'établissement médico-social en question sont garantis pour une durée indéterminée.

De nouvelles questions juridiques à clarifier

Le texte législatif approuvé est du pain béni pour les juristes. Néanmoins, il est dorénavant clair qu'avec la mise en vigueur de la nouvelle loi, le canton de domicile de jusqu'alors doit payer lors d'une entrée directe en EMS. Mais peut-il prévoir une participation plus basse aux coûts que si la personne assurée était entrée dans un établissement médico-social du propre canton ? Si le financement est fixé selon ses règles, devrait-il payer également le solde excédent en cas de déménagement dans un lieu plus avantageux ? Et qui doit combler la différence lors d'un déménagement dans un lieu plus cher, lorsque le résident ne peut pas payer : La parenté peut-elle être mise à contribution ou serait-ce même l'aide sociale qui devra intervenir ?

Le « compromis » choisi n'est pas clair non plus. Le canton de domicile précédent devrait prendre en charge le coût des soins selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations dans le cas (fort improbable) qu'il ne puisse offrir de place de soins à proximité. Mais qui définit ce qui est « à proximité » et ce qui ne l'est pas ? Et si ce financement « pour une durée illimitée » est assuré, est-il gelé à la hauteur du montant au moment de l'entrée en EMS ou des parts de financement résiduel croissants doivent-ils être pris en charge par la suite ?

Recommandations aux établissements médico-sociaux

Les cantons / communes peuvent continuer à se déclarer non compétents et refuser le financement résiduel si ce n'est pas clair qu'il y ait eu ou non changement de domicile. Ci-après quelques recommandations pour les établissements médico-sociaux (malgré la nouvelle réglementation) :

- Entrée directe sans condition dans un EMS uniquement lorsque le domicile précédent était dans la propre commune / le propre canton ou dans un lieu avec financement résiduel plus élevé des soins (mais cela peut changer d'une année à l'autre ...).
- Admission uniquement après avoir habité en toute autonomie pendant plusieurs mois (après le « dépôt des papiers » et définition du nouveau domicile fiscal !) dans un appartement (éventuellement rattaché à l'EMS) dans la même commune / le même canton.
- Autrement, il est impératif de clarifier avant l'admission, qui est compétent et payera quel montant, puis quelles pièces justificatives et formulaires seront nécessaires pour la gestion. ←CST



... pour soigner la démence !

↳ Est-ce que la démence est une maladie ? Personne n'en doute. Est-ce qu'en cas de démence les soins sont pris en charge par l'assurance maladie ? Malheureusement Non ! Le temps supplémentaire pour les soins et les structures nécessaires sont clairement des coûts maladie. Pourtant les prestations en cas de démence ne sont pas reconnues comme soins, mais comme encadrement. Conséquence : soit les personnes concernées paient elles-mêmes les soins, soit elles renoncent au soutien professionnel nécessaire.

Trois problèmes émergents de la démence

Dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence, les représentants des cantons (CDS) et les associations de prestataires ont identifié trois problèmes émergents dans l'actuel financement des soins des personnes atteintes de démence :

1. Dans les cas de démence, les prestations de soins demandent en général plus de temps que chez un malade sans démence. En tant qu'exemple type, il faut mentionner que plusieurs essais doivent être faits avant que la personne atteinte de démence ne se laisse approcher. Dans la pratique, on sait que les instruments d'évaluation usuels ne permettent pas de refléter fidèlement cette situation. De plus, le temps supplémentaire pour fournir les prestations nécessaires est toujours sujet à friction entre assureurs et prestataires de soins (la plupart du temps sous le titre ingrat « d'Efficiency de la fourniture des prestations »).
2. Certaines prestations de soins spécifiques à la démence sont des « traitements typiques de soins », mais ne sont pas mentionnées explicitement dans l'art. 7 de la LAMal. Ainsi, elles ne sont pas financées par l'assurance maladie. Un exemple souvent cité est l'alimentation : l'aide à manger et à boire est une prestation des soins de base selon la LAMal (administration de nourriture). Bien des personnes souffrant de démence n'ont pas besoin d'aide pour se nourrir, mais de quelqu'un qui veille à ce qu'elles s'alimentent ; supervision ou aide. Comme ceci n'est pas reconnu en tant que prestation de soins, c'est la personne concernée qui doit payer. Les façons différentes d'indemniser et les changements d'organismes garants des contributions pour des prestations identiques ou similaires amènent à des troubles de la qualité des prestations de la prise en charge et des soins.
3. Une partie des mesures de soins qui sert à décharger les proches qui s'occupent de la personne atteinte de démence ne peut pas être indemnisée par l'AOS ou l'est seulement partiellement.

Une amélioration immédiate est possible et nécessaire

Seulement quand le problème du temps supplémentaire aura été résolu, on pourra faire face dignement aux besoins des personnes concernées et de leur maladie. Les soins usuels prennent plus de temps chez les personnes atteintes de démence que normalement. Il faut toujours reconstruire les liens de communication, ceci prend du temps et dépend de la disposition du patient à accepter. Les valeurs tarifaires moyennes basées sur les instruments d'évaluation des soins sont trop basses. C'est le résultat d'une étude à large échelle figurant dans l'Index 2016 sur les besoins en soins : le RAI (Resident Assessment Instrument) appelle à une adaptation des degrés RUG. Quelques cantons ont appliqué ces recommandations, mais les assureurs s'insurgent et prennent des mesures juridiques contre. Encore plus marquant est le fait que les coûts supplémentaires facturables ne soient pas remboursés aux institutions d'aide et soins à domicile si la personne qui devait prodiguer les soins a été rejetée par le patient et qu'elle n'ait pu assumer ses tâches qu'au deuxième essai. La solution au problème serait de reconnaître le besoin effectif en temps et de le dédommager.

La problématique d'une meilleure délimitation des soins et de l'accompagnement est aussi bien connue. Cette répartition purement artificielle de politique financière devrait être entièrement supprimée. D'énormes tâches administratives seraient ainsi éliminées et le mandat de soutien par les proches ne serait pas inutilement rendu difficile. Les associations de prestataires n'ont pas attendu d'être devant un fait accompli, elles ont déposé, avec le soutien des CDS, une requête visant à compléter l'OPAS : Nous demandons que, comme pour les autres maladies psychiques, des activités telles les instructions, le soutien et le contrôle des activités de soins soient pris en compte. Dans les faits, il s'agit ici de personnes atteintes de démence qui ne peuvent accomplir des activités normales au quotidien tels les soins corporels, manger et boire de façon autonome, bouger et avoir leur bien-être général sous contrôle. Les personnes atteintes de démence doivent pouvoir compter sur un soutien professionnel pour accomplir des tâches indispensables au quotidien. Nous demandons en outre de compléter le catalogue des traitements médicaux : Les personnes atteintes de démence souffrent souvent d'effets secondaires dus à la maladie qui se manifestent sous forme d'apathie, agression, anxiété, paranoïa. Les soins pour pallier les symptômes sont liés à la maladie et ne peuvent pas être traités séparément. Ils doivent donc figurer dans le catalogue des traitements médicaux, à l'instar des « maladies psychiques typiques ». ←ICST

Verdict dans l'affaire LiMA : Qui doit payer ?

↳ Le jugement exemplaire C-3322/2015 met les points sur les i : les cantons n'avaient pas le droit de prolonger jusqu'en 2015 la convention LiMA résiliée à fin 2014 par les assureurs maladie. Les caisses maladie ne peuvent être contraintes à payer en sus des produits de la LiMA. Par conséquent, comme ces produits font partie des coûts des soins, les cantons (ou les communes) doivent les prendre en charge en tant que coûts résiduels.

Contenu du jugement

Au procès exemplaire pour le remboursement des moyens et appareils LiMA, les assureurs ont eu gain de cause. La caisse maladie ne doit payer que s'il existe un « contrat de remise » conclue entre assureurs et homes médicalisés. S'il n'y en a pas, les cantons ne devraient pas ordonner aux assureurs de financer les produits LiMA en plus des forfaits journaliers de CHF 9.- par degré de soins. Le jugement précise clairement que les contributions des patients et des caisses maladie sont limitées. Comme il s'agit de l'achat de produits LiMA pour des soins, le canton doit régler ces coûts en tant que responsable du financement du solde, autrement dit, le financement résiduel doit aussi couvrir les coûts LiMA.

Le jugement distingue entre produits « utilisés par le patient lui-même » (pour lesquels un contrat de remise est raisonnable) et produits utilisés par le personnel dans le processus de soins. Comme dans les homes médicalisés il n'y a pratiquement que cette situation – puisque il serait mal vu dans le sens d'une bonne prestation de services et de soins de jeter aux résidents les produits nécessaires en cas d'incontinence et les pansements pour qu'ils se débrouillent par eux-mêmes – le jugement signifie en bref : C'est le service public qui doit également financer les produits LiMA au lieu des caisses maladie.

Trouver rapidement des solutions

Je répète ce que j'ai déjà écrit dans le FOCUS 3/2016 : il faut trouver une meilleure solution ! La situation a empiré avec ce jugement. D'une part, le montant des indemnités versées par l'assureur depuis 2011 n'a pas changé (il était alors déjà très bas) alors que les coûts ont augmenté. D'autre part, les cantons et les communes doivent maintenant prendre en charge les coûts LiMA.

Dans une étude menée avec le GDI, *senesuisse* a proposé en 2014 un système optimal de financement pour l'accompagnement et les soins gériatriques. Dans cette étude, *senesuisse* propose une simplification évidente : les assureurs ne participent plus aux coûts des soins longue durée dans les EMS, mais uniquement les résidents et les cantons (pour compenser, les assureurs prennent en charge des coûts hospitaliers plus élevés). De cette manière, les dépenses pour l'administration lourde de la facturation d'un montant relativement minime sont entièrement supprimées.

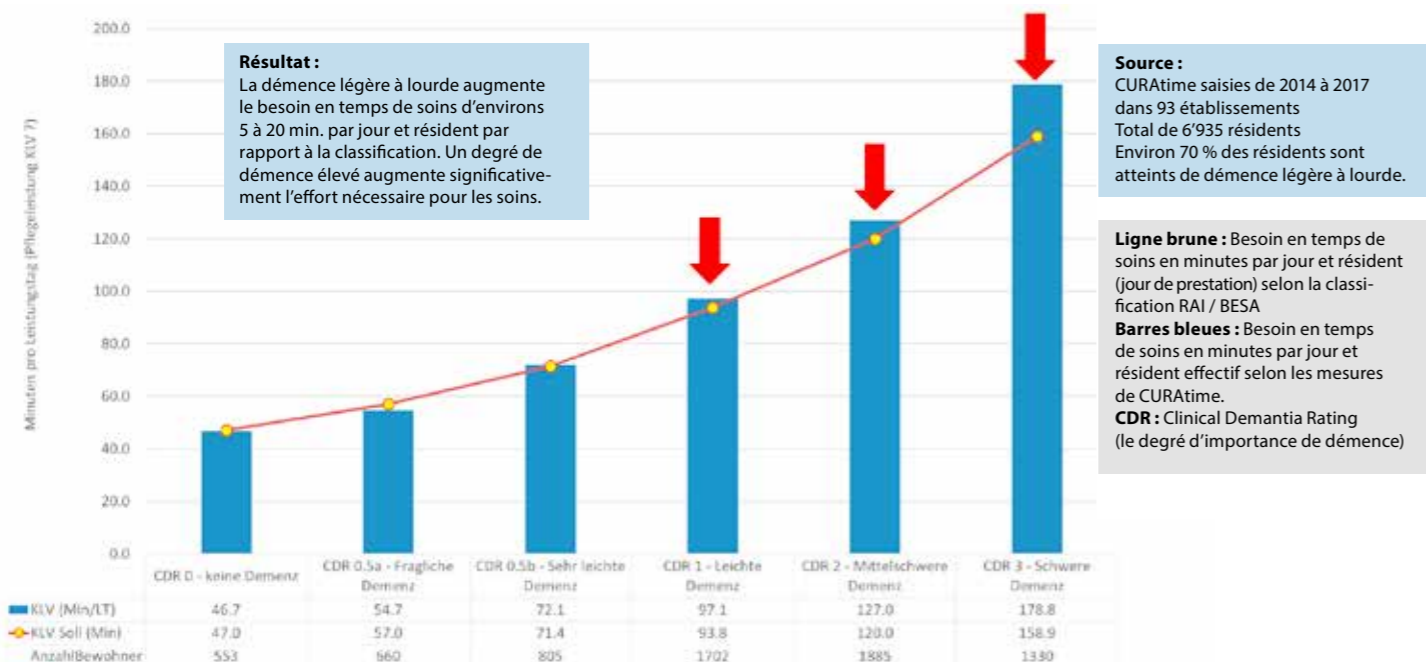
Si la politique souhaite renoncer à cette simplification judicieuse, elle devrait au moins fixer une participation correcte des caisses maladie. Avant tout, l'augmentation du montant forfaitaire journalier à CHF 11.- par degré de soins. L'AOS couvrirait alors plus qu'une petite partie des coûts des homes médicalisés devenant de plus en plus infime. En outre, suite au jugement précité, une augmentation de 2 à 3 francs par degré de soins pour les « moyens et appareils » est incontournable afin que des coûts qui étaient à la charge de l'assureur jusqu'en 2015 ne soient pas répercutés sur le contribuable.

En y regardant de plus près, il n'y a qu'une solution pour la facturation LiMA : cette facturation séparée pour quelques dispositifs médicaux doit être supprimée. Ces prestations ne sont pas chères, soit moins de 2 % de l'AOS par an. On pourrait inclure ce montant dans les forfaits AOS – au lieu de forfaits négociés séparément ou par facturation individuelle. Le modèle « Facturation individuelle » est particulièrement inefficace parce que chaque établissement doit déployer un appareil de gestion important pour facturer quelques francs : le personnel doit gérer avec minutie les achats, les ventes, les dépôts, facturations / paiements en utilisant un logiciel (actualisé en permanence). Chaque canule médicale, chaque garniture, chaque mètre de pansement doit être saisi dans le système, une perte de temps incroyable.

Conclusion

Ce jugement devrait servir à ce que ce système inefficace de facturation supplémentaire de LiMA soit supprimé et que ces coûts soient intégrés dans les forfaits existants, en les adaptant en conséquence. ←ICST

Différence entre la durée des soins nécessaire et la durée dédommée pour les personnes avec démence (Source : CURAtime)





Financement des soins : Ce qu'il faut changer

↳ Le rapport d'évaluation concernant le nouveau régime de financement des soins de 2011 pour les établissements d'aide et soins à domicile et les homes médicalisés est actuellement en phase de rédaction. Mais il n'est pas nécessaire d'attendre sa publication pour connaître les problèmes dans la pratique. L'association *senesuisse* s'engage pour que ce ne soit pas seulement un autre magnifique rapport avec des conclusions correctes, mais que les modifications mentionnées ci-après soient enfin réalisées :

1. Le financement des coûts des soins doit être adéquat

Le « nouveau régime de financement des soins » prévoit des montants fixes pour l'assureur et l'assuré. Tous les coûts résiduels sont à la charge du service public (cantons ou communes). Il s'avère malheureusement dans la pratique que celui-ci (pour des motifs politiques) ne s'acquitte que partiellement de son devoir de financement résiduel total ce qui pose un grand problème aux fournisseurs de prestations et aux patients : les coûts des soins non couverts restent dus si bien que soit les prestations et la qualité des soins sont réduites, soit que les établissements (EMS et institutions d'aide et soins à domicile) font faillite tôt ou tard ou bien les coûts sont facturés au patient sous une autre désignation ce qui enfreint à la protection tarifaire.

Les cantons doivent faire face à leurs obligations pour les coûts des soins occasionnés sur leur territoire. S'ils constatent cependant dans des cas isolés avec preuves à l'appui que des prestataires ne travaillent pas économiquement ou efficacement, ils peuvent, et uniquement dans ce cas, réduire leurs contributions.

2. Les contributions AOS sont à revoir à la hausse

La contribution des assureurs maladie a été fixée en 2011 sur la base de 2009 afin de ne pas avoir à augmenter les primes d'assurance chaque année (ce qui est quand même arrivé). Depuis lors, les assureurs maladie versent un montant fixe par heure de soins aux EMS et aux établissements d'aide et soins à domicile qui est resté inchangé. Au cours de ces dernières cinq années, les coûts des soins ont augmenté annuellement, surtout à cause de la part prépondérante qui est la masse salariale du personnel soignant. La brèche entre les coûts des soins et les contributions fixes des assureurs et assurés ne cesse de se creuser.

Les contributions des assureurs (et év. des assurés) aux soins doivent être augmentées, pour le moins dans le volume de l'augmentation annuelle des salaires.

3. La liberté d'établissement doit être garantie

Il n'est pas acceptable que l'entrée dans un home médicalisé dans un autre canton soit impossible parce qu'aucun canton ne veut prendre en charge le financement résiduel prescrit par la loi (pages 4-5).

Le canton de séjour devrait prendre en charge les coûts résiduels des soins en appliquant son système ; les cantons devraient aussi reconnaître les limites supérieures des PC pour les EMS.

4. Financement des soins dans des situations particulières

Les besoins en cas de démence et soins palliatifs ne sont pas suffisamment identifiés comme « soins LAMal ». Les personnes touchées par la démence (même avec un besoin en soins peu élevé pour certains) doivent être hébergées dans un home médicalisé et doivent déjà financer elles-mêmes les coûts de séjour. En contrepartie, les coûts découlant de leur maladie devraient au moins être remboursés (page 6). C'est aussi le cas pour le besoin en temps plus élevé et les prestations liés aux soins palliatifs ainsi que pour les cas particuliers avec un besoin très important en soins qui nécessitent plus de quatre heures de soins par jour.

Le financement doit mieux tenir compte de l'intensité des soins dans le cas de maladies et de situations particulières, surtout pour la démence, les soins palliatifs, la multimorbidité et un besoin en soins plus élevé (à prendre en considération pour les instruments de évaluation et relèvement du plafond supérieure de 240 minutes/jour).

5. Réglementation viable des soins de transition

Le but premier des soins de transition est d'offrir après un séjour à l'hôpital une solution passerelle qui corresponde aux besoins médicaux ou psychiatriques et à la convalescence afin que le patient puisse retrouver son autonomie. L'expérience montre qu'un séjour maximal de deux semaines n'est pas réaliste. Le financement actuel des soins de transition n'incite pas non plus à utiliser l'offre des EMS (bien que leur infrastructure s'y prêterait parfaitement) parce que le patient doit payer lui-même son séjour.

Les soins de transition devraient être possibles pour au moins quatre semaines au lieu de deux. En outre, les soins de transition devraient être financés comme le traitement préalable d'une maladie aiguë : coûts d'hôtellerie et accompagnement inclus. <I CST

Renforcent leur collaboration

senesuisse et curaviva

↳ CURAVIVA et *senesuisse* visent toutes deux des conditions-cadres améliorées pour l'habitat, l'accompagnement et les soins à la personne âgée. Jusqu'alors, les milieux politiques et la population n'ont pas été suffisamment sensibilisés à l'importance de ce thème – on se concentre trop souvent sur l'aspect financier et des inconvénients sans aller plus loin. Pour pallier ces inconvénients, CURAVIVA Suisse et *senesuisse* ont décidé de renforcer leur collaboration.

Rôles divers – intérêts identiques

L'engagement actif de CURAVIVA et de *senesuisse* est indispensable pour rehausser l'importance du secteur « personnes âgées et soins longues durées ». Les deux associations ont des tâches et des centres d'intérêt qui diffèrent: CURAVIVA représente une politique sociale alors que les points d'orgue de *senesuisse* sont l'aspect libéral et l'entrepreneuriat. CURAVIVA fournit un travail proche du terrain très précieux et marque de son empreinte le domaine de la formation initiale et continue ; *senesuisse* utilise ses ressources en premier lieu pour le lobbying politique. Les deux associations partenaires poursuivront sur cette voie et garderont leurs activités respectives tout en aspirant à se compléter.

CURAVIVA Suisse et *senesuisse* ont donc signé un « Memorandum of Understanding » lors du congrès spécialisé Personnes âgées. Les deux associations visent une coopération partenariale sans idée de concurrence. Grâce à leurs prestations de service et à leurs dominantes diverses, une plus-value qui renforce la branche et qui est particulièrement utile aux membres des deux associations, est ainsi créée.

Renforcement aux niveaux national et cantonal

La mise en commun des intérêts doit se faire sentir aussi bien au niveau national qu'au niveau cantonal. Maintenant que *senesuisse* est plus proche des membres et des développements cantonaux grâce à la mise en place de représentants cantonaux, la collaboration avec les associations cantonales va être renforcée. La conception commune de prises de position, de consultations, d'études, de communications met en exergue des intérêts communs. Les deux associations s'engagent aussi pour que les intérêts des institutions affiliées soient représentés en commun et sans perte d'efficacité.

Thèmes importants

Une analyse approfondie des contenus a permis aux deux partenaires de retenir des thèmes importants qui demandent un engagement supplémentaire :

- Financement durable de l'habitat, de l'encadrement et des soins à la personne âgée
- Réduction de la pénurie en personnel soignant qualifié
- Lutte contre une réglementation excessive et des tâches administratives inutiles pour les établissements de soins
- Comblement des lacunes de financement et combattre de fausses incitations dans le système de la santé
- Réalisation des bonnes offres pour les personnes âgées ayant besoin de soins
- Garantie de prévoyance vieillesse (AVS/LPP) et prestations complémentaires suffisantes
- Élaboration et application de normes de qualité professionnelles appropriées
- Éclaircissement des questions ayant trait à la délimitation dans les soins/encadrement/hôtellerie.

Nous sommes sûrs d'avoir ainsi créé les bases pour une meilleure représentation des entreprises dans les secteurs habitat, encadrement et soins des personnes âgées. <I CST

Impressum

Rédaction
CHRISTIAN STREIT <I CST
Directeur *senesuisse*

senesuisse
Association d'établissements
économiquement indépendants
pour personnes âgées Suisse

Parution : 3x par an
Tirage : 2400 exemplaires
1800 allemand | 600 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

↳ Les photos pour ce FOCUS de *senesuisse* ont été réalisées au FELLERGUT à Bümpliz. Pour ce faire, Madame Edith Müller, Monsieur Hans Holenstein et Madame Josefa Meyer ont reçu les rôles principaux. Nos chaleureux remerciements vont également aux autres résidents qui se sont vêtus de leurs plus élégantes tenues, même si nous ne pouvions pas tous les considérer. <I SKU



AQUATIS Aquarium-Vivarium Lausanne est un concept unique en Suisse et en Europe. Il met en scène des animaux vivants grâce à une scénographie totalement immersive et interactive à l'aide de technologies numérique innovantes. Il se positionne comme le plus grand Aquarium-Vivarium d'eau douce d'Europe.

Plus qu'un aquarium ou un vivarium, AQUATIS est une découverte des milieux d'eau douce les plus fascinants de notre planète.

AQUATIS vous attend dès maintenant à Lausanne pour un voyage à travers les cinq continents.

AQUATIS Aquarium-Vivarium Lausanne
Route de Berne 144 – 1010 Lausanne / Vennes
+41 21 654 23 23 – sales@aquatis.ch – aquatis.ch



Économisez du temps et de l'argent avec HOTELA+
www.hotela.ch

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.