

L'avenir des soins de longue durée: perspectives du point de vue de CURAVIVA Suisse

Journée d'étude RAI-NH 28.11.17



Camille-Angelo Aglione, Secrétaire romand CURAVIVA Suisse

Aperçu

1) Point de départ et perspectives

2) A court terme: Amélioration du financement actuel des soins

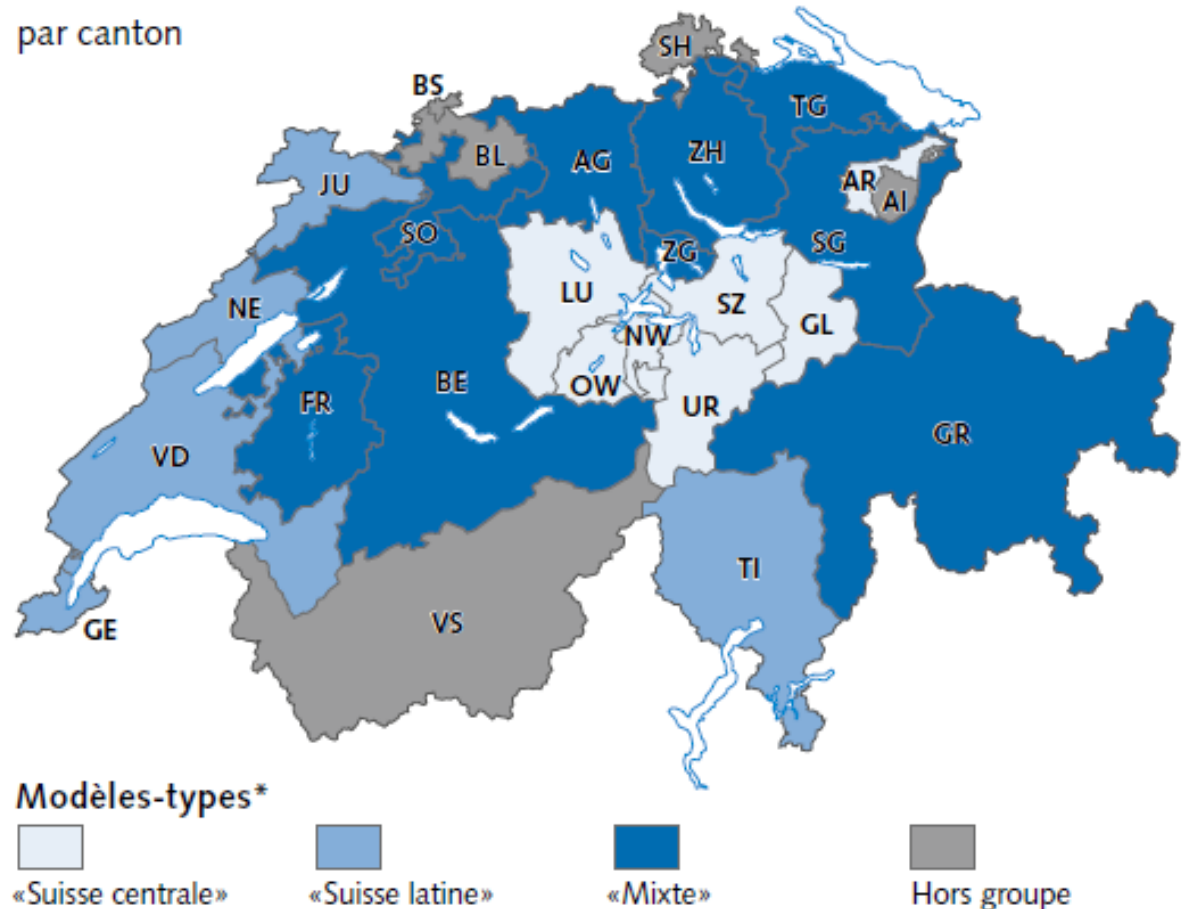
3) Développement des structures médico-sociales

4) A long terme: Nouveaux modèles de financement

Situation initiale: SLD, les structures actuelles

Répartition géographique des modèles-types

Fig. 1



OBSAN Bulletin 13/16:

Trois modèles-types
d'organisation des
soins de longue durée
dans les cantons

Trois modèles de soins

Modèle latin

- Utilisation plus fréquente des prestations d'aide et soins à domicile, entrée tardive en EMS: «ambulatoire avant stationnaire»
- Les structures intermédiaires sont surtout des foyers de jour et de nuit
- Proportion plus faible de proches aidants

Modèle Suisse centrale

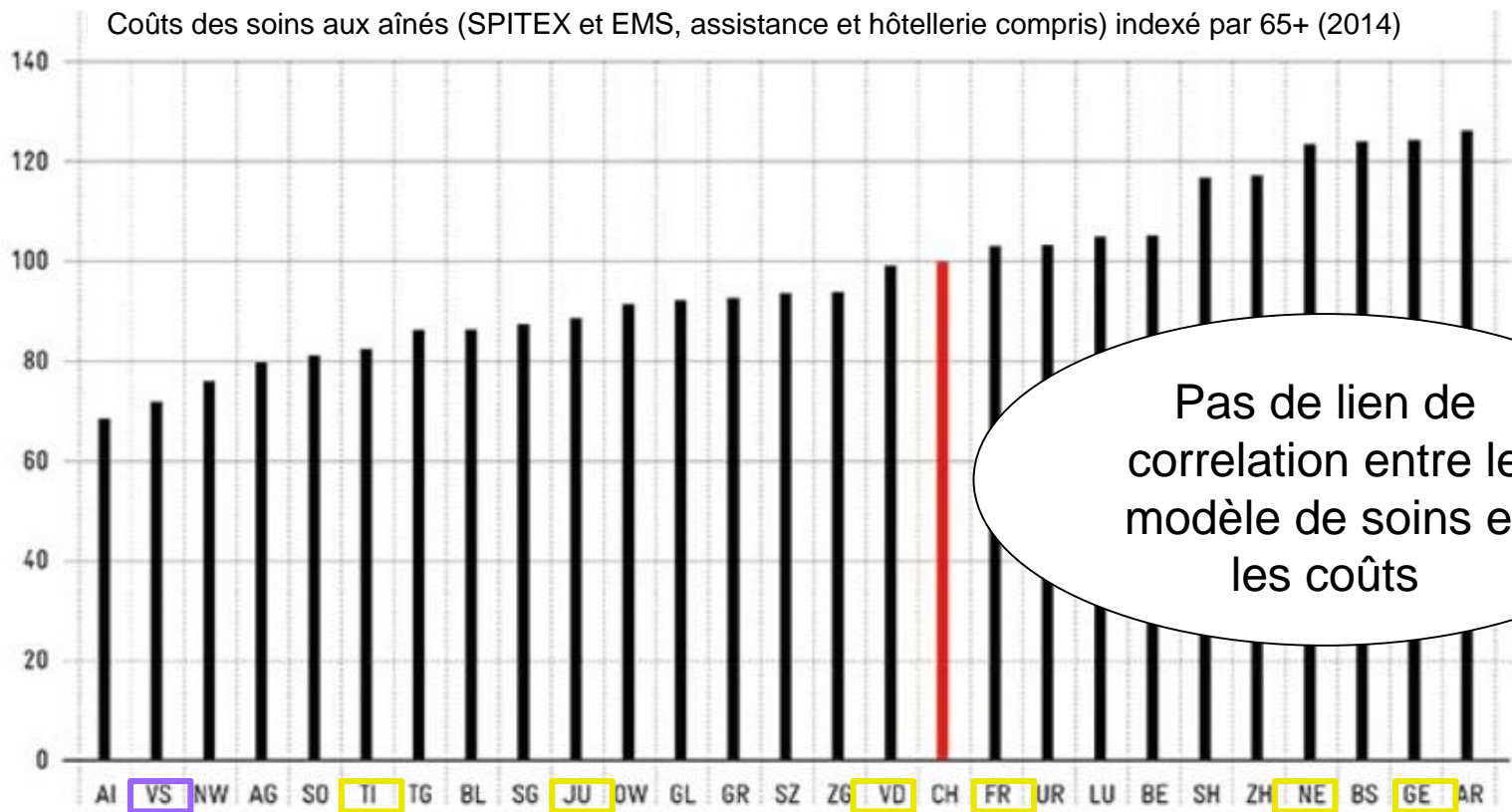
- Rôle central de l'EMS avec la proportion par habitant la plus élevée de Suisse
- Structures intermédiaires bien développées, surtout des courts séjours
- Grande proportion de proches aidants

Modèle mixte

- Mélange des deux autres modèles avec proportion égale de prestations EMS que SPITEX
- Structures intermédiaires plus diversifiées

Grosses différences cantonales dans le coût des soins

Les coûts des soins des 65 ans et plus varient du simple au double d'un canton à l'autre



Pas de lien de corrélation entre le modèle de soins et les coûts

Quellen: Spitex-Statistik 2014, SOMED-Statistik 2014, Avenir Suisse

Tendances observées et attendues

Besoins et attentes des clients de la branche:

- Plus grande autodétermination
- Des prestations flexibles, individualisables
- Passage fluide entre des prestations ambulatoire et stationnaire

Développements de la branche:

- Une offre élargie, tant ambulatoire que le stationnaire
- Augmentation des structures intermédiaires (courts séjours, appart. protégés, etc.)
- Nouveaux acteurs privés (par ex. pour les migrants)



Soins médico-sociaux 2015

Les données de l'OFS (17.11.16) sur les soins médico-sociaux dans les institutions et à la maison en 2015 confirment certaines tendances:

- Bénéficiaires de prestations de soins à domicile: + 15%
- Heures de soins à domicile facturées: + 9.7%
- Résidents en EMS: + 3%
- Journées de soins en EMS: - 0.05%
- Durée moyenne du séjour en EMS : - 3.8% (depuis 2012)
- Augmentation significative du secteur privé de l'aide et soins à domicile (SPITEX privée)

(sauf indication contraire, les évolutions indiquent la variation par rapport aux données 2014)

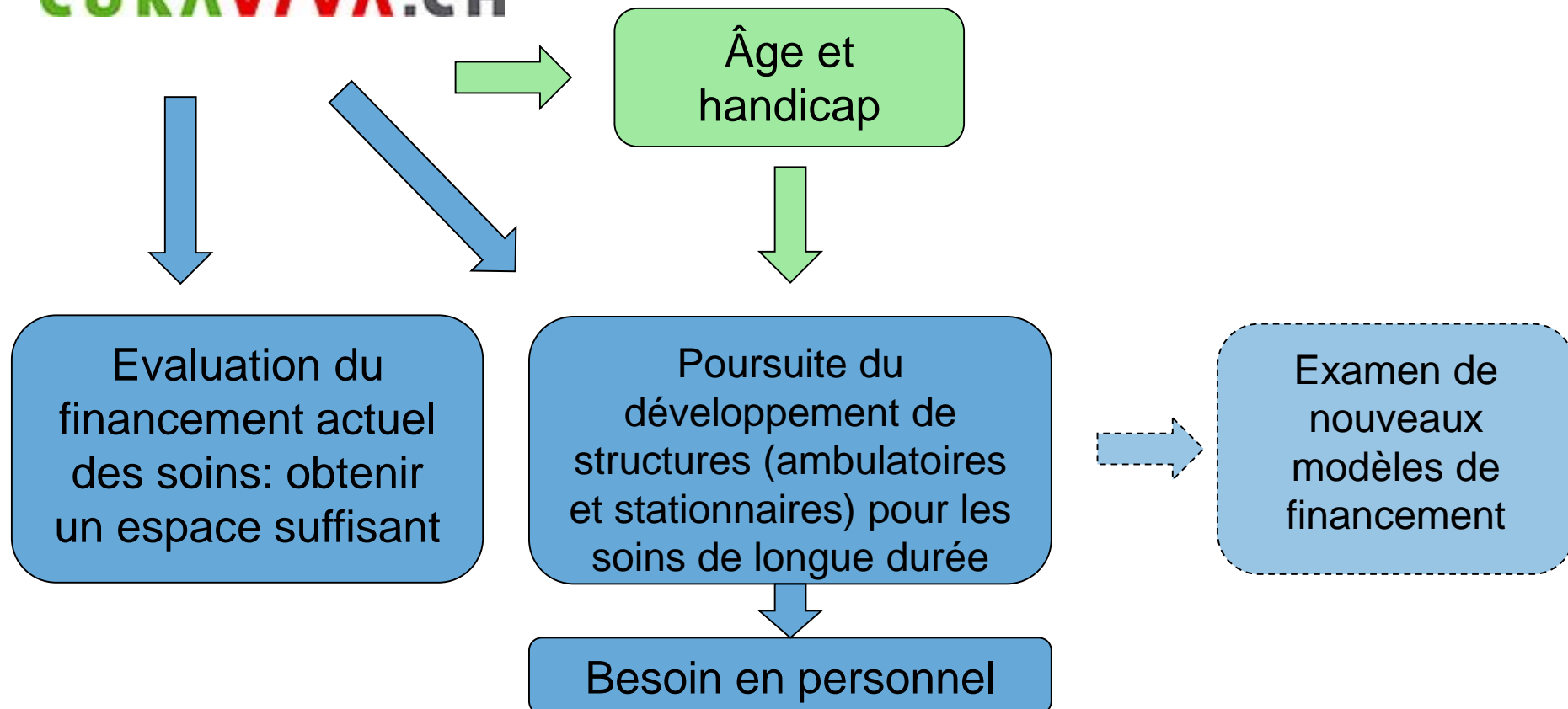
Conditions cadres politiques

- **Défis multiples liés à l'évolution démographique: prévoyance vieillesse, aménagement du territoire, financement des soins, etc.**
- **Attente vis-à-vis des prestataires: une productivité et une efficacité élevées dans la remise de prestations de haute qualité**
- **Des conditions cadre financières restreintes**



Des défis multiples pour la branche

Engagement de
CURAVIVA.CH



Aperçu

1) Point de départ et perspectives

2) A court terme: Amélioration du financement actuel des soins

3) Développement des structures médico-sociales

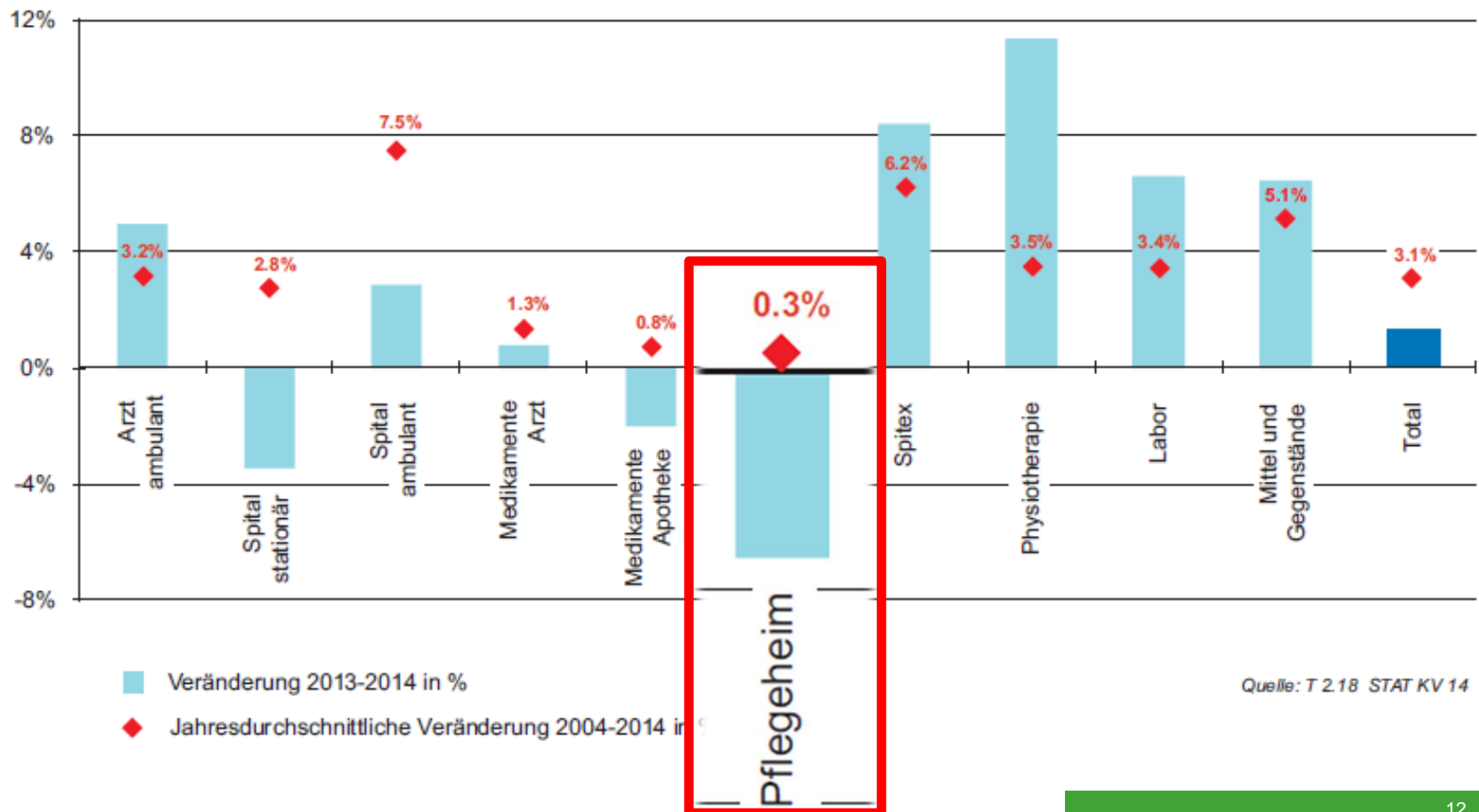
4) A long terme: Nouveaux modèles de financement

Evaluation du financement des soins: questions clés

- Evaluation du nouveau régime de financement des soins: rapport de l'OFSP en préparation
- Du point de vue des prestataires il est nécessaire d'agir!
- Questions clés pour CURAVIVA Suisse:
 - 1) Adaptation des montants OPAS à l'augmentation des coûts / Amortissement de l'augmentation du financement résiduel
 - 2) Responsabiliser les cantons dans la prise en charge du financement résiduel justifié
 - 3) Cesser de séparer les soins et l'accompagnement: Facturation à part entière des prestations d'accompagnement (Betreuung) dans les situations de démence et de soins palliatifs
 - 4) Solution appropriée pour les soins aigus et de transition

EMS: Pas un centre de coûts pour l'AOS

Assurance obligatoire des soins: évolution des coûts bruts par prestation et par assuré

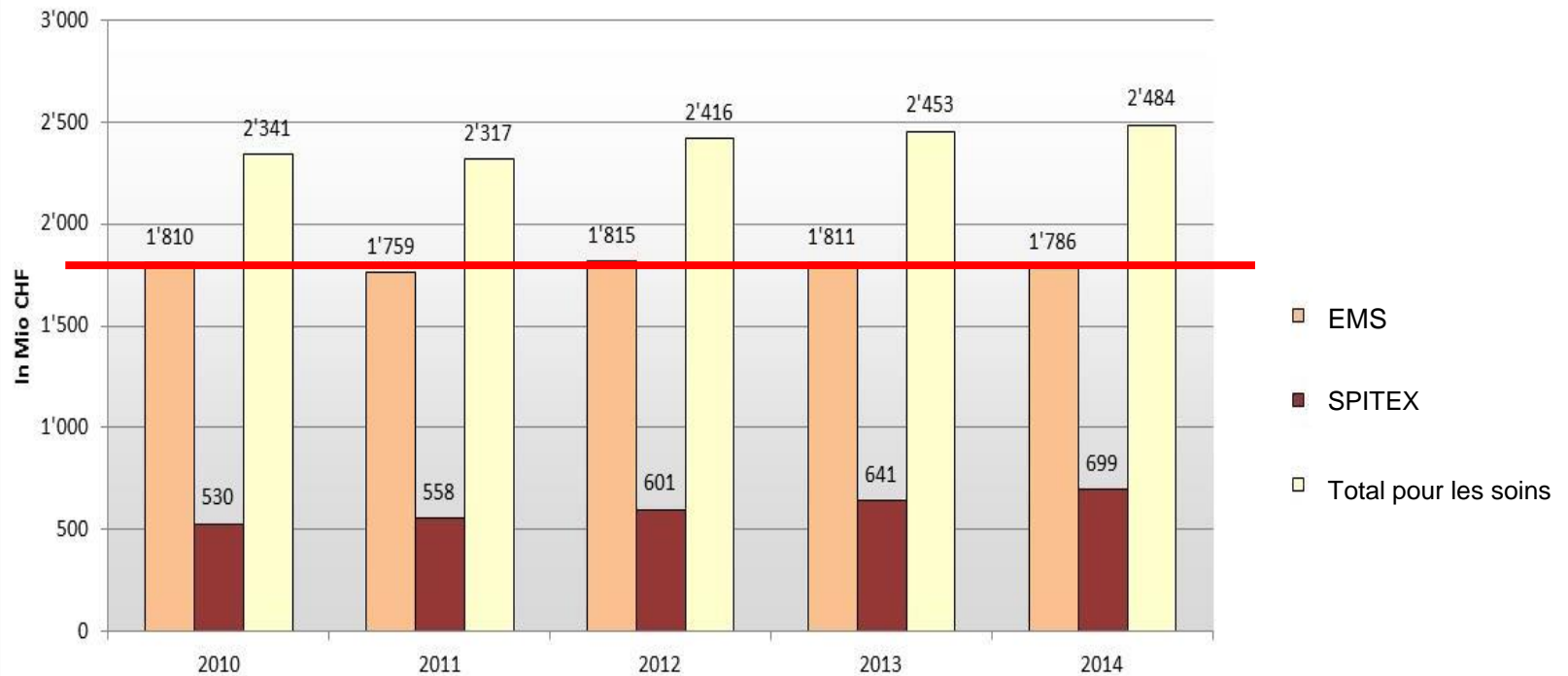


Neue Pflegefinanzierung: Kostenneutral für OKP




Coûts des soins pour l'assurance obligatoire des soins 2010-2014

Datenpool



La participation de l'AOS aux coûts se réduit chaque année

Année	Coût des soins des EMS		Part AOS	Part AOS en %
2009	Fr.	3'352'378'000	Fr. 1'793'000'000	53.48%
2010	Fr.	3'415'625'000	Fr. 1'810'000'000	52.99%
2011	Fr.	3'545'747'000	Fr. 1'759'000'000	49.61%
2012	Fr.	3'717'902'000	Fr. 1'815'000'000	48.82%
2013	Fr.	3'819'011'000	Fr. 1'811'000'000	47.42%
2014	Fr.	3'892'949'000	Fr. 1'786'000'000	45.88%
2015	Fr.	3'993'168'000	Fr. 1'784'000'000	44.68%



Le Parlement demande une correction:

Postulat CSSS-N 16.3352, «Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs»: adopté par le Conseil national par 178 voix contre 1 (Hans Grunder, PBD/BE)

Aperçu

- 1) Point de départ et perspectives
- 2) A court terme: Amélioration du financement actuel des soins
- 3) Développement des structures médico-sociales
- 4) A long terme: Nouveaux modèles de financement

Le débat sur les soins de longue durée s'accélère



«FLUID CARE Un accompagnement sur mesure plutôt qu'une prise en charge générique»

avenir suisse

think tank for economic and social issues

«De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées»

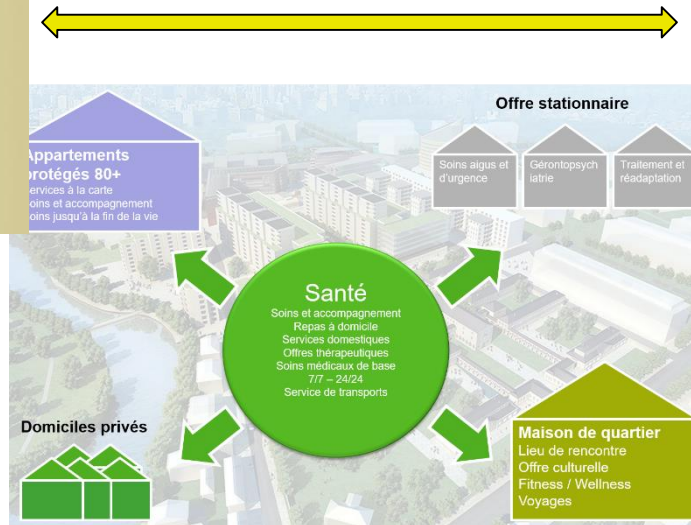


Denknetz: «Das Denknetz-Modell zur Langzeitpflege und -betreuung: Eine Skizze»

Cadre de référence pour le modèle de CURAVIVA



Cadre de référence théorique



Faisabilité = Financiabilité

Appartements protégés 80+

Services à la carte
Soins et accompagnement
Soins jusqu'à la fin de la vie

Offre stationnaire

Soins aigus et d'urgence

Gérontopsychiatrie

Traitement et réadaptation

Santé

Soins et accompagnement
Repas à domicile
Services domestiques
Offres thérapeutiques
Soins médicaux de base
7/7 – 24/24
Service de transports

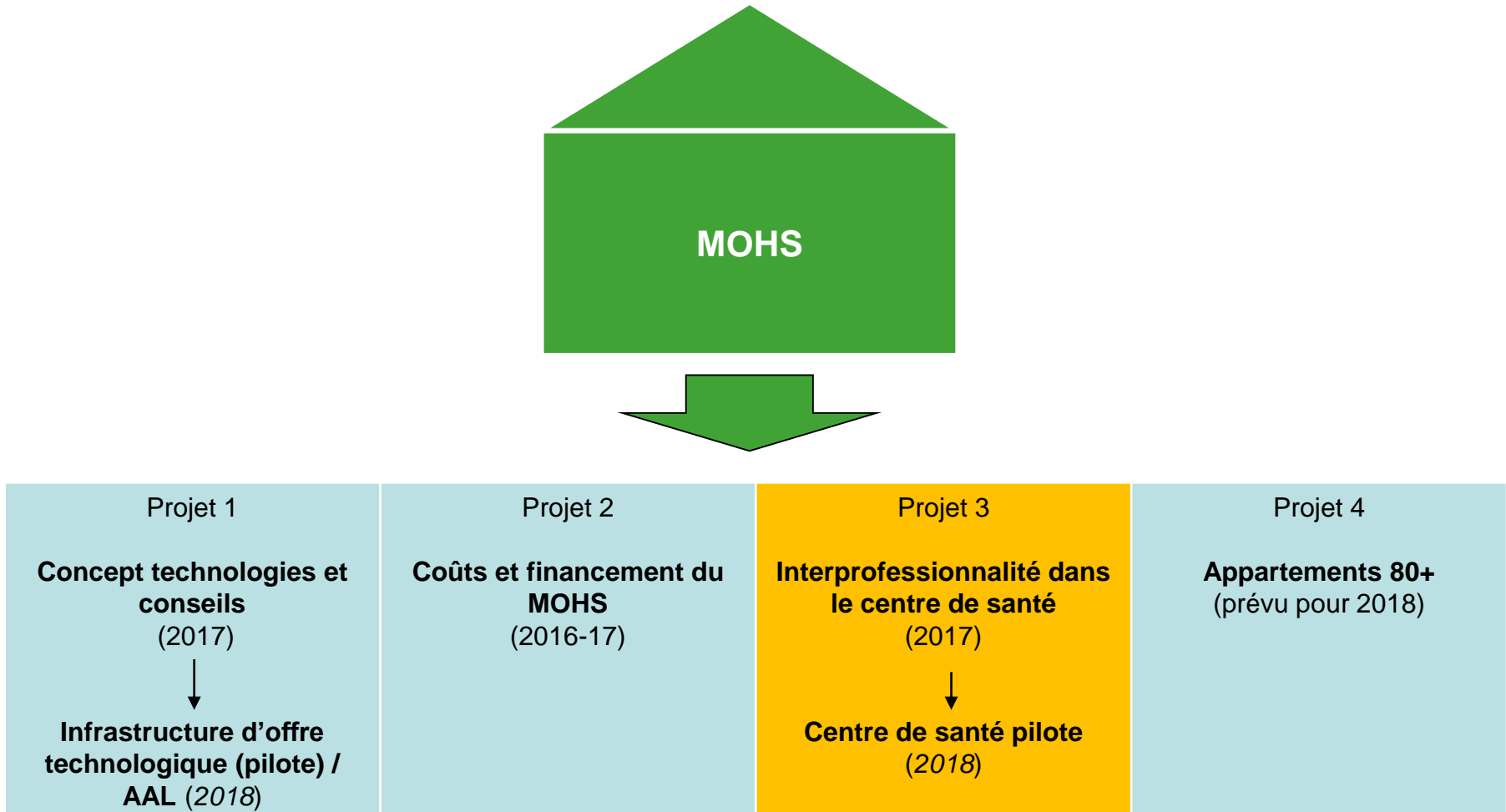
Domiciles privés



Maison de quartier

Lieu de rencontre
Offre culturelle
Fitness / Wellness
Voyages

Le modèle d'habitat et de soins 2030



Projet de suite «Centre de santé»

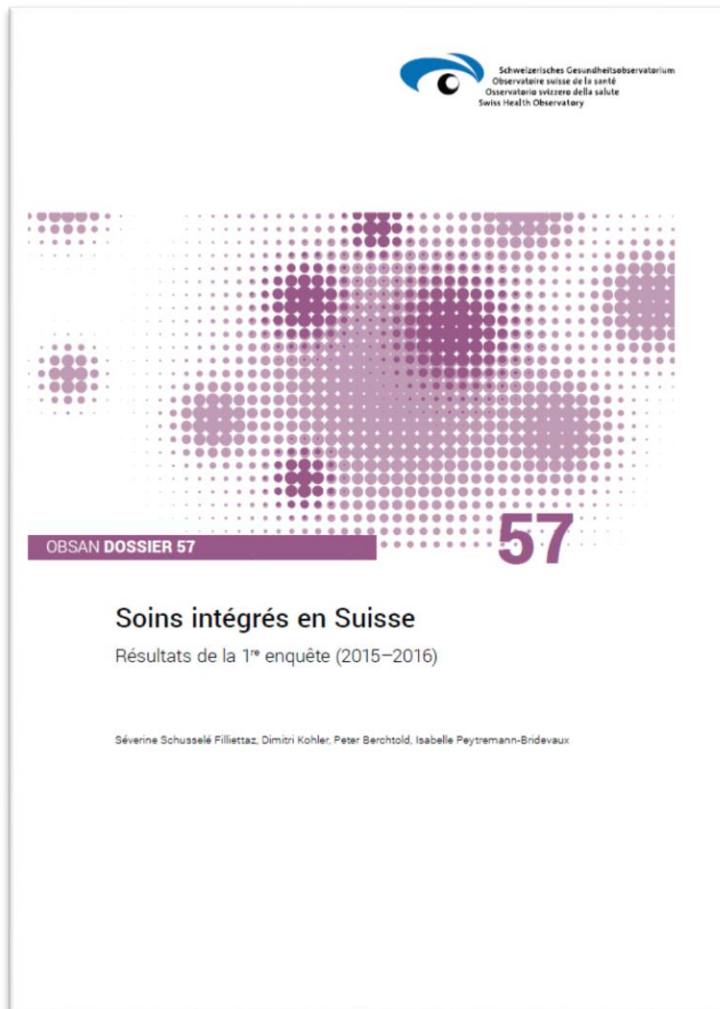
- **Questions centrales**
 - Comment mettre en oeuvre concrètement le centre de santé et comment atteindre l'interdisciplinarité nécessaire?
 - Comment le centre de santé pourra-t-il garantir dans le futur les soins médicaux et thérapeutiques de base dans l'environnement de vie des personnes âgées?
- **Représentants du COPIL:**
 - Médecins gériatres et médecins d'EMS, Pharmacies TopPharm, Secteur hospitalier, Pharmasuisse, SPITEX Suisse (ASSASD), CURAVIVA Suisse

Projet de suite «Centre de santé»

- **Livrables attendus**

- Nouveaux modèles d'organisation - La collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé: Recherche documentaire et exemples pratiques (Ecoplan, Berne)
- Description appliquée du centre de santé du MOHS 2030 : Groupe de travail national (Qualis evaluation, Zurich)
- Businessplan «Centre de santé» du MOHS 2030: Mandat avec groupe d'accompagnement (H focus, Zoug)

Projet de suite «Centre de santé»: recherche documentaire



La source:

<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/soins-integres-en-suisse> (En particulier annexe 6.5)

La démarche:

Sur cette base, sélection 20 exemples et interviews

Exemples romands:

Réseau Santé Balcon du Jura (Vaud)

Cité générations (Genève)

Projet de suite «Centre de santé»: description appliquée

- Focus vieillesse mais ouvert à toute la population
- Focus sur la personne en bonne santé, utilisation des ressources existantes (par ex. les petits-enfants, les loisirs, la vie quotidienne)
- Participation de la population et des proches (par ex. forum des patients, groupe des proches, ...)
- Unité de doctrine, philosophie de travail commune
- Orientation géo-sociale, une perspective professionnelle «ici et maintenant» (sur-mesure, individualisé, orienté sur les besoins et pas les normes, décentralisée, incorporant les proches)
- Prévention, recherche de la santé (viser les personnes avant d'en faire des cas)
- Ancrage régional, chercher à connaître les gens, assister à des manifestations
- Travail avec des multiplicateurs, des personnes clés

- Personne de référence avec un rôle proche du médecin de famille (ANP, Assistant médical, Travailleur social, Psychologue BA)
- Spécialistes en médecine de la vieillesse, gériatre ou gérontopsychiatre par exemple
- Prestations supplémentaires en fonction de l'offre des lieux
- Des postes fixes favorisent l'engagement pour l'institution (par ex. médecin référent)
- Dialogue interdisciplinaire sur les cas

- Service 24/24
- Téléconseil
- Service d'urgence, y-compris petite chirurgie
- Walk-In, sans rendez-vous
- Personne de contact pour personnes avec des besoins particuliers
- Planification et coordination des transitions: Hôpital, réadaptation, hospitalisation à domicile
- Point de contact pour divers besoins de support, soutien administratif, etc.
- Coordination des divers acteurs tels Pro Senectute, Croix-Rouge, soins à domicile, etc.
- Offre de support aux proches
- Foyer de jour/nuite/week-end/vacances
- Collaboration avec des associations locales, d'aide aux migrants, bénévoles, conseils des seniors
- Point de contact pour la population
- Offre de formation pour la communauté (par ex. colloque sur des thèmes sur la santé)
- Management interne de la qualité

- Formations continues communes sur la thématique «orientation géo-sociale»
- Discussions de cas (tous les quinze jours)
- Plateforme interdisciplinaire (table ronde) sur l'offre régionale (avec participation des communes)
- Cercles de qualité
- Documentation électronique partagée
- Chaque service «organise» ses prestations, les facture et répond de cela auprès des caisses
- (Globalement: bases de formation similaires pour les médecins, thérapeutes, psychologues, soignants, travailleurs sociaux, etc.)

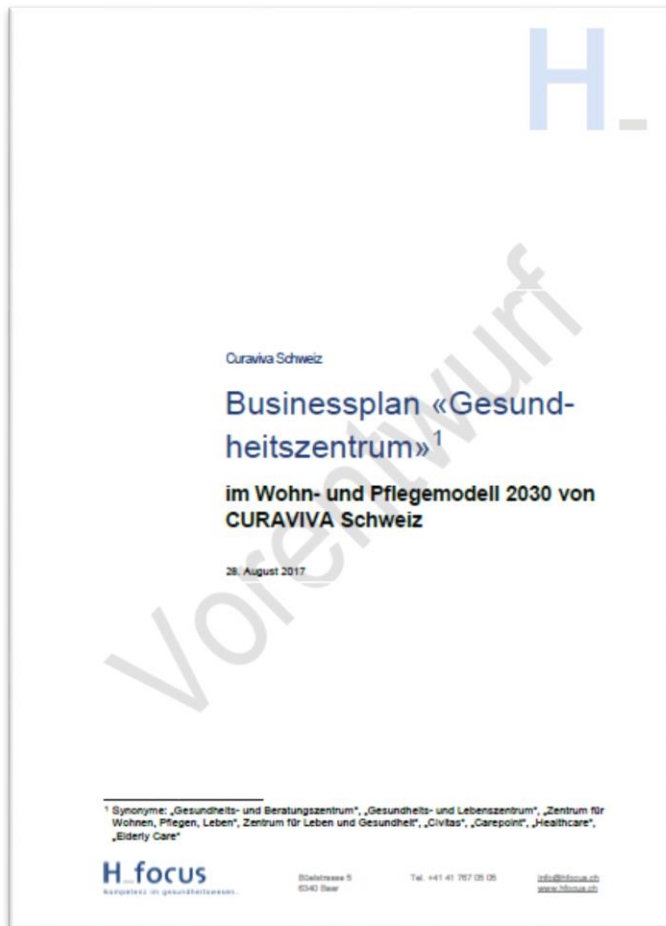
- Contrats de 10 ans avec option de prolongation
- Budget global
 - Contrat de prestations
 - Tarif unifié: BESA y-compris financement des soins
 - Autorisation PC pour les appartements protégés
 - Cotisations PC flexibles
 - PC directement à l'institution

Un seul toit avec direction unique

Philosophie	Interdisciplinarité
Personnel (RH)	Financement
Prestations	Situation / Bâtiments

- Situation centrale, agit comme un aimant
- Intégré à un complexe, doit être un village dans le village, avec par exemple un EMS, un établissement socio-éducatif, un hôpital régional, une maison de quartier, une antenne des soins à domicile
- Cabinet de groupe de médecin, si possible avec une spécialisation en gériatrie
- Avec prestations supplémentaires utiles pour les personnes âgées tels que physiothérapie, centre de traitement des plaies, dentiste, pharmacie, centre auditif, service de réparation (par exemple des moyens de déambulation), etc.
- Doit être un lieu de rencontre avec des prestations pour le quotidien comme un café, superette, Boccia, place de jeu, bibliothèque, Swisscom
- Nécessite un «point unique de contact»
- Peut-être une solution des acteurs du réseau
- Peut-être une coopérative analogue à la MIGROS, où les membres ont une part sociale, avec formation, système de primes, etc.

Projet de suite «Centre de santé»: Business plan



Business plan

Réflexion appliquée pour développer SON centre de santé.

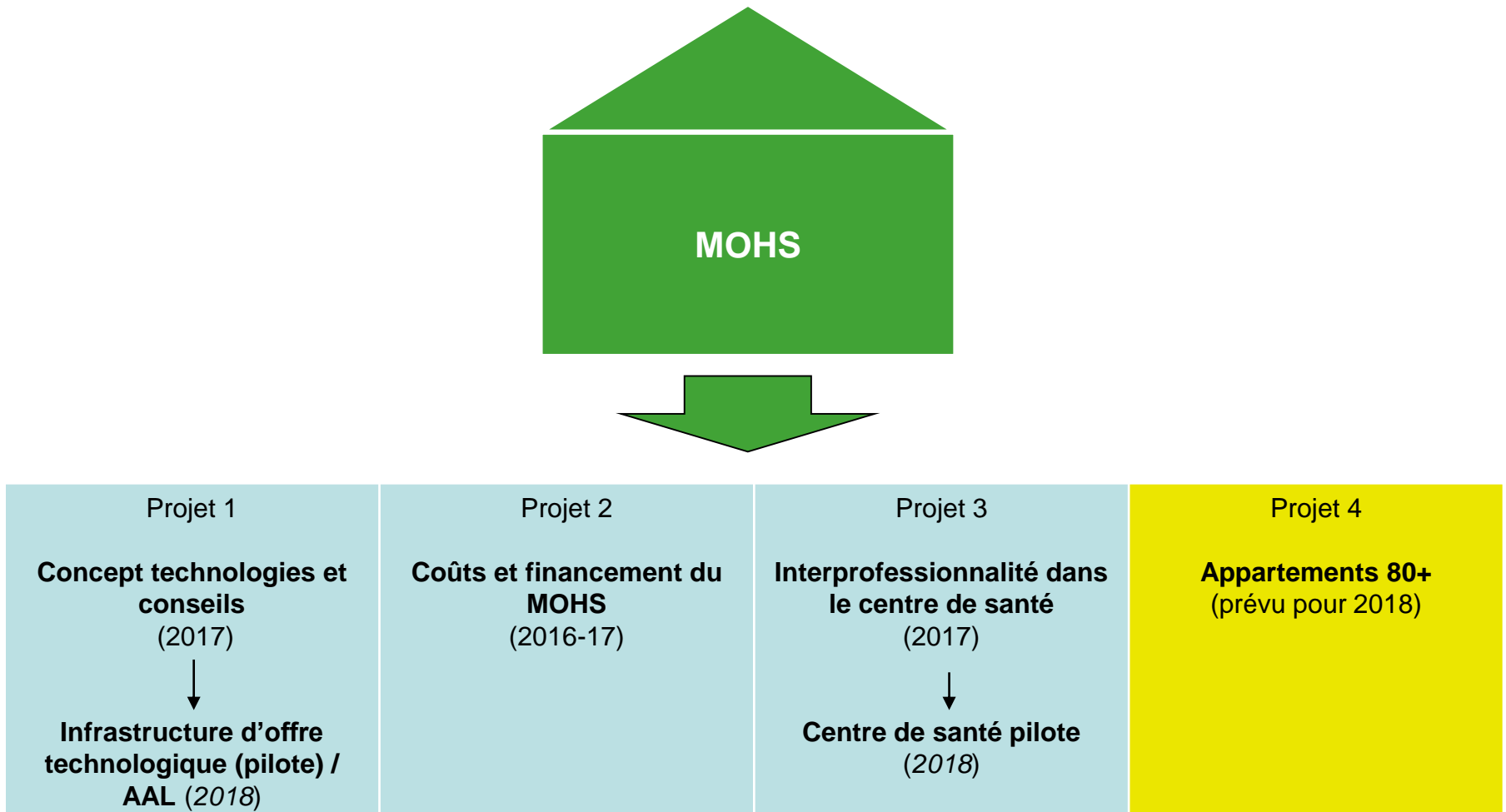
Principaux points d'attention.

Liste de modèles de références.

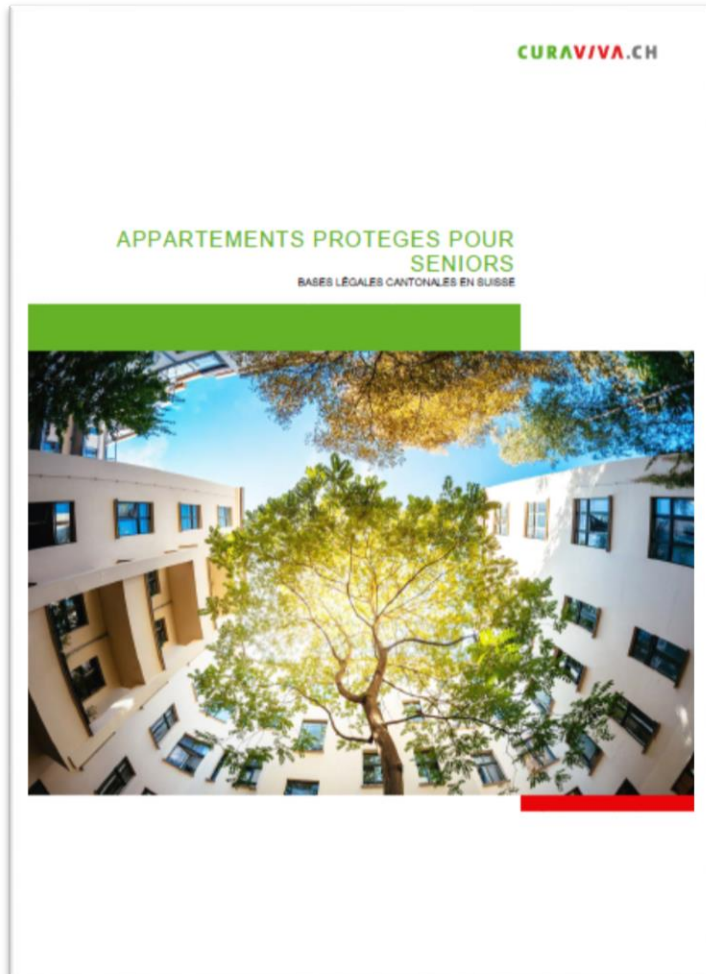
Éléments prestations, communication, IT, RH, management, ...

Publication prévue début 2018

Le modèle d'habitat et de soins 2030



Projet de suite «Appartements 80+»



Première étape:

Revue des bases légales cantonales.

Constats:

- Pas d'unité de matière
- «Modèle» Appartements 80+ n'existe pas encore

Prochaine étape:

Réflexion gérontologique et revue littérature des modèles innovants (en dehors des cadres légaux).

Groupe d'accompagnement de projet

Nous recherchons des professionnels intéressés!

Effets sur les instruments d'évaluation des soins requis

- **Les soins et l'assistance restent fondamentaux** et sont complétés: le soutien des instruments est utile, par exemple pour l'évaluation des soins.
- Les application doivent être possibles pour des **soins ambulatoires et stationnaires**.
- Les **données** structurées gagnent en significativité.
- La **comparativité** des instruments reste essentielle (calibrage basé sur les données)



RAI - NH

RAI - HC

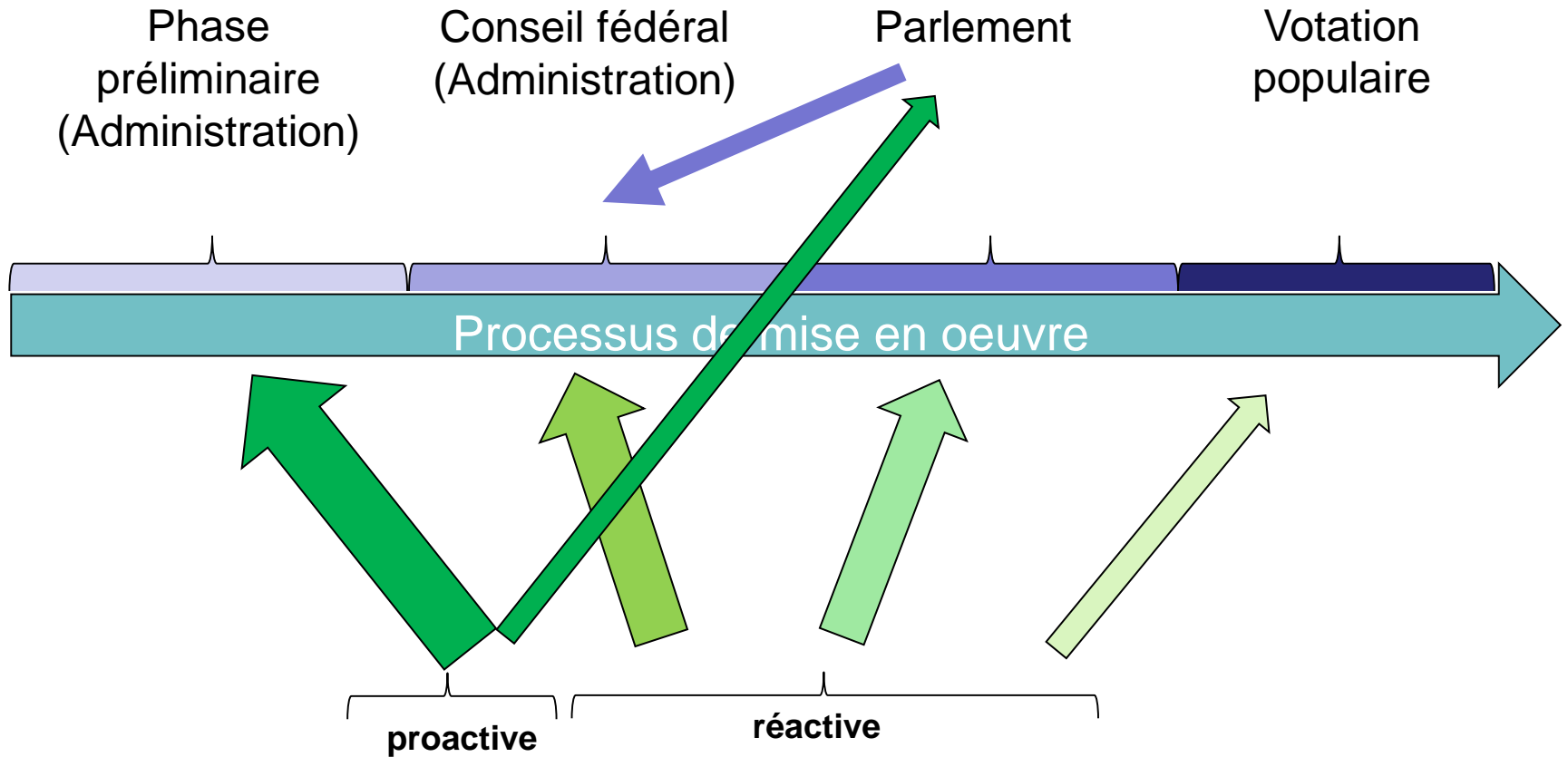
BESA

Demandes politiques

- Le postulat «ambulatoire avant stationnaire» est dépassé et devrait s'appeler **«ambulatoire et stationnaire»**.
- La planification par lits est également dépassée. Une **planification globale orientée sur les soins futurs** est nécessaire.
- Le système de financement doit être **simplifié** avec une **harmonisation** entre les soins ambulatoires et stationnaires.
- Une approche similaire doit être poursuivie quant aux **prestations complémentaires**.



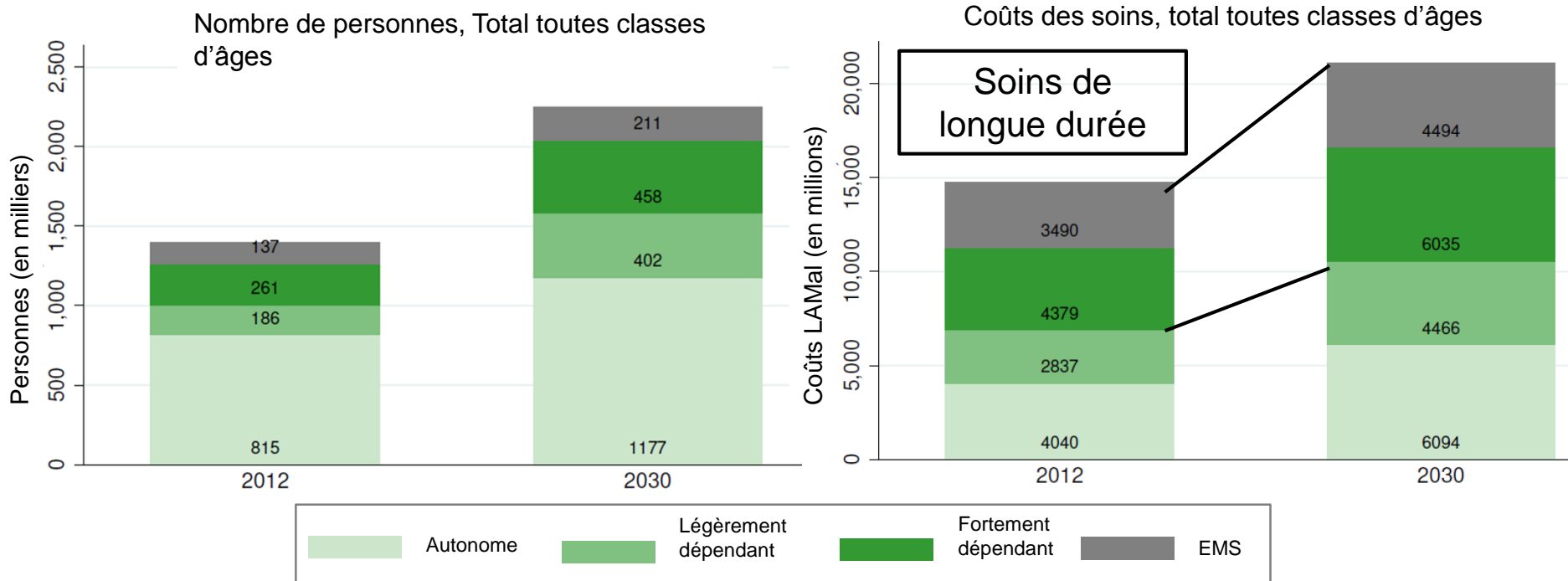
Influence via CURAVIVA Suisse



Aperçu

- 1) Point de départ et perspectives
- 2) A court terme: Amélioration du financement actuel des soins
- 3) Développement des structures médico-sociales
- 4) A long terme: Nouveaux modèles de financement

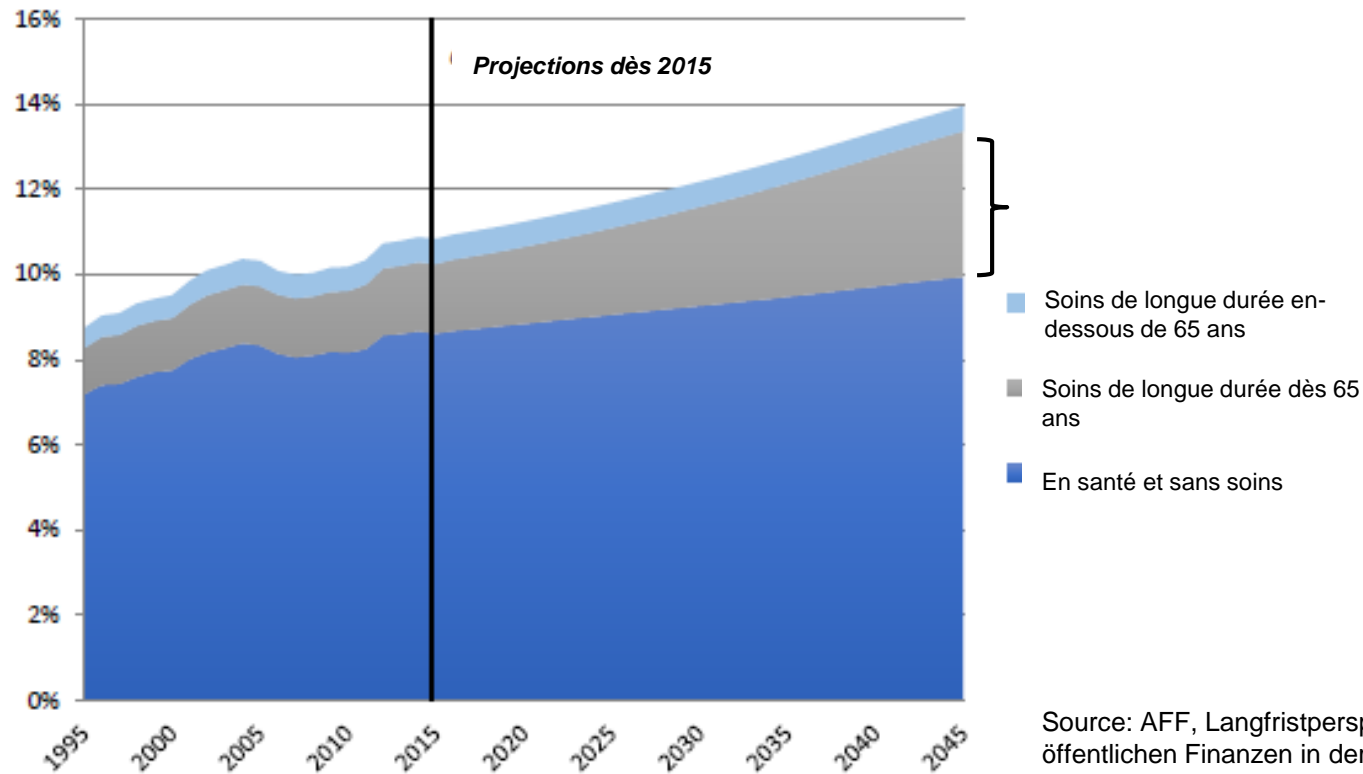
Génération des 65+: Pourcentages et coûts de santé



Analyse tendance 2030 (consommation inchangée):

- Les coûts par personne restent constants
- Augmentation démographique entraîne une augmentation des coûts

Forte croissance des dépenses publiques



Les dépenses publiques pour les soins de longue durée augmentent sensiblement plus que le reste des coûts de la santé

Projections des dépenses: triplement des coûts d'ici 2045

Dépenses publiques pour les soins de longue durée selon les financeurs
(en millions de francs et selon les prix de 2009)

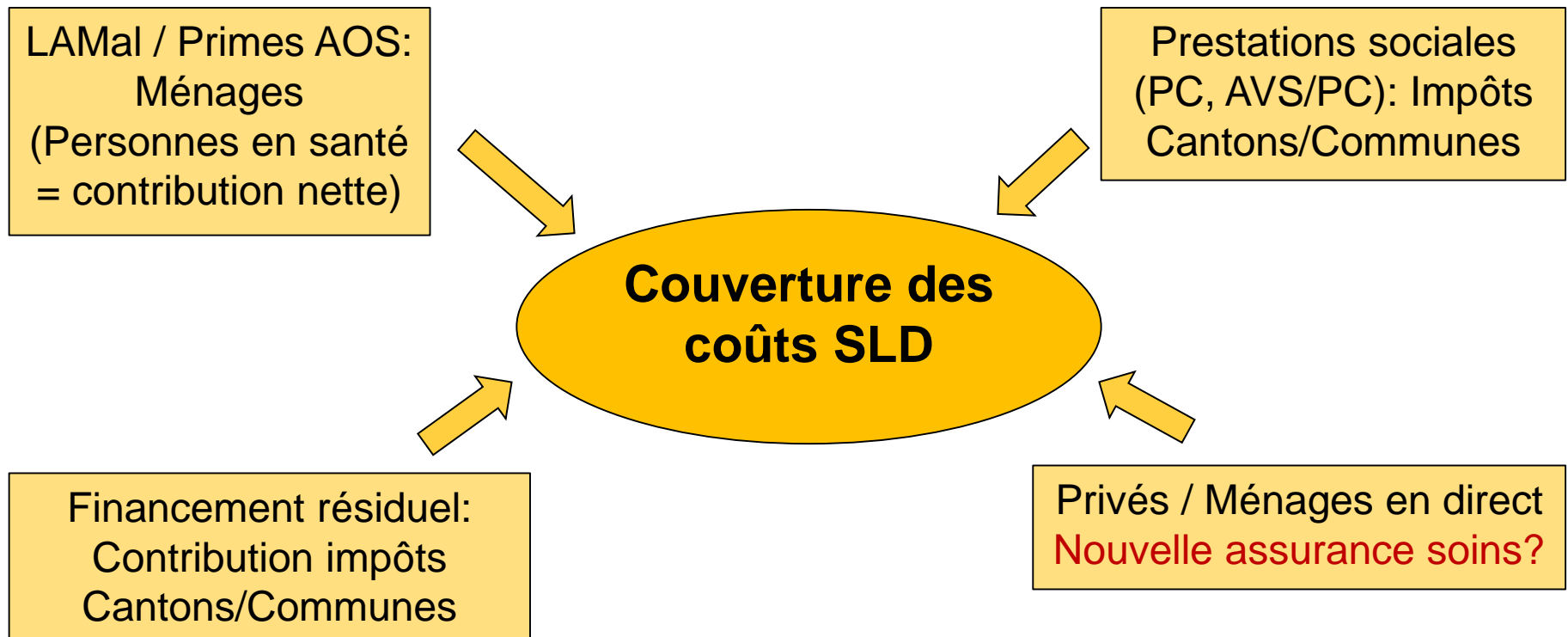
Année	Total	Cantons ^a	AOS ^b	Communes ^c	AVS ^d	Conf. ^e
2011	6'192	2'798	1'831	772	468	322
2045	19'544	8'888	5'794	2'407	1'482	973

- PC AVS pour les soins de longue durée et financement cantonal aux EMS, soins à domicile, subsides AOS pour les soins de longue durée et aide sociale pour des soins de longue durée.
- Dépenses brutes AOS sans participation de la Confédération et des cantons aux subsides pour les soins de longue durée.
- Participation des communes aux EMS, soins à domicile publiques, participation à l'aide sociale pour les soins de longue durée et administration des subsides AOS pour les soins de longue durée.
- Allocation pour impotence (API) à l'exclusion de la participation de la Confédération à l'AVS.
- Participation de la Confédération aux subsides AOS pour les soins de longue durée et participation au financement de l'AVS pour la part API, à l'exclusion des PC AVS pour minimum vital.

Source: Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege Bericht des Bundesrates, Mai 2016

Nouveaux modèles de financement: LE défi

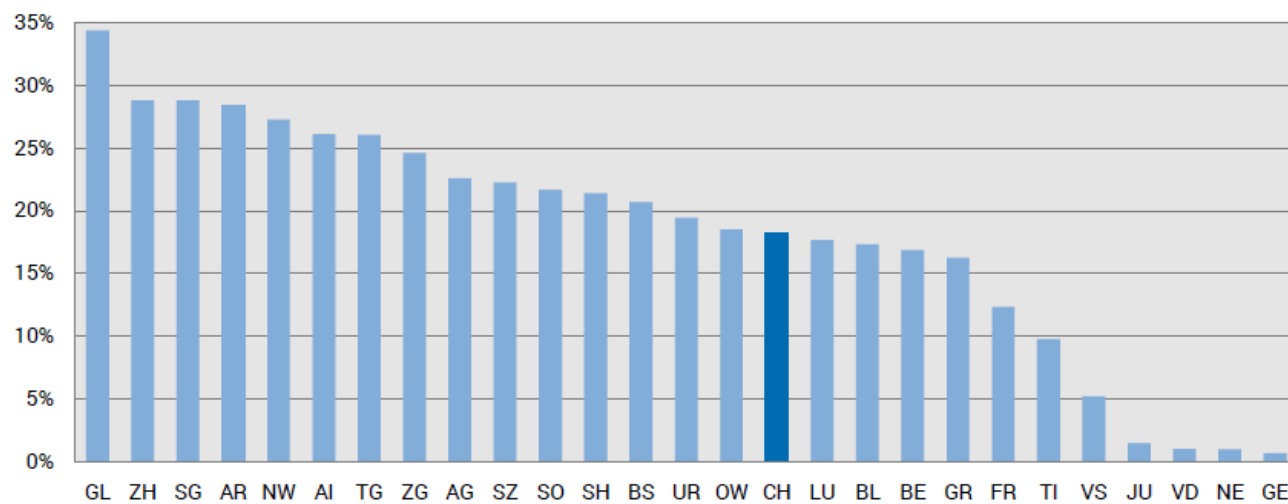
Quelle solidarité devons-nous activer pour couvrir les futurs coûts?



Aucune solution simple, un débat large est nécessaire!

INTRODUCTION

Figure 1.1 Part des résidents en EMS (long séjour), de 65 ans et plus, pas ou peu dépendants de soins (0-40 minutes par jour), 2014



Note : sont considérés ici l'ensemble des personnes ayant résidé en EMS durant l'année 2014 et non pas au 31.12.14, comme on le voit parfois dans d'autres publications basées sur la statistique SOMED.

Source : SOMED, 2014 ; graphique : serdaly&ankers

Merci pour votre attention!



Camille-Angelo Aglione
Resp. adjoint du domaine spécialisé personnes âgées
Secrétaire romand

ca.aglione@curaviva.ch
079 444 59 97