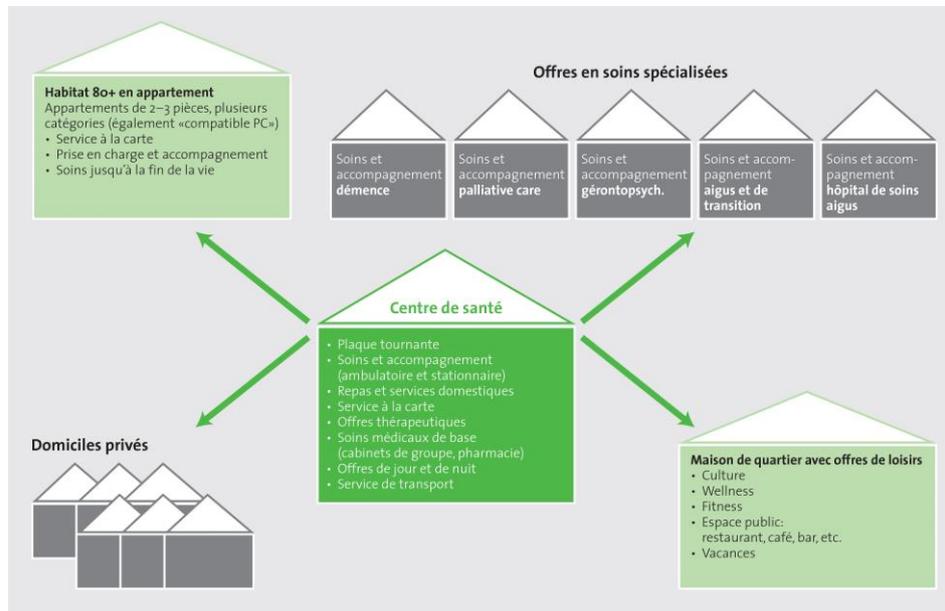


Fiche technique relative à l'étude Polynomics

« Evaluation des effets du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts – étude pour le compte de CURAVIVA Suisse »

Le modèle d'habitat et de soins 2030

CURAVIVA Suisse a lancé le [modèle d'habitat et de soins 2030](#) (MOHS 2030) en 2016. Ce modèle n'est plus basé sur des institutions médicalisées comme infrastructure centrale, mais sur des fournisseurs de prestations permettant aux clients de mener une vie autodéterminée dans la forme d'habitat qui leur convient. La fourniture des soins médicaux de base, des prestations complémentaires et des offres de loisirs fait partie intégrante de cet environnement. A côté des formes de soins, respectivement, ambulatoire et stationnaire, il comprend également le logement avec encadrement dans des appartements adéquats. Le modèle d'habitat et de soins 2030 place les besoins des patients en matière de soins au centre et vise à augmenter les avantages des clients.



Le modèle d'habitat et de soins 2030 (© CURAVIVA Suisse)

Mandat à l'institut de recherche Polynomics

Le nouveau concept de fourniture des soins est déjà partiellement mis en œuvre aux plans national et international. Les premières expériences suggèrent que le MOHS 2030 augmente effectivement les avantages pour les clients. Jusqu'ici, il n'était toutefois pas clairement établi si le MOHS 2030 apportait également des avantages économiques. CURAVIVA Suisse a par conséquent mandaté Polynomics SA pour évaluer les effets du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts, en comparaison avec la structure actuelle de fourniture des soins.

Principaux résultats et suite des démarches

- Le modèle de coûts de Polynomics montre que le MOHS 2030 permettrait de réduire les coûts de 6,8 pour cent par rapport au modèle actuel, ou de 770 millions de francs par an. Cela, toutefois, seulement en appliquant un financement des soins unifié, qui ne distingue plus les différentes formes d'habitat et de soins, et ne tient compte que de trois formes d'habitat : ambulatoire, logement avec encadrement et stationnaire.
- La question du financement a volontairement été mise de côté dans l'étude Polynomics. Sur la base de ces résultats, CURAVIVA Suisse veut élaborer, avec des partenaires intéressés, des propositions pour la simplification et l'amélioration des règles de financement.

Le modèle de coûts de Polynomics

Polynomics a élaboré un modèle de coûts du MOHS 2030 et l'a comparé à la structure actuelle de fourniture des soins, qui prévoit uniquement des prestations ambulatoires et stationnaires. Ce modèle permet d'évaluer les effets potentiels sur les coûts. Afin de permettre une comparaison des coûts, cette étude se base sur un nombre stable de personnes requérant des soins et ne tient pas compte de l'évolution des coûts liée à la démographie. Par ailleurs, ce modèle de coûts a dû faire plusieurs hypothèses, par exemple concernant la demande de logements avec encadrement ou de soins et d'accompagnement informel par des proches. Les rémunérations selon les différents systèmes actuels de financement des prestations ambulatoires et stationnaires ne permettent pas de déterminer les coûts effectifs des soins. C'est pourquoi le modèle de coûts estime les coûts totaux sur la base des coûts par client et d'une grille quantitative définie.

Elaboration et éléments du modèle de coûts

En Suisse, les prestations de soins, respectivement, ambulatoires et stationnaires sont financées différemment. Ces différentes formes de financement entraînent des différences au niveau des rémunérations. La même personne avec les mêmes soins requis peut donner lieu à des rémunérations des fournisseurs de prestations très différentes, selon qu'elle est soignée de manière ambulatoire ou stationnaire. Deux exemples concrets d'un établissement proposant des soins ambulatoires et stationnaires permettent d'illustrer ces différences :

Répondant des coûts	Client A : stationnaire	Client A : ambulatoire	Client B : stationnaire	Client B : ambulatoire
Assureur	18.00	31.75	108.00	86.81
Pouvoirs publics	0.00	12.71	167.90	33.70
Client	13.70	6.19	21.60	11.62
Total	31.70	50.65	297.50	132.13

Tableau tiré de l'étude Polynomics, p. 48 (CHF/jour)

Les deux clients reçoivent des soins ambulatoires, le client A dans un degré léger de soins requis, la cliente B dans un degré élevé de soins requis. Pour le client A, la rémunération serait moins élevée avec des soins stationnaires ; pour la cliente B, la rémunération est nettement moins élevée avec des soins ambulatoires. Pour la cliente B, des soins stationnaires représenteraient un surcoût de 60'360 francs par an.

Ces exemples montrent que les deux personnes entraîneraient des rémunérations sensiblement différentes, selon que les soins sont dispensés de manière ambulatoire ou stationnaire, bien qu'elles reçoivent les mêmes soins. Cela montre que les coûts effectifs des soins ne peuvent pas être déterminés sur la base des rémunérations. L'évaluation de l'effet sur les coûts doit par conséquent faire abstraction de la forme de financement. Polynomics a élaboré un modèle de coûts évaluant les coûts totaux sur la base des coûts par client. Il comprend quatre éléments de coûts et une série d'hypothèses concernant l'effet de ces éléments de coûts en fonction de la forme de soins (ambulatoire, encadré, stationnaire).

Coûts variables des soins

- Hypothèse : le besoin en soins ne limite pas la forme d'habitat. Le même personnel peut intervenir aussi bien pour des soins ambulatoires que pour des soins stationnaires. Pour les soins stationnaires, cela permet des interventions plus spécialisées et mieux ciblées, en raison de la distance moins élevée au client. Dans les soins ambulatoires, du personnel qualifié doit également fournir des prestations pour lesquelles il est susqualifié.
- Avantage économique pour les soins stationnaires

Coûts des soins fixes

- Hypothèse : les prestations supplémentaires dans les soins stationnaires par rapport aux soins ambulatoires (par exemple espaces communs) entraînent des coûts fixes plus élevés.
- Avantage économique pour les soins ambulatoires

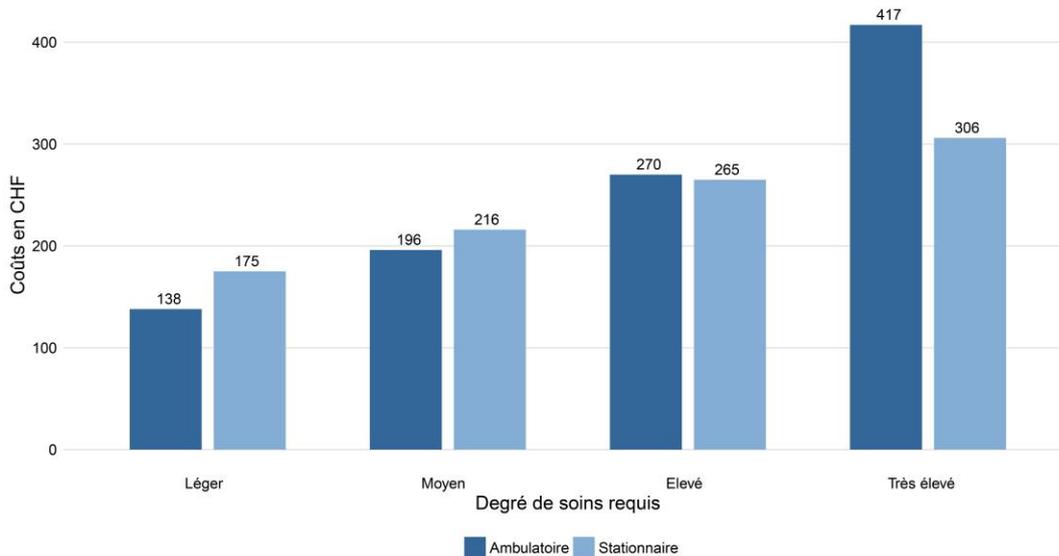
Coûts des déplacements

- Hypothèse : dans les soins ambulatoires, les distances entre les clients sont plus grandes que dans les soins stationnaires, ce qui entraîne des coûts de déplacement et de personnel (temps de travail) plus élevés.
- Avantage économique pour les soins stationnaires

Coûts d'hébergement

- Hypothèse : fondamentalement, les coûts d'hébergement (hôtellerie, restauration, blanchisserie) devraient être les mêmes pour les soins ambulatoires et les soins stationnaires, car ces prestations peuvent être achetées sur le marché indépendamment de la forme de soins. Des différences apparaissent toutefois, du fait que ces prestations ne sont pas sollicitées dans la même envergure selon la forme de soins : les repas, par exemple, sont souvent préparés de préférence par le client ou par des proches plutôt qu'achetés. Cela est plus aisément possible dans les soins ambulatoires que dans les soins stationnaires, où les clients doivent, de fait, solliciter l'ensemble des prestations d'hébergement.
- Avantage économique pour les soins ambulatoires

Les coûts sont calculés sur la base de plusieurs sources de données ([CURAtime](#), données d'un EMS représentatif et données d'un service d'aide et de soins à domicile). Les données de cas individuels ont été utilisées pour élaborer un grille quantitative indiquant combien de personnes utilisent, actuellement, quelles prestations de soins et sous quelle forme. **Les coûts du modèle de la structure actuelle de fourniture des soins sont ainsi estimés à 11'408 millions de francs par an.** Les coûts du modèle par personne et par jour, répartis par degré de soins requis et forme de soins, se présentent comme suit :



Graphique tiré de l'étude Polynomics, page 32

Les coûts du modèle augmentent, logiquement, avec le degré de soins requis. Dans les degrés élevés de soins requis, les coûts des soins stationnaires sont toutefois moins élevés, en raison des coûts variables des soins et des coûts de déplacement moins élevés. Dans les degrés légers de soins requis, les soins ambulatoires sont plus avantageux, en raison de l'absence de coûts fixes et de coûts d'hébergement.

Le MOHS 2030 dans le modèle de coûts

Les facteurs de coûts du MOHS 2030 se différencient comme suit de la structure actuelle de fourniture des soins :

- Grille quantitative : on part de l'hypothèse d'une demande de soins inchangée (nombre de personnes et soins requis identiques). Les clients se répartissent toutefois en trois formes de soins, au lieu de deux : les personnes avec un degré élevé de soins requis et actuellement soignées en ambulatoire de même que les personnes avec un degré léger de soins requis et actuellement soignées en stationnaire seront très probablement soignées dans des logements avec encadrement. Au total, 47,2 pour cent de tous les clients passeraient dans cette nouvelle forme de soins.
- Eléments de coûts :
 - o La forme d'habitat supplémentaire du logement avec encadrement entraîne des coûts de soins et de déplacement différents. Ceux-ci se situent entre les coûts de soins, respectivement, stationnaires et ambulatoires, de sorte que les avantages ci-dessus sur les coûts sont maintenus : au niveau des coûts variables (personnel) et des coûts de déplacement, le logement avec encadrement est plus avantageux que les soins ambulatoires et plus onéreux que les soins stationnaires ; au niveau des coûts fixes (infrastructure), le logement avec encadrement est plus avantageux que les soins stationnaires et plus onéreux que les soins ambulatoires.

- Le passage des soins stationnaires au logement avec encadrement tend à réduire les coûts des soins. Cela, de fait qu'on admet une augmentation des soins informels fournis par les proches.
- Le même effet est attendu pour les coûts d'hébergement : les clients en logement avec encadrement sollicitent les prestations d'hébergement de manière ciblée et ne souhaitent pas de prestations intégrales (plus onéreuses). A l'inverse, les coûts d'hébergement augmentent pour les personnes en logement avec encadrement qui bénéficiaient jusque-là de soins ambulatoires.

En cas de déplacement des soins stationnaires et ambulatoires vers le logement avec encadrement, on admet une augmentation des soins informels et une diminution des prestations d'hébergement, par rapport aux soins stationnaires. **Le MOHS 2030 permettrait ainsi de diminuer les coûts totaux de 770 millions de francs par an, ce qui représente 6,8 pour cent des coûts de la structure actuelle de fourniture des soins.** Les éventuels coûts transitoires pour la mise en place des institutions de logement avec assistance ne sont toutefois pas pris en compte dans ce calcul.

Un effet important sur les coûts est attribué aux prestations informelles. L'évolution de la disponibilité actuelle des proches à fournir de telles prestations étant difficile à évaluer, plusieurs scénarios ont été pris en compte. Même sans aucune augmentation des soins informels, l'effet sur les coûts resterait positif, avec 1,94008 pour cent.

La réalisation du potentiel d'économies du MOHS 2030 dépend des conditions-cadres politiques. Celles-ci sont actuellement insuffisantes : en lieu et place des différents modes de financement des soins, respectivement, ambulatoires et stationnaires, il faudrait mettre en place un système de financement unifié, assurant la perméabilité entre les trois nouvelles formes d'habitat et de soins.

IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53 – Case postale 1003 – 3000 Bern 14

Auteur

D' Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées, CURAVIVA Suisse

© CURAVIVA Suisse, mai 2018