

Sommaire

L'essentiel en bref

- Que coûte et qui paie l'hébergement «long-séjour» en établissement médico-social (EMS)?

Comprendre

- L'EMS n'est pas comparable à un hôtel

Réponse à tout

- Que facture l'établissement médico-social à son résident?

Bon à savoir

Que faire?



La facture de l'EMS

L'essentiel en bref

➤ Que coûte et qui paie l'hébergement «long-séjour» en établissement médico-social (EMS)?



Le coût de revient moyen d'une journée en établissement médico-social est de CHF 330.– (2018). Il se compose de plusieurs parts, à savoir :

- a) **le coût des charges mobilières et de l'entretien immobilier** est à la charge du résident, au sens de l'article 26 f de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics (LPFES). Ce montant autrefois assumé par l'Etat lui permet de l'affecter à la rénovation et la construction indispensable de nouveaux lits d'EMS.
- b) **la part socio-hôtelière** (les repas, le service, l'animation, l'administration, la buanderie, etc.) : est facturée au résident par les établissements au titre de **frais socio-hôtelières**.
- c) CHF 10.80 par jour sont facturés par les établissements à tous les résidents, au titre de la participation aux coûts des soins. **Les frais de pension à charge du résident** sont l'addition des parts a) à c).
- d) l'allocation pour impotence est facturée en sus au résident par l'établissement.
- e) des prestations ordinaires ou supplémen-

taires à choix sont facturées en sus de la part socio-hôtelière par l'établissement.

- f) **la part des soins** financés, pour les salaires du personnel soignant de l'établissement. Le régime fédéral de financement des soins en EMS fixe pour toute la Suisse la part du coût des soins en EMS à charge des assureurs maladie, par le biais de 12 forfaits journaliers correspondants à la lourdeur des soins requis. Le régime fédéral de financement des soins en EMS prévoit que le solde du coût des soins, après participation des assureurs, soit assumé par les cantons et par les résidents, mais limite la participation du résident à 20 % du tarif maximum à la charge de l'assurance-maladie, soit CHF 21.60 par jour. Le Canton de Vaud a toutefois choisi de limiter la **participation du résident aux frais de soins** à CHF 10.80. L'Etat prend en charge le financement résiduel des soins.
- g) **le coût des investissements de l'EMS** (service de la dette, loyer) est pris en charge par l'Etat (CHF 10.60).

Ce MÉMENTO traite des montants facturés au résident, soit les points a) à e)



Comprendre

➤ L'EMS n'est pas comparable à un hôtel

L'EMS est un lieu de vie et de soins, ouvert 365 jours par an et offrant diverses prestations 24 heures sur 24. Il nécessite un personnel important, compétent et formé (soignant, cuisinier, technicien, employé de commerce,...). Dans le canton de Vaud, on compte en moyenne un peu moins **d'un poste de travail** pour **un résident**, toutes fonctions confondues. On ne peut

donc pas comparer un EMS et un hôtel, ni par leur mission, ni par leur coût et leur tarif. Les EMS sont de formes juridiques diverses, avec ou sans but lucratif : fondations ou associations ou sociétés anonymes ou raisons individuelles par exemple. En principe, ils couvrent leurs charges d'exploitation (salaires, frais fixes et frais variables) **par les montants journaliers mentionnés ci-avant.**

Réponse à tout

➤ Que facture l'établissement médico-social à son résident ?

1/Le tarif socio-hôtelier journalier, appelé aussi « frais de pension » (voir page 1, point b)

Ce tarif comprend toutes les prestations de l'EMS—à l'exclusion des soins, des POS et des PSAC (voir page 3) pour répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux d'un résident et lui offrir une qualité de vie. Les principales catégories de prestations sont :

- la restauration (repas principaux et collations);
- l'intendance (nettoyage des chambres et des locaux communs);
- la buanderie (mise à disposition et entretien du linge de l'établissement, entretien des vêtements lavables en machine);
- l'animation (sorties, ateliers, activités en commun, etc.);
- la direction-administration (réception, comptabilité, facturation, gestion du personnel, etc.);
- la technique-maintenance (entretien et réparation de l'équipement, etc.).

Pour chaque établissement, le tarif socio-hôtelier journalier est déterminé par un standard d'évaluation, appelé SOHO (Socio-Hôtelier) géré par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et négocié avec les associations professionnelles des établissements. L'Etat participe de manière importante au financement de ces tarifs par le biais des régimes sociaux, puisque plus des 45% du financement de la part socio-hôtelière des coûts des EMS résulte des aides individuelles des régimes

sociaux fédéraux (PC AVS/AI) et cantonaux (LAPRAMS), qui interviennent pour les trois quarts des résidents (voir **MÉMENTO N° 2**).

La liste des tarifs de tous les établissements est une annexe de la « Convention relative aux tarifs (...) mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux (...) », abrégée Convention SOHO. Cette liste est disponible sur www.vd.ch.

2/Le coût des charges mobilières et de l'entretien immobilier (voir page 1, point a).

Il correspond à l'entretien courant du bâtiment de l'EMS ainsi qu'au renouvellement du mobilier.

3/Le montant correspondant à l'allocation pour impotence

L'API est versée au bénéficiaire par la caisse compétente et finance l'aide et la surveillance particulières dont il a besoin pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne.

L'API AVS (impotence grave CHF 940.—, moyenne CHF 588.—, chiffres 2018) ne doit donc pas être utilisée pour le paiement du tarif socio-hôtelier. Elle est facturée **en plus** de celui-ci par l'EMS, pour éviter de reporter sur les autres résidents les coûts nécessités par les personnes concernées par une impotence. C'est l'EMS qui veille au dépôt de la demande d'API ou sollicite son adaptation.



4/ Des prestations supplémentaires (voir annexe)

Un certain nombre de prestations non comprises dans le « standard socio-hôtelier » peuvent être facturées par l'EMS en sus du tarif. Elles font l'objet d'une annexe au Règlement d'application de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics (LPFES), selon son article 13. Ces prestations sont de deux types :

- **les Prestations Ordinaires Supplémentaires (POS)**

sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles usuels, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus des frais journaliers. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur-maladie, ou les régimes sociaux : remboursement des frais de maladie (PC/RFM), et la LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) dans le cadre des « garanties particulières ».

- **les Prestations Supplémentaires à Choix (PSAC)**

sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires. Elles sont explicitement choisies par la personne, ou son représentant*, afin d'augmenter son confort et lui sont facturées en sus des frais journaliers. Ces frais ne sont jamais pris en compte dans le calcul de décision des régimes sociaux. Ils sont donc entièrement à la charge du résident ou de son représentant*.

** par représentant : il faut entendre ici une tierce personne qui est au bénéfice d'une procuration signée par le résident ou qui a été désigné légalement (curateur) par la Justice de paix.*

Les listes des tarifs des PSAC et des POS font partie intégrante, en tant qu'annexe, **du contrat d'hébergement**. La DGCS contrôle l'existence de cette liste et son contenu. Dès le moment où un résident renonce aux prestations choisies (POS ou PSAC), non facturées à l'acte, celles-ci ne sont facturées que jusqu'à la fin du mois en cours.

Bon à savoir

Lorsqu'un résident est absent, l'EMS a-t-il le droit de facturer quelque chose ?

Oui, dans la mesure où l'établissement réserve le lit (qui reste vide sans déplacement des effets personnels du résident) et que toutes les charges fixes de l'EMS subsistent durant l'absence de son résident, l'EMS est fondé à facturer **une réservation**.

Lorsque le résident est absent pour **une hospitalisation** :

- le lit est réservé pendant 60 jours au maximum selon les dispositions de la Convention SOHO et du contrat d'hébergement; au-delà, l'EMS prend contact avec l'hôpital et le représentant du résident pour convenir d'une éventuelle prolongation après consultation de la DGCS. Dans le cas contraire le contrat d'hébergement sera résilié. Le BRIO (Bureau régional d'information et d'orientation médico-sociale), cherchera un nouveau lieu d'hébergement pour la sortie de l'hôpital.
- l'EMS facture l'entier de la pension, mais prend en charge, le cas échéant, la contribution LAMal aux frais de séjours hospitaliers (CHF 15.– par jour). L'EMS peut demander une copie du décompte de l'assurance-maladie.

- en cas d'hospitalisation de plus d'un mois civil entier, soit du 1^{er} au dernier jour du mois (par ex. du 28.03 au 2.05), le versement de l'allocation pour impotence est suspendu par la caisse AVS concernée, ainsi que la facturation de cette même allocation par l'EMS.
- les PSAC et les POS ne sont plus facturées, à l'exception des prestations durables et régulières (supplément pour chambre individuelle, location d'un téléphone etc.)

Lorsque le résident est **absent de manière provisoire pour des raisons privées** pour une durée de plus de 24 heures, l'établissement est tenu de réserver le lit en maintenant inchangée sa facturation, à l'exclusion de l'allocation pour impotence au prorata et d'une déduction de CHF 20.– par période de 24 heures pour les besoins personnels du résident durant son absence.

Dans quel délai l'établissement peut-il exiger le paiement de sa facture ?

L'établissement peut établir et transmettre sa facture au début ou à la fin du mois en cours. Elle est payable en principe dans les 10 jours. Rappelons que le résident au bénéfice des aides des régimes sociaux reçoit ses rentes



mensuelles AVS/AI et PC au début du mois pour le mois en cours, et doit en conséquence les affecter au règlement de la facture du même mois.

L'établissement peut-il exiger un dépôt d'un résident ?

L'établissement n'est pas autorisé à requérir un dépôt de liquidités d'un résident au bénéfice d'une aide financière de l'Etat, pour le paiement de ses frais de pension, sauf pour les PSAC qu'il a choisies. Ce principe s'applique dès le dépôt d'une demande d'aide et donc également durant le temps d'attente de la réponse.

L'établissement peut-il facturer un supplément pour « chambre à 1 lit » ?

Cette Prestation Supplémentaire à Choix (PSAC) ne peut être qu'explicitement choisie par la personne ou son répondant. Aucun supplément ne peut être facturé :

- par un EMS qui ne dispose que de chambres à 1 lit (nouvelles normes de construction DAEMS) ;
- si une indication médicale atteste de la nécessité d'une chambre individuelle.

Pour toute précision, adressez-vous à la DGCS, tél. 021 316 52 21 ou info.dgcs@vd.ch.

L'établissement peut-il demander à ce que les rentes lui soient versées directement ?

Suite à de trop nombreuses situations de découverts de pension où des rentes ont été utilisées à d'autres fins que pour le paiement des factures de l'EMS, il est recommandé que les rentes (AVS/AI, PC AVS/AI, et l'API) soient versées directement à l'EMS au nom du bénéficiaire, avec l'accord du résident ou de son représentant légal. Cet accord est révoquant en tout temps.

Pour ce faire, l'établissement fait signer au bénéficiaire ou à son représentant légal le formulaire fédéral 318182. Il a alors l'obligation de tenir à jour deux comptes distincts : le compte « pension » et le compte « montant pour dépenses personnelles ». Un extrait de ces comptes doit être remis régulièrement au résident ou à son représentant. La DGCS a notamment pour mission de contrôler cette gestion par les EMS.

Qui facture et paie les prestations qui ne sont pas délivrées par le personnel de l'EMS (médicaments, honoraires du médecin etc.) ?

Le médecin, le pharmacien et les éventuels autres fournisseurs de prestations de soins reconnus LAMal établissent leurs factures afin que l'assureur-maladie du résident les prenne en charge. Celui-ci établit un décompte de prestations, en laissant à charge de l'assuré la franchise (franchise de base = CHF 300.-/an) et la quote-part de 10 % (max. CHF 700.-/an). Le bénéficiaire de PC peut se faire rembourser ces participations par les RFM (Remboursement des frais de maladie), jusqu'à un montant de CHF 1'000.- par an. Si la personne est hébergée au 1^{er} janvier, les RFM sont versés forfaitairement les trois premiers mois de l'année (CHF 600.- + 200.- + 200.-) Dans les cas où l'établissement encaisse directement les rentes AVS/AI et PC AVS/AI, il reçoit aussi les remboursements des RFM.

Charge à lui de remettre ces montants au résident ou à son représentant, par le biais d'une réduction dans la facture ou par transfert, afin de permettre le règlement des factures.

*Lire aussi les **MÉMENTOS N°2** «J'entre en EMS, comment payer» et **N°12** « Je suis répondant d'une personne hébergée en EMS ».*

Que faire ?

... en cas de question, doute ou contestation de la facture de l'EMS ?

Dans un premier temps, n'hésitez pas à en parler à la direction ou l'administration de l'établissement. La DGCS est également à disposition pour apporter toutes les

informations utiles sur les tarifs, normes et règles en vigueur. Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la DGCS sont à votre disposition : **tél. 021 316 52 51**



À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :

Tél. : 021 316 52 21 • E-mail : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne