



**M - INT - 502**  
**Interpellation**  
**Factures non payées aux EMS vaudois**

Depuis le début de l'année, une partie des EMS de notre canton ne sont plus payés et rencontrent progressivement de graves problèmes de liquidités. Une partie des assureurs maladie ne remboursent en effet plus les factures de soins. Cette situation se rencontre aussi dans les canton de Genève, Neuchâtel, Jura.

Sont en cause les 12 minutes consacrées chaque jour aux communications liées aux soins des résidents, que les caisses maladie considèrent ne faisant pas partie des prestations remboursables au titre de l'assurance de base. Elles estiment que ces douze minutes ne figurent tout simplement pas dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS). Ce litige concerne les quatre cantons susmentionnés qui sont équipés du logiciel de mesure de la charge en soins PLAISIR (planification des soins informatisés requis), sur les résultats duquel s'effectue la tarification. Cette méthode d'évaluation des soins est appliquée en Suisse romande depuis 1993. Chaque résident fait l'objet d'un questionnaire sur son état de santé, rempli par des évaluateurs formés à cet effet. Le résultat permet de classer la personne dans l'une des douze catégories de soins, définie selon l'importance de la prise en charge médicale et fixés par l'OPAS. A chaque catégorie correspond un certain temps de soins requis que la tarification « Plaisir » mentionne spécifiquement les communications au sujet du « bénéficiaire ».

Pour rappel, en 2000 déjà, dans le cadre de sa réponse aux recours déposés contre les tarifs vaudois, le Conseil fédéral avait demandé que le temps des communications au bénéficiaire soient intégrés aux temps de soins requis de chaque classe, en proportion de la lourdeur du cas.

Malgré cette prise de position du Conseil fédéral, certaines assurances ont profité du changement et de l'adaptation au 1 janvier 2011 – date d'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins de longue durée - pour remettre en question les communications liées aux soins.

Les fournisseurs de soins, parmi lesquels les EMS, constatent de plus en plus la tendance des assureurs maladie à réduire toujours plus leur participation au remboursement des prestations de soins. Ce cas en est la démonstration. Nous pourrions énumérer d'autres exemples qui sont remis en question par les assurances : le matériel d'incontinence, le temps d'accompagnement des résidents en salle à manger et pour les ramener dans leur chambre, le temps de préparation des médicaments dans les semainiers sans aborder la suppression de toute contribution aux frais de lunettes.

Ce constat nous amène à poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

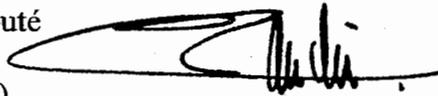
- Le Conseil d'Etat envisage-t-il d'offrir ses bons offices pour résoudre ce litige entre les assureurs maladie et les EMS ? Si tel devrait être le cas, comment le ferait-il ? Est-il d'avis qu'une solution négociée est possible à ce stade ?

- Au gré de ces éléments, comment le Conseil d'Etat entend-il s'engager pour éviter que des institutions médico-sociales de ce canton (dont le 80% des charges sont liées aux salaires) rencontrent des difficultés de trésorerie si le conflit devait perdurer ?
- Au mépris des accords passés, de quels moyens dispose le Conseil d'Etat pour combattre ce saucissonnage des participations dues par les caisses maladies ?

D'avance, je remercie le Conseil d'Etat pour ses réponses.  
Château-d'Oex, le 5 avril 2011

Randin Philippe, député

(souhaite développer)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Randin', with a long horizontal stroke extending to the right.