

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Philippe Randin – " Factures non payées aux EMS vaudois "

Rappel

"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 cantons 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, définies selon l'importance de la prise en charge médicale et fixées 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 soit intégré 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 1er 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 devait être le cas, comment le fera t-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."

Réponse du Conseil d'Etat

Contexte

Un différend concernant les temps de communication au sujet du bénéficiaire (CSB, soit la reconnaissance des minutes d'échange qui se déroulent sans la présence du résident, entre soignants ou avec les familles) oppose depuis début 2011 les EMS et les assureurs dans les quatre cantons qui utilisent l'outil d'évaluation des soins requis PLAISIR (Genève, Neuchâtel, Jura, Vaud). La plupart des assureurs conteste que ces temps de CSB soient à charge de l'assurance-maladie et refuse le paiement des factures qui leurs sont adressées. Les assureurs paient en revanche la partie non contestée des factures.

Les discussions menées avec les assureurs, soit directement par le Canton soit dans le cadre de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) ainsi que les demandes de détermination adressées à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont mené à la conclusion que le litige doit être tranché sur le fond. Les EMS vont donc ouvrir action pour obtenir la reconnaissance par l'assurance maladie de ces temps de soins auprès du Tribunal arbitral. Obtenir une décision de justice, compte tenu des possibilités de recours au niveau fédéral, peut prendre 2 à 3 ans. L'enjeu financier est estimé à CHF10millions de francs par année sur un total annuel de 170 millions de francs à charge des assureurs. Au cours du second semestre 2011, les quatre cantons concernés ont réussi à conclure avec certains assureurs un accord transactionnel par lequel ces derniers s'engagent à payer 75% des montants contestés pour solde de tout compte.

L'Etat est directement concerné par ce conflit puisqu'il est responsable du financement résiduel du coût des soins selon le droit fédéral (art. 25a LAMal). Il lui revient donc d'assurer temporairement aux EMS la trésorerie nécessaire à une prise en charge conforme aux exigences de dotation en personnel de soins, ceci dans l'attente que l'instance compétente détermine si les temps de CSB sont à charge de l'assurance obligatoire des soins ou à charge de l'Etat.

Réponse aux questions

Question 1:*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 devait être le cas, comment le ferait-il ? Est-il d'avis qu'une solution négociée est possible à ce stade ?*

Les cantons concernés (Vaud, Genève, Neuchâtel et Jura) ont organisé plusieurs rencontres entre les fournisseurs de prestations, certains assureurs maladies et tarifsuisse SA pour trouver une solution à ce conflit. A la suite de ces rencontres, les cantons concernés et certains assureurs maladie, représentant les trois quarts des assurés en EMS, considérant avoir un réel avantage à trouver une solution négociée au litige en attendant de trouver un accord sur le fond du problème, ont conclu un accord transactionnel réglant le financement des CSB pour les années 2011 et 2012.

Selon cet accord, les assureurs signataires acceptent que le 75% (100% en 2011 et 50% en 2012) des temps des CSB soient payés aux EMS. Le solde du financement (25%) est à charge de l'Etat au titre du financement résiduel du coût des soins au sens du droit fédéral (art. 25a LAMal). Les parties signataires de l'accord renoncent à toute autre prétention concernant les minutes CSB et à toute action

administrative ou judiciaire portant sur la facturation et le financement des CSB pour les années 2011 et 2012. Enfin, les parties ont pris l'engagement d'ouvrir des négociations similaires pour l'année 2013.

S'agissant des assureurs qui n'ont pas adhéré à l'accord transactionnel, les rencontres organisées par le Canton avec tarifsuisse et les associations faîtières ont abouti à une solution consensuelle jusqu'à droit connu sur le fond. Celle-ci consiste pour les EMS à facturer provisoirement de manière séparée les minutes CSB, afin que les assureurs acceptent de payer la partie des prestations de soins non contestée. L'Etat règle provisoirement la facture relative aux minutes CSB sous forme d'avance de trésorerie.

Question 2:*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 ?*

Tant que la décision n'est pas prise sur le fond, l'Etat n'a pas à compenser formellement le manco de financement. Par contre, le Conseil d'Etat a défini le cadre d'une intervention sous la forme d'une avance de trésorerie aux établissements médico-sociaux, qui transite par la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV). Cette avance est strictement limitée aux montants en suspens dus au conflit avec les assureurs au sujet des CSB. Les principes et les modalités des avances de trésorerie ainsi que les engagements des parties sont formalisés dans un accord relatif à la gestion d'un " fonds CSB " auprès de la CEESV. Pour bénéficier de ces avances, les EMS doivent adhérer individuellement à cet accord et en appliquer les règles.

Concrètement, l'Etat verse aux EMS, au titre du financement résiduel, les montants que les assureurs ne payent pas tout en s'assurant de récupérer ces montants si à terme une décision de justice confirme qu'ils sont à charge de l'assurance-maladie. De cette manière il assure la trésorerie des EMS leur permettant de faire face aux charges de personnel. Durant toute la durée de la procédure, des " avances " de trésorerie seront faites en contrepartie des factures CSB. Dans le même temps, les EMS ouvrent action auprès des juridictions compétentes pour se faire payer les factures CSB et mènent les procédures jusqu'à un jugement exécutoire et définitif, probablement devant le Tribunal fédéral. A droit connu, si les EMS gagnent, l'Etat fera valoir les factures CSB et sera remboursé.

Question 3:*Au mépris des accords passés, de quels moyens dispose le Conseil d'Etat pour combattre ce saucissonnage des participations dues par les caisses maladies ?*

Il s'agit sur le fond de déterminer si les temps de communication sont ou non à charge de l'assurance-maladie. Seule une décision fédérale (au niveau de l'ordonnance d'application) pourrait prendre cette décision. En l'absence de toute compétence, le Conseil d'Etat ne peut que déplorer l'attitude de quelques assureurs maladie avec lesquels il a été tenté en vain de trouver une solution négociée quatre Conseillers d'Etat romands se sont engagés dans la recherche d'une solution négociée. En refusant simplement de payer les factures, ces assureurs placent les établissements dans une situation sans issue et l'Etat se voit contraint d'assurer provisoirement leur trésorerie pour garantir leur fonctionnement.

L'interpellateur a raison sur le fait que les assureurs manifestent toujours plus leur intention de concentrer leur remboursement sur les prestations médicales en lien avec la maladie et de limiter leur intervention pour les soins en lien avec le vieillissement. Cette évolution porte le risque d'un report de charges sur les autres payeurs du système, les cantons ou les assurés, qui pourrait s'avérer très lourd si on considère que la population âgée en voie de fragilisation sera toujours plus nombreuse au cours des prochaines années.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 30 mai 2012.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean