

BGer 9C_398/2023 vom 18. Oktober 2024

Bundesgericht, 2024-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_398_2023

FR: TF 9C_398/2023 du 18 octobre 2024

IT: TF 9C_398/2023 del 18 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1

La IIIe Cour de droit public du Tribunal fédéral est compétente pour traiter les recours dans le domaine du financement résiduel des frais de soins, dès lors qu'ils ont été formés après la survenance d'un cas d'assurance (cf. art. 31 let. e du règlement du 20 novembre 2006 du Tribunal fédéral [RTF; RS 173.110.131]; cf. ATF 145 V 380 consid. 1.2.1 et les références).

E. 2

Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), que le Tribunal fédéral applique d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF).

E. 3.1

Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte en instance fédérale exclusivement sur la prise en charge par le canton de Vaud du montant revendiqué par la recourante de 728'836 fr. 21 relatif aux soins stationnaires fournis par les trois EMS vaudois de la société durant les années 2013 à 2019, à titre du financement résiduel des coûts supplémentaires de soins. Singulièrement, il s'agit de savoir si c'est à bon droit que la juridiction cantonale a nié ladite prise en charge, au motif que la recourante n'avait pas établi que le financement résiduel déjà alloué par le canton de Vaud était insuffisant.

E. 3.2

À cet égard, l'arrêt attaqué expose de manière complète les dispositions cantonales pertinentes, en particulier celles de la loi vaudoise du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES/VD; BLV 810.01) et de la loi vaudoise du 24 avril 2012 sur le financement résiduel de longue durée en EMS (LFR-EMS/VD; BLV 810.04). Il suffit d'y renvoyer. On précisera que les dispositions légales sont celles applicables durant la période allant du 1

er janvier 2013 au 31 décembre 2019. Elles seront désignées par le terme "ancien" lorsque des modifications législatives ou réglementaires sont intervenues depuis lors.

E. 4.1

Selon la LAMal, les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont, notamment, les EMS (ancien art. 35 al. 1 et al. 2 let. k LAMal), s'ils respectent les conditions posées par les art. 36 à 40 LAMal, en particulier par l' art. 39

al. 1 LAMal qui s'applique par analogie aux EMS (art. 39 al. 3 et 50 LAMal). Ils établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal).

E. 4.1.1

D'après l' art. 24 LAMal , l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) - auquel le Conseil fédéral a délégué notamment la compétence de désigner les prestations au sens de l'art. 33 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) - a défini de manière exhaustive (ATF 142 V 203 consid. 6.2 et la référence), à l' art. 7 al. 2 OPAS , les catégories de prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge dans les EMS (évaluation, conseils et coordination; examens et traitements; soins de base).

En vertu de l'ancien art. 7a al. 3 OPAS , l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l' art. 7 al. 2 OPAS :

- a. jusqu'à 20 minutes de soins requis: 9 fr.;
- b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 18 fr.;
- c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 27 fr.;
- d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 36 fr.;
- e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 45 fr.;
- f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 54 fr.;
- g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 63 fr.;
- h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 72 fr.;
- i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 81 fr.;
- j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 90 fr.;
- k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 99 fr.;
- l. plus de 220 minutes de soins requis: 108 fr.

E. 4.1.2

À la suite de l'adoption de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 (RO 2009 3517), un art. 25a LAMal a été introduit avec effet au 1er janvier 2011 (RO 2009 6847). Selon l' art. 25a al. 5, 1

re et 2

e phrases LAMal, dans sa version en vigueur sur la période litigieuse (ci-après: l'ancien art. 25a al. 5 LAMal), les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

Dès lors, cette disposition répartit la charge des frais des soins en cas de maladie sur trois débiteurs. Premièrement, une contribution financière aux soins dispensés est fournie par l'assurance obligatoire des soins. Le DFI a fixé des tarifs journaliers échelonnés en fonction

de la durée des soins requis, de 9 à 108 fr. (part de l'assureur; supra consid. 4.1.1). Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent être répercutés sur le résident, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur l'assuré, l'art. 25a al. 5 LAMal a limité sa part à 20 % au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, soit 21 fr. 60 par jour (20 % de 108 fr.; part de l'assuré). Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur ni par l'assuré est à régler par le canton (part résiduelle).

E. 4.2

Dans le canton de Vaud, l'art. 3 al. 1 let. a LFR-EMS/VD définit le financement résiduel. En substance, il s'agit de la part du coût des soins à charge de l'État et des régimes sociaux déterminée conformément à la LPFES/VD. Les tarifs sont fixés conformément à l'arrêté du Conseil d'État fixant les montants journaliers versés aux établissements médico-sociaux destinés à couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie; les conventions particulières sont réservées (art. 5 al. 1 LFR-EMS/VD).

E. 4.2.1

Selon l'art. 26g LPFES/VD, la part du coût des soins fournis par les EMS à la charge de l'assurance-maladie est déterminée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et à ses dispositions d'application (al. 1). Le Conseil d'État détermine annuellement, par voie d'arrêté, la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 10 % de la contribution maximale de l'assurance-maladie (al. 2 let. a; 20 % depuis le 1

er janvier 2019), ainsi que le financement résiduel à la charge de l'État et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation (al. 2 let. b).

E. 4.2.2

Par voie d'arrêté, le Conseil d'État a déterminé annuellement les modalités du financement résiduel du coût des soins de l'assurance-maladie, les tarifs à charge de l'assurance-maladie dans certaines situations particulières, applicables aux établissements médico-sociaux et aux fournisseurs de soins dans les structures de soins de jour ou de nuit, ainsi que la part du coût des soins à la charge du résident. Il s'agit des arrêtés relatifs au financement résiduel des 29 mai 2013 (BLV 832.00.290513.1), 14 mai 2014 (BLV 832.00.14.05.2014), 1er avril 2015 (BLV 832.00.010415.2), 23 mars 2016 (BLV 832.00.230316.1), 10 mai 2017 (BLV 832.00.100517.1), 21 mars 2018 (BLV 832.00.210318.1), et 1er mai 2019 (BLV 832.00.010519.1-2).

Selon l'art. 4 al. 1 de ces différents arrêtés, en relation avec l'art. 3, lors de séjours au sein d'établissements médico-sociaux ou de structures de soins de jour ou de nuit, le financement résiduel pour les journées de long séjour en EMS est assumé conjointement par une subvention de l'État, à hauteur de 23,5 % (en 2013 et 2014; 31,15 % en 2015 et 31,50 % depuis le 1er janvier 2016), et par les régimes sociaux, à hauteur de 76,5 % (en 2013 et 2014; 68,85 % en 2015 et 68,50 % depuis le 1er janvier 2016). De plus, selon l'art. 4 al. 2 let. a et b (en vigueur depuis le 1er janvier 2015) desdits arrêtés, le département peut accorder à un établissement un financement résiduel supérieur aux barèmes fixés par le Conseil d'État pour l'année en cours, pour autant que des circonstances particulières le

justifient; en particulier lorsque l'EMS admet un patient en provenance de l'hôpital et présentant un besoin en soins tel que l'EMS doit prendre des dispositions particulières pour sa prise en charge, l'EMS peut obtenir un financement complémentaire de 40 fr. par jour pour une durée limitée de trois mois (let. a); lorsque le résident nécessite plus de 240 minutes de soins par jour, l'établissement peut obtenir un montant supplémentaire journalier de 2 fr. 40 par tranche de 20 minutes au-delà de 240 mais au maximum 10 fr. 40 par jour pour les résidents nécessitant plus de 300 minutes de soins par jour (let. b); dans certains cas, lorsque le financement prévu à l'annexe 1 ne permet pas à l'établissement d'assurer une présence minimale en personnel de soins dans les horaires de nuit conforme aux exigences de sécurité fixées par le département (let. c, en vigueur depuis le 1er janvier 2017).

E. 5.1

La juridiction cantonale a retenu que le financement résiduel mis en place par le canton de Vaud respectait l'ancien art. 25a al. 5 LAMal. Le canton a prévu un financement de la part résiduelle de type forfaitaire principalement par la voie de l'arrêté du Conseil d'État fixant les montants versés par l'État au titre du financement résiduel des soins prodigués en EMS (et dont la recourante ne contestait pas avoir bénéficié). À ce dispositif, s'ajoutaient encore les "Compléments pour cas de rigueur" de l'art. 29a de la loi vaudoise du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS/VD; BLV 850.11), ainsi que le financement supplémentaire versé par le biais de la LAVS dû aux personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent. Les différents forfaits prévus dans le cadre de ce financement pouvaient éventuellement ne pas assurer un remboursement effectif, mais ces divergences éventuelles, pour autant qu'elles existassent, ce que la recourante n'avait pas établi, ne suffisaient pas pour admettre une violation du cadre légal fédéral. Les différentes sources de financement apparaissaient par conséquent comme adaptées à la nécessité du financement résiduel; en particulier, les soins supplémentaires excédant 240 minutes faisaient l'objet d'un financement additionnel spécifique. À l'inverse de ce que soutenait la recourante, en se référant à la situation saint-galloise qui avait donné lieu à l'ATF 144 V 280, rien n'indiquait qu'un plafonnement des coûts serait applicable dans le canton de Vaud. La recourante ne le prétendait d'ailleurs pas, mais invoquait un déficit de financement.

Par ailleurs, le système forfaitaire avait pour conséquence qu'il devait être considéré dans son ensemble et qu'il n'était pas possible de comparer le coût effectif d'une partie des prestations effectuées avec une partie du forfait qui leur serait dévolue. Ainsi, le calcul du déficit proposé par la recourante n'était pas déterminant, car ce calcul ne retenait du système global qu'une présentation partielle des coûts et des recettes. D'une certaine manière, ce calcul de déficit isolait, en ne prenant en compte que le coût et les financements pour les soins d'une durée supérieure à 240 minutes, une partie des coûts de prise en charge des résidents en EMS. Or la recourante ne montrait pas que, globalement, le financement résiduel des soins de ces personnes dans le canton de Vaud était contraire au cadre légal. Aussi et en particulier, le financement dit pour cas de rigueur n'avait pas été pris en considération dans son calcul. Il en allait de même s'agissant des allocations pour impotents. Il était en effet légitime de les prendre en compte dans le cadre du financement global des soins liés à un séjour dans un EMS, surtout si l'on considère qu'elles sont versées en mains de l'établissement.

E. 5.2

Invoquant une violation de l' art. 25a LAMal , en lien avec les art. 7 al. 3 OPAS , 26g al. 2 LPFES/VD et 4 al. 2 des arrêtés du Conseil d'État, la recourante affirme que le droit fédéral impose la prise en charge par le canton des frais résiduels revendiqués d'un montant de 728'836 fr. 21. Tout d'abord, elle fait valoir que la législation cantonale n'est pas compatible avec le droit fédéral car elle ne prévoit pas la prise en charge intégrale des soins excédant 220 minutes par jour, mais uniquement la "possibilité" (sous la forme d'une "Kann-Vorschrift") de recevoir un montant supplémentaire lorsque les soins excèdent 220 minutes. Ce faisant, en laissant ce financement à la libre appréciation de l'administration, la législation cantonale introduirait un plafond incompatible avec le droit fédéral. Ensuite, en se fondant sur l' ATF 144 V 280 , la recourante estime que le financement résiduel des soins doit garantir la couverture effective du coût total des prestations fournies (ce qui n'était pas le cas pour les soins excédant 220 minutes par jour), dans la mesure où elles répondent à la condition de l'économicité, même si ce coût dépasse les montants maximaux fixés dans le droit cantonal. Enfin, elle relève que le tarif établi dans l'arrêté du Conseil d'État pour les soins excédant 220 minutes quotidiennes est largement inférieur à celui déterminé pour les soins compris entre 1 et 220 minutes journalières, ce qui ne permet pas de couvrir les frais effectifs.

E. 6.1

En l'occurrence, le douzième degré prévu par l' art. 7a al. 3 OPAS commence à 220 minutes et - contrairement aux degrés précédents - n'a pas de limite supérieure (let. I: plus de 220 minutes de soins requis: 108 fr.). Dans le cas de prestations fournies en EMS, la contribution de l'assurance obligatoire des soins est ainsi plafonnée dès que le besoin en soins requis atteint 220 minutes par jour (art. 7a al. 3 let . I OPAS). Le financement des cas les plus lourds par une valeur moyenne peut engendrer un déficit de financement. Cette éventualité est largement connue et abordée de différentes manières dans les cantons.

E. 6.2

Dans le canton de Vaud, le financement résiduel est assumé conjointement par une subvention de l'État et par les régimes sociaux, conformément à l'art. 4 al. 1 des arrêtés relatifs au financement résiduel. Selon l'art. 4 al. 2 let. b desdits arrêtés, le département peut en outre accorder un financement résiduel supérieur aux barèmes fixés par le Conseil d'État pour l'année en cours lorsque le résident nécessite plus de 240 minutes de soins par jour. L'EMS peut obtenir un montant supplémentaire journalier de 2 fr. 40 par tranche de 20 minutes au-delà de 240 minutes mais au maximum 10 fr. 40 par jour pour les résidents nécessitant plus de 300 minutes de soins par jour.

À l'inverse de ce que soutient la recourante, l'ancien art. 25a al. 5 LAMal ne fait pas obstacle à la fixation d'un tel tarif forfaitaire par les cantons, notamment par le biais d'une subvention, en dépit du schématisme inhérent à ce système (ATF 144 V 280 consid. 7.2 et les références). Un tel système ne peut toutefois servir qu'à des fins de planification. Le droit fédéral garantit en revanche que l'intégralité des coûts que ni l'assurance obligatoire des soins ni l'assuré ne prennent à leur charge, soit assumée par les collectivités publiques (ATF 144 V 280 consid. 7.4.3), soit par le canton ou, si ce dernier décide de les mettre (également) à contribution, par les communes (ATF 144 V 280 consid. 7.4.3.2; arrêt 2C_864/2010 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Un barème ne saurait par conséquent permettre à un canton de refuser de prendre en charge le coût résiduel effectif des soins en augmentant la part à charge de la personne assurée, soit directement, soit indirectement en contraignant

l'EMS à lui facturer p. ex. un forfait socio-hôtelier plus élevé. Le Tribunal fédéral a en revanche précisé que le fournisseur de prestations n'a pas droit, en vertu du droit fédéral, à la prise en charge des coûts effectifs sans considération de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal). L'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine de l'assurance-obligatoire des soins doit assurer que le but de l' art. 32 LAMal , à savoir la garantie d'une couverture des soins efficace, d'une qualité de haut niveau et appropriée, tout en étant la plus avantageuse possible, soit atteint. C'est dans ce contexte - de droit fédéral - que doit être comprise la liberté du législateur cantonal de prévoir des tarifs, des prix maximaux ou des forfaits, pour influencer de manière pondératrice sur les coûts relatifs à la couverture du besoin (ATF 147 V 450 consid. 4.1; arrêt 9C_770/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.1.2).

E. 6.3

Contrairement à ce que soutient la recourante, les juges précédents ont constaté sans arbitraire qu'elle n'avait pas démontré que le financement résiduel cantonal aboutissait à des coûts non couverts dans son cas particulier.

E. 6.3.1

Tout d'abord, la recourante se méprend sur le sens du montant supplémentaire de 2 fr. 40 par tranche de 20 minutes (respectivement de 7 fr. 20 par heure [3 x 2 fr. 40]) prévu par les arrêtés relatifs au financement résiduel.

Dans le canton de Vaud, les EMS utilisent l'instrument de saisie des besoins en soins PLAISIR (pour Planification informatisée des soins infirmiers requis). Cet instrument détermine une valeur en minutes moyennes pour la charge en soins sur la base d'un catalogue des prestations. Chaque résident est ensuite affecté à l'un des douze niveaux de soins requis (ou classe, selon la terminologie employée dans le canton de Vaud) sur la base de cette valeur. Compte tenu de la large marge d'appréciation qui leur est reconnue à l'ancien art. 25a al. 5 LAMal (cf. ATF 144 V 280 consid. 7.2; arrêt 2C_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.5 et les références), les cantons ne sont pas tenus de fixer la part résiduelle en fonction de l'ampleur des soins que les résidents sollicitent selon les niveaux de soins requis définis à l' art. 7a al. 3 OPAS . Pour autant qu'une prise en charge de l'intégralité de la part résiduelle soit garantie de façon globale, cette marge d'appréciation inclut donc la possibilité pour les cantons de prévoir d'autres modes de financement (consid. 6.2 supra), tels que des subventions ou des prestations d'intérêt général. Par conséquent, pour prouver un déficit de financement de la part résiduelle, la recourante ne peut pas se fonder sur la seule rémunération des minutes moyennes excédant 240 minutes de soins prévue à l'art. 4 al. 2 let. b des arrêtés relatifs au financement résiduel. L'autorité précédente a considéré à juste titre que cette source de financement n'en était qu'une parmi d'autres. Les autres sources de financement - notamment les subventions - expliquent aussi pourquoi l'art. 4 des arrêtés prévoit que l'établissement "peut" obtenir un montant supplémentaire journalier. Cette "Kann-Vorschrift", comme la désigne la recourante, ne signifie pas que le financement résiduel est accordé de manière exceptionnelle ou discrétionnaire. Certains EMS, selon leur structure, n'ont tout simplement pas besoin d'un financement supérieur aux subventions. En d'autres termes, ce financement n'est accordé qu'aux EMS qui en ont besoin. Dès lors, en se référant à la seule formulation de l'art. 4 al. 2 des arrêtés relatifs au financement résiduel, la recourante ne prouve pas une insuffisance du financement résiduel cantonal.

E. 6.3.2

Ensuite, pour que les cantons puissent déterminer le montant du financement résiduel, les EMS doivent garantir la transparence des coûts liés à l'intérêt général et à l'obligation de prise en charge. À cette fin, le Conseil fédéral a réglé le calcul uniforme des coûts et le classement uniforme des prestations des EMS dans l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104). Cette ordonnance impose aux EMS de tenir une comptabilité analytique (art. 9 al. 1 OCP) et une comptabilité financière (art. 11 al. 1 OCP) ainsi qu'une compatibilité des coûts et des prestations (art. 11 al. 3 OCP). Cela signifie que les EMS doivent saisir le temps consacré aux soins, afin d'exclure les coûts liés à l'assistance et à l'hôtellerie, et calculer les coûts des prestations de soins selon la LAMal.

À cet égard, quoiqu'elle en dise, la recourante n'a pas fourni les documents nécessaires pour démontrer l'existence de coûts résiduels non couverts. Les documents qu'elle a soumis en instance cantonale manquent de transparence et sont incomplets; en particulier, elle n'a pas fourni sa comptabilité analytique et financière ni la comptabilité des coûts et des prestations, pour les années 2013 à 2019. Dans son écriture, la recourante admet d'ailleurs qu'elle n'a pas intégré les "autres sources de financement" dans sa documentation, alors qu'il lui appartenait, en vertu de son devoir de collaborer à l'établissement des faits, d'étayer ses propres thèses et de renseigner l'autorité sur les faits de la cause, spécialement ceux qu'elle était la mieux à même de connaître, car ils relevaient de sa sphère d'influence. Aussi, en présence d'une partie qui avait choisi de ne pas produire spontanément tous les éléments comptables pour soutenir ses allégations au cours de la procédure, l'autorité précédente pouvait mettre fin à l'instruction du dossier, puis retenir sans arbitraire que les faits invoqués par la recourante ne pouvaient pas être considérés comme établis (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Dans ces circonstances, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle demande le renvoi de la cause à l'autorité administrative afin qu'elle puisse compléter ses moyens de preuve.

E. 6.3.3

Pour le surplus, si les arrêtés sont certes généralement approuvés par le Conseil d'État au printemps avec effet rétroactif au 1er janvier de l'année en cours, le droit fédéral (ancien art. 25a al. 5 LAMal) garantit la prise en charge par les cantons du financement résiduel, à savoir l'intégralité des frais effectifs que ni l'assurance obligatoire des soins ni l'assuré ne prendraient à leur charge (arrêt 2C_728/2011 précité consid. 3.4 et les références). Il n'y a dès lors aucune insécurité juridique. La recourante ne se plaint enfin pas de retards de paiement de la part du canton.

E. 7

En conclusion, la recourante n'établit pas une violation du droit fédéral. Dans ces conditions, faute d'intérêt juridique, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant son argumentation relative à la nature et à la durée de prescription de ses prétentions financières, qui ne sont pas établies.

E. 8

Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 9

Les frais judiciaires sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 66 al. 1 LTF).
Il n'est pas alloué de dépens (art. 68 al. 3 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.