Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

9C 97/2018

Arrêt du 5 février 2019

IIe Cour de droit social

Composition
Mmes et M. les Juges fédéraux Pfiffner, Présidente, Glanzmann et Parrino.
Greffier : M. Bleicker.

Participants à la procédure
Philos Assurance Maladie SA,
rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
recourante,

contre

Fondation A._____,
représentée par Me Anne Klauser-Péquignot, avocate,
intimée.

Objet
Assurance-maladie (soins médicaux),

recours contre le jugement du Tribunal cantonal de la République et canton de Neuchâtel, Tribunal arbitral de l'assurance-maladie (art. 89 LAMal), du 13 décembre 2017 (TARB.2013.1/yr).

Faits :

A.

A.a. Le 16 juin 1997, les cantons du Jura, Neuchâtel et Vaud, auxquels s'est joint celui de Genève le 28 janvier 1998, ont conclu une convention intercantonale relative à l'utilisation de la méthode PLAISIR ("Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis") pour la mesure de la charge en soins et la production de données statistiques comparatives dans les institutions de soins de longue durée des cantons de Suisse romande, Berne et Tessin (ci-après: la convention intercantonale).

A.b. A la suite des modifications de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31), la commission technique, instituée par la convention intercantonale, a redéfini les soins PLAISIR à charge de la LAMal, notamment pour ce qui est de la catégorie de soins PLAISIR dénommée "Communication au sujet du bénéficiaire (CSB) ". Selon les "décisions" n os 8 et 28 des 24 novembre et 17 décembre 2010, la catégorie de soins CSB est, à partir du 1 er janvier 2011, calculée proportionnellement selon le niveau de soins requis et non plus de manière forfaitaire. La commission technique a donc adapté la table de concordance des soins PLAISIR définissant les prestations à charge de la LAMal et intégré les minutes des CSB dans le temps des soins couverts par la LAMal.

A.c. Philos Assurance Maladie SA (ci-après: la caisse-maladie) a refusé de payer la part des factures correspondant aux CSB émises par les établissements médicaux-sociaux des cantons romands qui ont adopté la méthode PLAISIR - en l'occurrence la fondation A._____ (ci-après: l'EMS) -, au motif que ces prestations n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

A.d. Le 21 janvier 2013, l'EMS a saisi le Tribunal arbitral de l'assurance-maladie de la République et canton de Neuchâtel (ci-après: le tribunal arbitral) d'une demande en paiement contre la caisse-maladie concluant à ce qu'elle soit condamnée à lui verser la somme de 10'521 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le dépôt de la requête, au titre du solde de sa participation aux coûts pour la période allant

du 1 er janvier au 31 décembre 2011. Il faisait valoir que la somme réclamée correspondait à la part afférant aux CSB qu'il avait intégrée dès janvier 2011 dans la facturation des prestations de soins à charge de l'assurance-maladie obligatoire.

B.

B.a. Le 2 mai 2014, le tribunal arbitral a statué préjudiciellement sur la question de savoir si les CSB de l'outil PLAISIR constituaient des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Il a prononcé que la demande en paiement était bien fondée dans son principe, au sens des considérants, sous réserve du montant litigieux dû à ce titre par la défenderesse pour l'année 2011, dont le calcul serait effectué dans une décision ultérieure. Le Tribunal fédéral n'est pas entré en matière sur le recours formé par la caisse-maladie contre cette décision incidente (arrêt 9C 447/2014 du 10 novembre 2014).

B.b. Le 27 mai 2015, le tribunal arbitral a condamné la caisse-maladie à payer à l'EMS la somme de 10'521 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 1 er janvier 2014, correspondant aux CSB facturées par l'EMS à la caisse-maladie en 2011. Par arrêt du 24 mars 2016 (cause 9C 466/2015), le Tribunal fédéral a d'une part admis le recours en matière de droit public interjeté par la caisse-maladie contre le jugement du 27 mai 2015, annulé ledit jugement et renvoyé la cause au tribunal arbitral pour nouvelle décision au sens des considérants. D'autre part, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de la caisse-maladie en tant qu'il portait sur la décision du 2 mai 2014.

B.c. Le 1 er novembre 2016, le tribunal arbitral a requis la production de la comptabilité analytique 2010 et 2011 de l'EMS, les factures détaillées pour chacun des quatre patients pour lesquels la prise en charge de CSB était sollicitée pour l'année 2011, l'évaluation PLAISIR de ces quatre patients à fin 2010 et pour 2011, ainsi que toute autre pièce utile lui permettant de donner suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Le 19 décembre 2016, l'EMS a produit les documents requis. Après avoir donné aux parties la possibilité de s'exprimer, le tribunal arbitral a, par jugement du 13 décembre 2017, condamné la caisse-maladie à payer à l'EMS la somme de 10'314 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 1 er janvier 2014.

C.
La caisse-maladie forme un recours en matière de droit public contre ce jugement. Elle conclut à la réforme du jugement attaqué en ce sens que les CSB ne peuvent être mises à charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle demande en outre à ce que l'EMS soit débouté de toutes ses conclusions ou conclusions contraires.
L'EMS conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit :

1.

1.1. Aux termes de l'art. 107 al. 2 1 ère phrase LTF, si le Tribunal fédéral admet le recours, il statue lui-même sur le fond ou renvoie l'affaire à l'autorité précédente pour qu'elle prenne une nouvelle décision. Le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi découle du droit fédéral non écrit (ATF 143 IV 214 consid. 5.3.3 p. 222 et les références). En vertu de ce principe, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle est ainsi liée par ce qui a déjà été définitivement tranché par le Tribunal fédéral et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui ou l'ont été sans succès (ATF 131 III 91 consid. 5.2 p. 94 et les références). Saisi d'un recours contre la nouvelle décision, le Tribunal fédéral est aussi lié par son arrêt de renvoi (ATF 125 III 421 consid. 2a p. 423); il ne saurait se fonder sur des motifs qu'il avait écartés ou dont il avait fait abstraction dans sa précédente décision (ATF 111 II 94 consid. 2 p. 95).

1.2. Par arrêt de renvoi 9C 466/2015 du 24 mars 2016 (publié aux ATF 142 V 203), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par la caisse-maladie, annulé le jugement du 27 mai 2015 et renvoyé la cause au tribunal arbitral pour nouvelle décision au sens des considérants. Il résulte des motifs de cet arrêt que le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que les actions de la catégorie CSB, telles que décrites par l'instrument PLAISIR pour la mesure de la charge en soins requis dans les institutions de soins de longue durée des cantons signataires de la convention intercantonale (ci-après: l'instrument PLAISIR), étaient indispensables à l'évaluation des besoins du patient et

servaient à la planification des mesures nécessaires (ATF 142 V 203 consid. 8.2 p. 214). La recourante n'avait par ailleurs pas fait valoir à l'époque, comme l'a constaté à juste titre le tribunal arbitral dans la décision attaquée, qu'une prestation alternative pouvait entrer en ligne de compte. Partant, le Tribunal fédéral a retenu que les CSB devaient être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 142 V 203 consid. 8.3 p. 216). En tant que la caisse-maladie conclut à ce que les CSB ne soient pas mises à la charge de l'assurance obligatoire
des soins, elle prend une conclusion qui se fonde sur des moyens qui pouvaient et devaient être soulevés lors de la procédure précédente ou qui ont été expressément rejetés à cette occasion. Cette conclusion est dès lors irrecevable.
En revanche, le Tribunal fédéral a considéré dans l'arrêt de renvoi que le tribunal arbitral s'était déclaré à tort incompétent pour examiner la durée et le montant des CSB facturées par l'EMS à la charge de la caisse-maladie recourante durant l'année 2011 (ATF 142 V 203 consid. 9.3 p. 217 et 9.4 p. 218). La cause a ainsi été renvoyée à l'autorité précédente pour qu'elle statue sur ces différents points. Le Tribunal fédéral a ajouté que le tribunal arbitral devra tenir compte dans le cadre de son nouvel examen de l'al. 1 de la disposition transitoire de la modification du 13 juin 2008 concernant le nouveau régime de financement des soins, entrée en vigueur le 1 er janvier 2011 (RO 2009 3517, 6847 ch. I), ainsi que des griefs soulevés par la recourante concernant notamment les principes de la transparence, de l'économicité et de la neutralité des coûts.

2.
Dans les limites dictées par le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi (consid. 1 supra), 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). Cela étant, eu égard à l'exigence de motivation contenue à l'art. 42 al. 1 et 2 LTF, la partie recourante doit discuter les motifs de la décision entreprise et indiquer précisément en quoi elle estime que l'autorité précédente a méconnu le droit (art. 42 al. 2 LTF; ATF 140 III 86 consid. 2 p. 88).

3.

3.1. Le litige porte sur le point de savoir si le montant de 10'314 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 1 er janvier 2014, correspondant aux soins facturés par l'EMS à la charge de la caisse-maladie recourante pour les actions de la catégorie CSB déterminées selon l'instrument PLAISIR en 2011, est conforme aux dispositions légales en la matière.

3.2. A cet égard, on rappellera que la méthode PLAISIR (voir table de concordance des actions de soins PLAISIR avec l'art. 7 OPAS - révision 2010) définit huit types de CSB: transmissions orales du début et de la fin des services (quarts) entre les membres du personnel infirmier, communications du personnel infirmier avec les autres professionnels (médecin, ergothérapeute, etc.), communications avec les autres services (radiologie, laboratoire, pharmacie), communications avec les parents et amis du [résident] pour donner de l'information à son sujet, planification et rédaction du plan de soins, mise à jour du plan de soins, évaluation quantitative des soins infirmiers requis et rédaction des notes de transmission au dossier du [résident] (ATF 142 V 203 consid. 7.1 p. 211).
Jusqu'à la fin de l'année 2010, ces prestations n'étaient pas intégrées au temps de soins LAMal dans les cantons signataires de la convention intercantonale (à l'exception du canton de Vaud), mais le temps de soins requis pour ces prestations était compté sous la forme d'un forfait identique pour tous les résidents, à raison de 11,5 minutes, en plus des temps de soins individuels, pour les calculs de dotation en personnel soignant et, au travers des dotations, pour les calculs des forfaits à partir de la comptabilité analytique ayant servi aux négociations tarifaires entre les associations d'EMS et santésuisse.

4.

4.1. Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont, notamment, les établissements médico-sociaux (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).

4.2. D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. A la suite de l'adoption par l'Assemblée fédérale de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 (RO 2009 3517), un nouvel art. 25a a été introduit avec effet au 1 er janvier 2011 (RO 2009 6847). En vertu du premier alinéa de cette disposition, l'assurance obligatoire des soins doit fournir une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. D'après les al. 3 et 4, il appartient au Conseil fédéral, d'une part, de désigner les soins et de fixer la procédure d'évaluation des soins requis, et, d'autre part, de fixer en francs le montant des contributions prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en fonction du besoin en soins; est déterminant, le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil
fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 let. b, h et i de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMAl; RS 832.102]), a édicté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Le DFI a défini en particulier à l'art. 7 al. 2 OPAS, de manière exhaustive (ATF 142 V 203 consid. 6.2 p. 211 et la référence), les catégories de prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge dans les EMS (évaluation et conseils, examens et traitements, soins de base).

4.3. En vertu de l'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 francs;
b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 18 francs;
c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 27 francs;
d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 36 francs;
e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 45 francs;
f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 54 francs;
g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 63 francs;
h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 72 francs;
i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 81 francs;
j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 90 francs:
k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 99 francs;
l. plus de 220 minutes de soins requis: 108 francs.
Par rapport au système antérieur à l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, le 1er janvier 2011, la forme de remboursement n'a ainsi pas changé fondamentalement: les prestations de soins ambulatoires continuent d'être remboursées selon une base horaire et les prestations de soins fournies dans les établissements médico-sociaux le sont selon une base journalière (arrêt 9C 685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.3).

4.4. Selon l'alinéa 1 de la disposition transitoire de la modification du 13 juin 2008 concernant le nouveau régime de financement des soins, entrée en vigueur le 1 er janvier 2011, le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a al. 1 LAMal est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes. Aux termes de l'art. 33 let. i OAMal, entré en vigueur le 1 er janvier 2011 (RO 2009 3525, 6847 ch. II 2), le Conseil fédéral a délégué sa compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI).

5.

5.1. Le tribunal arbitral a considéré que l'intégration des CSB dans les minutes de soins requis ne correspondait tout d'abord pas à un changement de modèle tarifaire proprement dit, dont il y aurait lieu de garantir la neutralité des coûts. L'impact de leur intégration sur les coûts de la santé s'expliquait en effet uniquement par le fait que les rémunérations pour les soins dispensés dans un EMS ne les incluaient pas, à tort, jusqu'au 1 er janvier 2011. En d'autres termes, l'assurance obligatoire des soins avait fait l'économie dans les cantons signataires de la convention intercantonale de la prise en charge de ces prestations jusqu'au 1 er janvier 2011 (à l'exception du canton de Vaud qui les avait introduites dans ses tarifs). Force était dès lors de retenir que leur prise en compte, depuis 2011, ne mettait pas l'assurance-maladie obligatoire davantage à contribution sous le régime de la nouvelle structure tarifaire qu'elle aurait dû l'être sous l'ancien.

Puis, s'agissant de la durée des CSB facturées par l'EMS à la charge de l'assurance obligatoire des soins, le tribunal arbitral a retenu qu'il lui incombait de vérifier que la méthode de minoration introduite par l'instrument PLAISIR était objective et transparente. A ce propos, il a constaté que la caisse-maladie ne remettait pas en cause la durée moyenne (arrondie) des CSB modulées pour les résidents des EMS en Suisse romande (20 minutes). Le "facteur de minoration" (0,5757 [11,5 / 20]) reposait par ailleurs sur un impératif de nature politico-économique, à savoir réduire l'effet des CSB sur les coûts de la santé. Il s'agissait d'assurer le maintien de la masse globale des CSB au même niveau qu'avant l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins (soit 11,5 minutes par jour en moyenne par résident), de façon à ce que la moyenne des CSB modulées et minorées corresponde au temps uniformisé retenu à l'origine. Outre que cette explication faisait sens, le tribunal arbitral a constaté que le "facteur de minoration" (0,5757) n'était contesté que parce qu'il induisait, selon la caisse-maladie, une augmentation des coûts "par rapport à une comptabilisation unique portant sur les 11,5 minutes utilisées jusqu'alors
(observations du 28 avril 2017) ". Or la valeur moyenne de 20 minutes s'est révélée bien supérieure à la norme uniforme de 11,5 minutes. Non seulement cette façon de procéder n'apparaissait pas critiquable, mais surtout la caisse-maladie ne prétendait pas qu'un autre "facteur de minoration" aurait dû être appliqué. Enfin, le tribunal arbitral a jugé que la caisse-maladie ne pouvait se prévaloir d'un accord transactionnel intervenu entre les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud et certains assureurs-maladie et auquel elle n'était pas partie. Qui plus est, les assureurs-maladie avaient accepté dans le cadre de cet accord de prendre en charge les CSB calculées à 100 % de leur coût pour l'année 2011, des facteurs d'abattement n'intervenant qu'à partir de 2012 (50 %) et 2013 (25 %).

5.2. La recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir, d'une part, procédé à une constatation manifestement inexacte des faits consécutive à une appréciation arbitraire des preuves et, d'autre part, violé le droit fédéral. Invoquant une violation des principes de transparence (art. 42 LAMal), d'économicité (art. 32 et 46 LAMal) et de la neutralité des coûts (art. 59c al. 1 let. c OAMal), la recourante fait tout d'abord valoir que les CSB mises à sa charge par l'EMS intimé ne s'appuient pas suffisamment sur des prestations effectivement fournies, de sorte que le degré de transparence des coûts est insuffisant. Elle soutient qu'aucune précision ne lui a en particulier été fournie quant à la facturation des CSB, l'empêchant par exemple de s'assurer que des prestations n'étaient pas prises en compte à double, et que la méthode de calcul aboutissait à la facturation d'un forfait exagérément élevé, fondé sur des standards appliqués au Québec. Elle reproche ensuite au tribunal arbitral d'avoir considéré que l'intégration des CSB ne conduisait pas à un changement de modèle tarifaire, alors qu'il admettait que l'intégration des CSB dans les minutes de soins requis avait influencé le montant de la contribution journalière prise en
charge par l'assurance-maladie sociale.

5.3. En tant que la recourante fait "également" valoir une violation de son droit d'être entendue, dans sa composante du droit à une décision motivée (art. 29 al. 2 Cst.), elle se limite à affirmer que le tribunal arbitral ne s'est nullement prononcé sur le principe de la transparence. Ce faisant, elle ne développe aucune argumentation propre à étayer ce grief (art. 42 al. 2 et 106 al. 2 LTF). Au demeurant, celui-ci est manifestement infondé. La caisse-maladie a en effet très bien compris les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité précédente puisqu'elle les reprend pour en critiquer la pertinence sur le fond. Dès lors, même si le tribunal arbitral s'est limité aux seules questions décisives pour l'issue du litige et n'a par conséquent pas discuté en détails tous les arguments de la recourante, il n'a pas violé le droit d'être entendu de la caisse-maladie (ATF 142 III 433 consid. 4.3.2 p. 436; 142 II 49 consid. 9.2 p. 65 et les références).

6.

6.1. En matière d'assurance-maladie, l'art. 117 Cst. confère à la Confédération une compétence concurrente non limitée aux principes, qui admet l'instauration d'un monopole de droit indirect. La Confédération peut donc réglementer exhaustivement cette matière, ce qui, en cas d'épuisement, exclurait toute compétence cantonale autonome dans ce domaine. Seules demeureraient des compétences réservées ou déléguées aux cantons ainsi que celles résultant de l'exécution du droit fédéral en vertu de l'art. 46 Cst. (ATF 140 I 218 consid. 5.6 p. 223).

6.2. Selon l'art. 50 1 ère phrase LAMal, en cas de séjour dans un établissement médico-social, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a LAMal. En vertu du troisième alinéa de cette disposition, il appartient au Conseil fédéral de fixer la procédure d'évaluation des soins requis (consid. 4.2 supra). Le DFI, auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence (art. 33 let. h OAMal), a renoncé, en 2011, à

réglementer dans l'OPAS la procédure d'évaluation des soins requis dans les EMS (arrêt 2C 333/2012 du 5 novembre 2012 consid. 5.2). La Confédération n'a donc pas épuisé sa compétence, si bien que les cantons signataires de la convention intercantonale restent en droit de maintenir leur reconnaissance de la méthode PLAISIR comme instrument de référence sur leur territoire.
S'agissant d'une question relevant principalement de l'appréciation souveraine de l'autorité cantonale, les autres cantons ont opté pour des instruments différents de saisie du temps de soins selon l'art. 25a LAMal, soit BESA ("BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem") et RAI/RUG ("Resident Assessment Instrument" / "Ressource Utilization Groups"). Eu égard à la répartition des compétences inhérentes à un Etat fédéral (art. 3, 46 et 47 Cst.), des instruments différents mesuraient dès lors le besoin en soins dans les établissements médico-sociaux en 2011.

6.3. Les différents griefs dont se prévaut la recourante reviennent par conséquent à affirmer que la durée et le coût des actions de la catégorie CSB, tels que définis concrètement par l'instrument désigné par l'accord intercantonal, éluderaient les principes de transparence, d'économicité et de neutralité des coûts. Cet argumentaire concerne, dans son ensemble, le principe de la primauté du droit fédéral (art. 49 Cst.), sous l'angle duquel les griefs de la recourante seront partant examinés (cf. ATF 137 I 167 consid. 3.7 p. 176).

7.

7.1. Dans le cadre de ses compétences déléguées, le DFI a tout d'abord défini à l'art. 7a al. 3 OPAS un nombre de niveaux de soins requis uniforme pour toute la Suisse (consid. 4.2 et 4.3 supra).
En imposant ce dénominateur commun, il a posé les fondements de la transparence et ouvert la voie à un rapprochement des différents instruments de mesure du besoin en soins selon l'art. 25a LAMal dans les établissements médico-sociaux (avis du Conseil fédéral du 13 mars 2014 à l'interpellation du 11 décembre 2014 [14.4191 - Financement des soins. Assurer la transparence des coûts et la qualité de l'offre] de la Conseillère nationale Bea Heim). Lorsqu'un patient séjourne dans un EMS d'un canton signataire de la convention intercantonale, il s'agit de déterminer en premier lieu les prestations qui devront lui être dispensées sur la base de l'évaluation des besoins en soins requis (art. 8 al. 4 OPAS). A cet égard, le médecin référent de l'EMS atteste, en visant le document "Annonce, modification et renouvellement du niveau de soins selon PLAISIR/PLEX/DELICES" (art. 8 al. 3 OPAS), accompagné du "profil bio-psycho-social PLAISIR", le degré de dépendance exprimé en minutes de soins requis par jour ("minutes de soins nettes" [MSN]). Puis, l'instrument PLAISIR détermine une valeur en minutes des actions de la catégorie CSB, de manière proportionnelle aux MSN (pour les détails, voir "décision" n° 8 de la commission technique PLAISIR du 24 novembre 2010). La personne assurée est ensuite affectée à l'un des douze niveaux de soins requis correspondant (art. 7a al. 3 OPAS).
Dans la mesure où le Conseil fédéral a considéré que l'on pouvait effectivement partir du principe que le montant induit par les CSB est certainement d'autant plus élevé que le niveau de soins requis est lourd (décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 consid. 7.3.2 et 7.4.4, in RAMA 2001 n° KV 186 p. 471 ss), la recourante n'établit pas que cette imputation proportionnelle au niveau de soins requis violerait le droit fédéral.

7.2. Contrairement à ce que semble proposer la caisse-maladie, une facturation à l'acte engendrerait par ailleurs un travail administratif disproportionné tant pour les EMS que pour les caisses-maladie, spécialement pour les cas légers dont les CSB ne dépassent guère quelques minutes par jour, ainsi que des coûts importants. En l'absence d'une base légale expresse, une telle charge supplémentaire, administrative et financière, ne saurait être imposée. La plupart des résidents d'un EMS bénéficient en revanche des CSB avec une certaine régularité, en fonction du niveau de soins requis (consid. 7.1 supra), si bien que la recourante n'établit pas en quoi l'on ne pourrait pas les quantifier au moyen d'un outil statistique.
A ce propos, le tribunal arbitral a constaté que la moyenne des temps modulés des CSB dans les EMS romands était de 20 minutes (20,136314 minutes) en mai 2009, mais que les cantons signataires de la convention intercantonale avaient convenu d'introduire dans la méthode PLAISIR un temps modulé "minoré" de 11,5 minutes en raison de considérations purement économiques (réduction des coûts de la santé). En se limitant à affirmer que le Conseil fédéral a conclu, dans la décision du 20 décembre 2000 précitée, que la durée des CSB fixée à 12 minutes à l'époque était trop longue, la caisse-maladie n'établit pas le caractère arbitraire des faits constatés par la juridiction cantonale (art. 97 al. 1 LTF). Au demeurant, le Conseil fédéral a, dans sa décision du 20 décembre 2000, indiqué qu'il n'avait pas été en mesure de juger du caractère économique du temps attribué aux "Communications au Sujet du client (CSC) " par les tarifs 1998, 1999 et 2000 des prestations de soins mis à la charge des assureurs-maladie lors de séjours en EMS dans le canton de Vaud. Il a

dès lors tiré une conclusion formulée à partir de standards en général, en s'appuyant notamment sur le fait que l'Office fédéral des assurance sociales (OFAS) considérait qu'un temps
moyen de 12 minutes par jour était exagérément élevé compte tenu de la présence de patients légers (décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 précitée consid. 7.4.2; voir également prise de position de l'OFSP du 11 mai 2011). Partant, l'on ne voit pas en quoi des considérations générales de cet ordre, fondées sur un forfait introduit dans les tarifs vaudois il y a plusieurs années, permettraient de remettre valablement en cause les constatations cantonales selon lesquelles la moyenne des temps modulés des CSB dans les EMS romands était de 20 minutes en mai 2009.

7.3. La recourante n'établit ensuite pas que l'autorité précédente aurait arbitrairement omis de constater que la structure des coûts de l'EMS intimé ne correspondait pas à la moyenne de ceux pris en compte dans l'instrument PLAISIR (consid. 7.2 supra). En tout état de cause, si la recourante se plaint que l'EMS intimé ne lui a pas transmis toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42 2ème phrase LAMal), elle ne précise pas quelles indications feraient défaut en l'espèce. L'on ne voit par ailleurs pas à la lecture du recours ce qui l'aurait empêchée de vérifier sur la base des données ressortant de la comptabilité analytique de l'EMS (art. 49 al. 7 LAMal, applicable par analogie en vertu de l'art. 50 2ème phrase LAMal, et art. 9 de 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]) et des autres indications produites en instance cantonale si les CSB facturées correspondaient aux prestations effectivement fournies.
Qui plus est, elle n'établit pas que le "facteur de minoration" (0,5757) ne garantirait pas une marge de sécurité suffisante susceptible d'éviter que des coûts indus ne soient concrètement mis à sa charge en l'espèce. Dans une argumentation largement appellatoire, la caisse-maladie se limite au contraire à relever que plusieurs autres cantons ont admis un système de double minoration ces dernières années. Le simple fait que le coût d'une même prestation peut varier selon les modalités mises en place par le canton où elle est pratiquée - respectivement selon l'instrument de saisie du temps de soins (consid. 6.2 supra) - ne viole cependant ni le principe de la primauté du droit fédéral ni celui de l'égalité de traitement (arrêt 2C 333/2012 précité consid. 5.4; cf. ATF 138 I 265 consid. 5.1 p. 269).
Au demeurant, comme l'a rappelé à juste titre la juridiction cantonale, on ne saurait se fonder sur un accord transactionnel intervenu entre les cantons romands et certains assureurs-maladie pour examiner la conformité de l'instrument PLAISIR au droit fédéral.

7.4. Finalement, on peut laisser ouvert le point de savoir si l'art. 59c al. 1 let. c OAMal est applicable par analogie en l'occurrence (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [E], in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd. 2016, p. 763 n° 1193). En tout état de cause, le principe de la neutralité des coûts ne saurait s'opposer à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des prestations définies de manière exhaustive à l'art. 7 al. 2 OPAS (consid. 4.2 supra; voir aussi arrêt 2C 333/2012 précité consid. 5.7). Quant au délai transitoire pour l'introduction des contributions (art. 7a al. 3 OPAS), il n'a expiré qu'à la fin de l'année 2013 (al. 1 et 2 de la disposition transitoire du nouveau régime de financement de soins). Les données de l'année 2011 ne sont par conséquent pas pertinentes pour la fixation des contributions selon le nouveau régime de financement des soins et ne sauraient être comparées avec celles de l'année 2010 afin de vérifier la neutralité des coûts.
Il appartiendra dès lors au DFI d'examiner la portée de la prise en compte des actions de la catégorie CSB, déterminées selon l'instrument PLAISIR, sur la base des données de l'ensemble de la Suisse de l'année 2014 (consid. 4.4 supra; voir projet de modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie [neutralité des coûts, évaluation des soins requis] du 4 juillet 2018, p. 7 ch. 2.1.3).

7.5. Ensuite des considérations qui précèdent, la recourante n'a pas établi en quoi la durée et le montant des actions de la catégorie CSB, tels que définis concrètement par l'instrument de mesure de la charge en soins requis dans les institutions de soins de longue durée des cantons signataires de la convention intercantonale, éluderaient des prescriptions de droit fédéral ou en contrediraient le sens ou l'esprit.

8.
Mal fondé, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. Les frais judiciaires sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.
Les frais judiciaires, arrêtés à 1'100 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.
La recourante versera à l'intimée la somme de 2'400 fr. à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral.

4.
Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal cantonal de la République et canton de Neuchâtel, Tribunal arbitral de l'assurance-maladie (art. 89 LAMal), et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 5 février 2019

Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente : Pfiffner

Le Greffier : Bleicker