

## **NE\_GERICHTE CDP.2011.305 vom 3. Juli 2012**

NE Tribunal cantonal, 2012-07-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2011.305](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2011.305)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2011.305 du 3 juillet 2012

IT: NE\_GERICHTE CDP.2011.305 del 3 luglio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

des médecins,

#### **E. 2**

des chiropraticiens,

#### **E. 3**

des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d■un médecin ou d■un chiropraticien;

b.

les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;

c.

une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;

d.

les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;

e.2

le séjour à l■hôpital correspondant au standard de la division commune;

f.

fbis.4

le séjour en cas d■accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

g.

une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu■aux frais de sauvetage;

h.5

les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

1Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1erjanv. 2011 (RO200935176847 ch. I;FF20051911).2Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).3Abrogée par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1erjanv. 2009

(RO20082049;FF20045207).4Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).5Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1erjanv. 2001 (RO20002305;FF1999727).

1Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

a.

garantissent une assistance médicale suffisante;

b.

disposent du personnel qualifié nécessaire;

c.

disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;

d.

correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;

e.

figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

2Les cantons coordonnent leurs planifications.1

2bisDans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.2

2terLe Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.3

3Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).4

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).2Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).3Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).

1Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits.2En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés

aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

2 Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.<sup>3</sup>

3 Les rémunérations au sens de l'al. 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

a.

le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;

b.

la recherche et la formation universitaire.

4 En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

5 Les rémunérations au sens des al. 1 et 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi.

6 Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

7 Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

8 En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux qu'il publie par la suite en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

1 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO20082049; FF20045207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod., à la fin du présent texte. 2 Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin

2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1er janv. 2011 (RO200935176847 ch. I; FF20051911).<sup>3</sup> Voir aussi l'art. 1 des disp. fin. mod. 22 oct. 2008 (RS832.102).

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

1 Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1er janv. 2011 (RO200935176847 ch. I; FF20051911).

Sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative<sup>1</sup>, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes:

a.

elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté;

b.

l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté;

c.

le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;

d.

le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours;

e.

si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats;

f.

le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant;

g.

le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige;

h.

les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours ainsi que les noms des membres du tribunal et sont notifiés par écrit;

i.

les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

1RS172.021

#### **E. 4**

a) La procédure est en principe gratuite. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ). b) En l'occurrence, la recourante ou ses représentants ont affirmé dans la procédure qu'il ne ressortait d'aucune pièce du dossier que les médecins du CNP auraient indiqué que l'hospitalisation litigieuse n'était plus indispensable. Or, ce fait ressort d'une pièce qu'ils ont eux-mêmes déposée à l'appui de leur opposition le 17 janvier 2011 à la décision de l'intimée du 1<sup>er</sup> décembre 2010. Selon la jurisprudence, soutenir une thèse en contradiction avec des pièces produites par ses propres soins constitue une des formes caractéristiques de la témérité (arrêt du TF du 05.11.2003 [2P.213/2003] cons. 3.2). C'est pourquoi il se justifie de faire supporter à la recourante les frais de la procédure. c) Vu le sort de la cause, la recourante n'a pas droit à des dépens. Au regard du considérant qui précède et de la jurisprudence (ATF 128 V 323 ), l'intimée, qui plaide avec le concours d'un avocat indépendant, a droit à une indemnité de dépens qui sera fixée à 1'500 francs.

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