

# **NE\_GERICHTE TARB.2013.1 vom 16. Juni 1997**

NE Tribunal cantonal, 1997-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TARB.2013.1\\_d19970616](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TARB.2013.1_d19970616)

FR: NE\_GERICHTE TARB.2013.1 du 16 juin 1997

IT: NE\_GERICHTE TARB.2013.1 del 16 giugno 1997

## **Regeste**

Examen de la concordance des actions de soins de la méthode PLAISIR figurant sous la position "Communication au sujet du bénéficiaire" (CSB) avec le catalogue des prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le litige, qui oppose un assureur et un fournisseur de prestations dans l'assurance obligatoire des soins au sens de l'article 89 al. 1 LAMal, est de la compétence du Tribunal arbitral du canton de Neuchâtel, s'agissant d'un établissement médico-social installé dans le canton (art. 89 al. 2 LAMal) et autorisé à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ( arrêté fixant la liste des établissements médico-sociaux (EMS) du canton de Neuchâtel admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, du 19.12.2012). Déposée dans les formes légales, la demande est recevable.

### **E. 2**

let. a LAMal). L'assurance obligatoire des soins fournit 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 (art. 25a al. 1 LAMal). Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis (al. 3). Il fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités (al. 4). 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'article 25a (art. 50 LAMal). Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (art. 33 al. 1 LAMal). Il désigne en détail les autres prestations prévues à l'article 25 al. 2, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux articles 26, 29, al. 2, let. a et c, et 31, al. 1 (al. 2). Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux alinéas 1 à 3 (al. 5). Invité, par le Conseil fédéral, à désigner les prestations visées à l'article 25 al. 2 et 25a al. 1 et 2 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins et les chiropraticiens (art. 33 let. b OAMal), à désigner la procédure d'évaluation des soins requis (let. h) et le montant des contributions en fonction du besoin en soins prévues à l'article 25a al. 1 et 4 de la loi, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a modifié et complété l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS). Selon l'article 7 al. 1 OPAS, les prestations au sens de l'article 33 let. b OAMal comprennent les

examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'alinéa 2 let. a et selon l'article 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmiers et infirmières (let. a), des organisations de soins et d'aide à domicile (let. b), et des établissements médico-sociaux (let. c). Selon l'article

#### **E. 7**

al. 2 let. a ch.1 et 2 OPAS . Dans son principe, la demande, qui porte sur le remboursement de telles prestations, est ainsi bien fondée . Les parties ne se sont pas opposées à la proposition du Tribunal arbitral de renvoyer la question du montant réclamé au titre des CSB pour l'année 2011 à une décision ultérieure. Il est cependant entendu qu'en cas d'accord transactionnel entre les parties sur cette question, la cause pourrait aussi être classée pour ce motif. Il sera statué ultérieurement sur les frais et dépens de la procédure .

#### **E. 25**

24.72

CSB 2011 modulées + minoration simple

12.56

9.63

14.37

14.22

MSN OPAS + CSB modulées + minorées

160.20

108.09

232.16

211.66

Classe de soins (art. 7a al. 3 OPAS)

12

11

Forfait journalier 2011

81 francs

54 francs

108 francs

99 francs

Retenant que les CSB ne faisaient pas partie des minutes de soins requis au sens de l'article 7a al. 3 OPAS, la défenderesse a ainsi soustrait de ses remboursements en faveur des quatre résidents concernés la part des minutes afférentes aux CSB, ce qui correspondait pour chacun d'entre eux à la classe de soins 1 (jusqu'à 20 minutes de soins requis : 9 francs). Le montant dû à ce titre par Philos Assurance Maladie SA pour l'année 2011 représente donc 9 francs par jour multipliés par le nombre de jour de résidence de chacun des quatre assurés concernés, soit :

·B.C. : 3'285.00 francs (9 francs x 365 jours)  
·C.Y. : 3'285.00 francs (9 francs x 365 jours)  
·F.G. : 2'799.00 francs (9 francs x 311 jours)  
·S.G. : 945.00 francs (9 francs x 105 jours)

Total 10'314.00 francs

Or, les montants des CSB réclamés par le demandeur selon la "Liste des postes ouverts caisse-maladie au 11.09.2012 pour les factures de la période du 01.01 2011 au 31.12.2011" s'élèvent au total pour ces quatre assurés à 10'521 francs. L'examen des factures fait toutefois apparaître une erreur s'agissant du montant des CSB relatif au résident C.Y. pour le mois de mai 2011, qui s'élève à 486 francs selon ce récapitulatif, alors que la facture 2100397 du 21 juin 2011 pour le mois en question, adressée à la défenderesse, fixe le solde à payer à 279 francs. C'est dès lors ce montant établi par pièce qui sera pris en considération, ce qui ramène le montant que Philos Assurance Maladie SA doit être condamnée à payer au demandeur à 10'314 francs.

5. Un intérêt moratoire de 5 % par an est dû pour toute créance de prestations d'assurances sociales dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 1 et 2 OPGA). Ce droit prend naissance au plus tôt douze mois à partir du dépôt de la demande (art. 26 al. 2 LPGA). Dans le cas particulier, le moment déterminant pour la naissance du droit à l'intérêt moratoire est celui du dépôt de la requête devant le Tribunal arbitral le 21 janvier 2013. Il s'ensuit qu'un intérêt à 5 % par an est dû sur le montant réclamé à partir du 1er janvier 2014.

6. Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de Philos Assurance Maladie SA (art. 89 al. 5 LAMal; 40 al. 2 LILAMal; 47 al. 1 et 3 LPJA). Ceux-ci comprennent l'émolument de décision de 700 francs, les débours forfaitaires par 70 francs (art. 48 du décret fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative [TFrais], RSN 164.1), ainsi que les indemnités dues aux membres du Tribunal arbitral par 7'650 francs (art. 9 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires, du 23.02.2004 [RSN 821.105]).

Le demandeur représenté par un mandataire autorisé, qui obtient presque entièrement gain de cause, se voit allouer une indemnité de dépens très légèrement réduite (art. 48 al. 1 LPJA; 69 TFrais), qui sera fixée, à défaut d'un état des honoraires et frais, à 4'000 francs.

Par ces motifs, LE TRIBUNAL ARBITRAL

1. Condamne la défenderesse à payer au demandeur la somme de 10'314 francs avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er janvier 2014.

2. Met à la charge de Philos Assurance Maladie SA un émolument de décision de 700 francs, les débours forfaitaires par 70 francs et les indemnités dues aux membres du Tribunal arbitral par 7'650 francs, soit au total 8'420 francs.

3. Alloue au demandeur une indemnité de dépens de 4'000 francs à la charge de Philos Assurance Maladie SA.

Neuchâtel, le 13 décembre 2017

1Le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a, al. 1, 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 présente modification. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la présente modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

2Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation.

1Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

2L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

1Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, l'assurance prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

- a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 79 fr. 80;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 65 fr. 40;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c: 54 fr. 60.

2Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de 5 minutes. Au minimum 10 minutes sont remboursées.

3Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

- 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.

4Pour les structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 7, al. 2ter, l'assurance prend en charge les montants selon l'al. 3, par jour ou par nuit, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2.

1 Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1er janv. 2011 (RO200935276849 ch. I).

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