

VD_GERICHTE ZK16.047440 vom 28. Mai 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK16.047440

FR: VD_GERICHTE ZK16.047440 du 28 mai 2020

IT: VD_GERICHTE ZK16.047440 del 28 maggio 2020

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si la défenderesse était en droit de facturer les positions Tarmed 00.0095 et 00.0060 pour les déplacements de ses médecins jusqu'au cabinet du docteur N. _____ et leur examen extemporané in situ. Les demanderesses en contestent notamment le caractère économique. En effet, il était possible pour le Dr N. _____ de contacter l' [...] ([...]), démarche qui n'aurait engendré que

- 8 - des déplacements minimes. Pour la défenderesse, les demanderesses n'ont pas comparé la différence réelle de coût entre les interventions litigieuses et les examens préconisés par les caisses-maladie, soit des examens réalisés par un laboratoire de pathologie situé en [...]. La défenderesse souligne également que l'examen en extemporané comporte de nombreux avantages pour le patient.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestation peut être tenu de restituer les sommes qui lui ont été versées pour des prestations ne respectant pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 56 al. 2 LAMal). b) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 3 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 5 LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent

- 9 - exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (art. 44 al. 1 LAMal). Une telle facturation serait notamment contraire au principe d'économicité. c) Conformément à ce qui précède, la

Fédération des médecins suisses et santésuisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention-cadre Tarmed, qui introduit une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse, pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulière (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention- cadre Tarmed, avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance). d) aa) Les prestations médicales et non médicales dans le domaine de l'histopathologie et de la cythopathologie font l'objet des chiffres 37.0210 à 37.0700 de la structure tarifaire prévue par la Convention-cadre Tarmed, notamment des chiffres 37.0270 et 37.0450 pour l'examen extemporané. bb) Sous le chapitre « 00 Prestations de base », la structure tarifaire prévoit le droit de facturer les visites (chiffre 00.0060). Elle prévoit, comme règle d'interprétation, que le poste « visite » comprend toutes les prestations médicales que le spécialiste fournit au patient à l'extérieur de son cabinet, sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples (par exemple le contenu de la trousse médicale), pour les troubles et symptômes que le patient présente à sa venue chez lui et ceux qui apparaissent durant le traitement. Il vaut pour toutes les sortes de visites au patient (au domicile de ce dernier, sur les lieux d'un accident, etc.), à

- 10 - l'exception des traitements à l'hôpital (patient ambulatoire et/ou hospitalisé). cc) Le chiffre « 00.0095 Indemnités de déplacement » est un sous-chapitre du chiffre « 00.0060 Visite », du chiffre « 00.2110 Consilium » et du chiffre « 00.2120 Consilium approfondi », ainsi que de deux autres positions tarifaires n'entrant manifestement pas en considération en l'espèce. La structure tarifaire prévoit expressément que le chiffre 00.0095 ne peut être facturé qu'en relation avec une autre position tarifaire telle que « 00.0060 Visite », « 00.2110 Consilium » ou « 00.2120 Consilium approfondi », ainsi que deux autres positions n'entrant manifestement pas en considération en l'espèce. Par consilium au sens des postes 00.2110 et 00.2120, il faut entendre le conseil demandé par un spécialiste traitant à un autre spécialiste (également s'il est au service d'un assureur) à propos du diagnostic, des éventuelles mesures diagnostiques, du traitement et du pronostic d'un patient. Il n'y a pas de consilium si un patient est confié à un spécialiste pour l'exécution exclusive de prestations spéciales et/ou un traitement ou une thérapie. Pour ces prestations, la consultation de base et les prestations spéciales en question peuvent être facturées.

E. 4

a) En l'espèce, la défenderesse a envoyé un médecin hors de ses locaux pour un examen en extemporané d'échantillons de tissus dermiques, au cabinet du docteur N._____. Elle a notamment facturé pour ce motif le poste « 00.0060 Visite ». Il ressort toutefois de l'instruction, notamment des déclarations de la défenderesse en audience de conciliation et d'instruction du 3 mai 2017, qu'elle a installé au cabinet du docteur N._____, ainsi que dans les divers autres cabinets avec lesquels elle collabore, un appareil (Cryostat) destiné à permettre aux médecins qu'elle envoie sur place de pratiquer les analyse requises. Elle en est restée propriétaire. Il s'agit d'un moyen auxiliaire que l'on ne peut pas considérer comme un « moyen simple », telle que le contenu d'une trousse médicale, au sens des règles d'interprétation figurant sous le chiffre « 00.0060 Visite » de la structure tarifaire. La

défenderesse n'était donc pas en droit de facturer ce poste. Le recours à des moyens auxiliaires

- 11 - plus importants que des moyens simples signifie que le médecin envoyé sur place par la défenderesse ne peut plus être considéré comme « en déplacement », au vu du matériel installé sur son lieu d'intervention et dont la défenderesse est restée propriétaire. Par ailleurs, c'est à juste titre que la défenderesse n'a pas facturé de consilium. En effet, il ne s'agissait pas d'une prestation de conseil d'un spécialiste traitant à un autre spécialiste, mais bien de l'exécution exclusive d'une prestation spéciale, que la défenderesse a facturé selon les postes 37.0210 à 37.0700 (cf. consid. 3d/cc ci-avant). c) Dès lors que ni le poste « 00.0060 Visite », ni les postes « 00.2110 Consilium » et « 00.2120 Consilium approfondi » ne pouvaient être facturés, la facturation du poste « 00.0095 Indemnités de déplacement » était également exclue (consid. 3d/cc ci-avant), selon le tarif applicable. d) Il ressort de ce qui précède que la structure tarifaire Tarmed, qui lie les parties, ne permettait pas à la défenderesse de facturer les prestations litigieuses. Il ne s'agit pas ici de nier l'utilité médicale des prestations fournies sur place par la défenderesse ni les avantages d'un examen extemporané in situ, notamment la réception et la discussion immédiate des résultats des différentes analyses, qui permettent au chirurgien d'évaluer immédiatement les options thérapeutiques, en particulier si l'opération doit se poursuivre par un curage ganglionnaire ou une excision plus large d'une pièce tumorale ; on peut ainsi réduire la durée d'une anesthésie ou éviter une nouvelle intervention avec les risques et inconvénients qu'elle comporte, tout en limitant l'angoisse du patient. Ces avantages peuvent être relativisés pour certaines interventions bénignes, mais sont indéniables pour des interventions plus importantes. Il conviendrait alors toutefois, en tout cas pour les opérations sous anesthésie locale pour lesquelles l'examen extemporané in situ serait choisi, de grouper les interventions de manière à limiter les frais de déplacement. Tel ne semble pas avoir été toujours le cas en l'espèce, au vu des factures produites. Quoi qu'il en soit, la structure tarifaire assimile un tel procédé à une prestation fournie par le spécialiste comme s'il était

- 12 - dans ses propres locaux ou dans un cabinet secondaire, au vu des moyens auxiliaires dont il dispose sur place et dont la défenderesse reste propriétaire. Il appartient aux partenaires tarifaires d'évaluer si une modification sur ce point est souhaitable pour l'avenir, éventuellement en contraignant le prestataire de soins à grouper ses interventions pour limiter les coûts ou en exigeant l'aval préalable du médecin-conseil de l'assureur-maladie concerné, de manière à lui permettre de vérifier la nécessité du procédé dans le cas d'espèce. Mais en l'état, le tarif ne permet pas la facturation des postes litigieux.

E. 5

a) Les demanderesses ont établi par pièce avoir acquitté des factures ou remboursé des assurés pour un montant total équivalent à 8'433 fr. 20, pour les deux postes de facturation litigieux. Ce montant n'est pas contesté, comme tel, par la défenderesse, qui devra par conséquent le restituer aux demanderesses. Cela étant, il convient d'observer que les demanderesses ont déduit des quote-parts de participation aux frais, pour les factures remboursées selon le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal), ou ont facturé ces quote-parts aux assurés concernés, pour les factures acquittées en tiers payant (art. 42 al. 2 LAMal). Elles ont vraisemblablement également déduit une franchise dans certains cas (sur les quote-parts et franchises : art. 64 al. 2 LAMal). Ces participations aux coûts sont comprises dans le montant de 8'433 fr. 20 que la défenderesse devra restituer, les

demandereses agissant sur ce point comme représentantes des assurés concernés (art. 89 al. 3 LAMal). Il appartiendra par conséquent aux demandereses de restituer à ces assurés les participations aux coûts qu'elles ont prélevées dans ce contexte. b) Les demandereses concluent encore au paiement d'un intérêt de 5% l'an sur le montant réclamé en justice, depuis le dépôt de la demande. Elles ne mentionnent pas le fondement de cette conclusion. La LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) n'est pas applicable aux rapports entre fournisseurs de prestations et assureurs, et la jurisprudence nie l'existence d'un principe général fondant le droit à des intérêts moratoires sur les créances entre

- 13 - ces parties, lorsque ces intérêts ne sont pas prévus par les conventions tarifaires applicables (cf. ATF 139 V 82). Les conclusions des demandereses seront donc rejetées sur ce point.

E. 6

a) Au vu de ce qui précède, les demandereses voient leurs conclusions admises pour l'essentiel. Elles n'étaient pas représentées par un avocat et ne peuvent pas prétendre de dépens. La défenderesse ne peut pas davantage prétendre de dépens au vu du sort de ses conclusions (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). b) Les frais de justice sont mis à la charge de la défenderesse, qui succombe (art. 49 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Compte tenu de la valeur litigieuse et de la difficulté de la cause, l'émolument et les frais sont fixés à 4'300 fr. (art. 4 et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), dont 1'800 fr. pour chacun des arbitres. Ce montant est compensé avec l'avance de frais effectuée par les demandereses. c) La défenderesse est condamnée au paiement aux demandereses d'une indemnité de dépens de 4'300 fr. correspondant à leur avance de frais.

- 14 -

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