

Ruiné par le tribunal – critique de la procédure d'équité, d'adéquation et d'économicité*

Simon Haefeli

Un spectre hante les médecins: le spectre de la procédure EAE. Le Tribunal fédéral condamne les médecins à des paiements d'un montant poussant facilement un cabinet à la ruine. La preuve vient de santésuisse, par le truchement d'ANOVA et de statistiques des factureurs. Des statistiques qui sont de mauvaise qualité. Les médecins non économiques passent à travers les mailles du filet car ils apparaissent dans les statistiques comme étant économiques. Les médecins travaillant de façon économique sont au contraire condamnés et se voient en partie forcés d'abandonner leur activité. Cet article concerne les procédures EAE: qui est cloué au pilori par santésuisse, combien faut-il payer et pourquoi? Et que doit faire le médecin le cas échéant?

Quand suis-je non économique?

santésuisse contrôle l'économicité des médecins. Elle contrôle cela en se basant sur les statistiques de facturation et la procédure ANOVA. Cette dernière compare le groupe de référence avec deux particularités des patients: âge et sexe. Aucune autre particularité n'est prise en compte. La non-economicité est admise par la comparaison globale des coûts moyens, lorsqu'un médecin s'écarte de 20 à 30% des valeurs moyennes de son groupe de référence. La comparaison repose sur trois suppositions:

1. Les problèmes médicaux doivent en pratique être résolus avec des moyens limités.
2. Les médecins du groupe de référence agissent de façon économique.
3. Le respect des volumes-standards de son groupe de référence est atteignable par le médecin.

Si après ce contrôle un médecin apparaît comme étant non économique, on en arrive à une procédure devant la Commission paritaire de confiance. La plupart des procédures sont déjà arbitrées à ce stade, c'est la raison pour laquelle on en arrive à une procédure judiciaire seulement de façon sporadique.

Les caisses d'assurance-maladie ont-elles le droit?

En principe, les caisses d'assurance-maladie ont la mission de contrôler l'économicité des méde-

Conseils pour «non-économiques»

- Consulter les usages de la pratique
- Demander le soutien des statistiques du TrustCenter et de Managed Care
- Présenter les particularités de sa pratique
- Réclamer la vérification de la valeur de référence et des statistiques des caisses d'assurance-maladie
- Demander la prise en compte globale des coûts
- Réclamer le principe de légalité pour les coûts induits

Le Tribunal fédéral ne vérifie que la conformité de la procédure: tous les arguments à l'encontre des caisses d'assurance-maladie doivent être présentés avant.

cins. Elles ont récupéré ce devoir de l'Etat fédéral et agissent ainsi en tant qu'organe administratif. Les caisses d'assurance-maladie analysent les frais médicaux directs, et en ce qui concerne les frais induits, seulement les coûts des médicaments. Ce faisant, les médecins ayant beaucoup de patients réguliers, polymorbides, ne nécessitant pas de service d'urgences et avec peu de transferts sont en désavantage et sont marqués au fer rouge par les payeurs comme étant non économiques. Lorsque les caisses d'assurance-maladie «coincident» effectivement des médecins grâce à leurs statistiques, il s'agit plutôt d'un hasard que d'une conséquence de leur stratégie de recherche.

Que dois-je restituer?

Selon le Tribunal fédéral, le médecin condamné doit restituer la différence entre la totalité de ses frais et des frais moyens plus une marge de tolérance consentie (au total environ 120–130% des frais moyens du groupe de référence). Ce faisant, il faut prendre en considération la totalité des frais: tous les frais directs et tous les frais induits du médecin. En raison de leurs données disponibles, les caisses d'assurance-maladie ne peuvent cependant contrôler que les frais directs et les frais induits pour les médicaments. Une prise en compte objective n'est possible qu'avec les propres chiffres complémentaires des médecins.

* Pour une discussion plus détaillée voir l'article dans l'édition n° 41/2008.

Correspondance:
cand. iur. Simon Haefeli
NewIndex AG
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur
simon.haefeli@bluecare.ch

La restitution comprend également l'ensemble des frais, c'est-à-dire également les frais induits que d'autres (p.ex. les pharmaciens) ont touché. Mais cette interprétation du Tribunal fédéral a été critiquée car elle viole le droit constitutionnel. Il reste à espérer que cette critique sera bientôt reconnue par le Tribunal fédéral.

Pourquoi les statistiques déficientes des caisses d'assurance-maladie sont-elles consultées?

Les caisses d'assurance-maladie doivent détecter et prouver le comportement non économique des médecins. Pendant longtemps, il n'existait que les données et statistiques des caisses d'assurance-maladie. La banque de données propre aux médecins a été créée il y a seulement quelques années. Puisque seulement peu de procédures EAE arrivent devant le Tribunal fédéral, la jurisprudence ne change par conséquent que lentement.

Selon le Tribunal fédéral, les statistiques doivent démontrer un comportement non économique avec une «vraisemblance prépondérante».

Cette formulation juridique est courante en droit de la sécurité sociale afin de satisfaire aux

exigences de l'intérêt des patients dans la mise en évidence de mauvais comportements. Mais à l'inverse de ce qui se pratique partout ailleurs, une preuve statistique est dans le cadre des procédures EAE la base de chaque jugement. L'autorisation de cette preuve statistique satisfait aux exigences de l'intérêt public. C'est pourquoi le standard normal de la «vraisemblance confinante à la certitude» devrait se généraliser dans la jurisprudence relative aux procédures EAE.

Comment puis-je prouver le contraire?

Le médecin concerné doit rassembler toutes les preuves dès sa présentation au plus tard devant le tribunal arbitral cantonal. En vertu de la loi, le Tribunal fédéral ne peut examiner d'autres preuves, mais ne contrôle que le bien-fondé de la procédure. Les particularités d'une pratique peuvent être présentées en premier lieu comme des preuves. Celles-ci comprennent par exemple un chiffre supérieur à la moyenne de visites à domicile, un domaine d'intervention important, une forte part de patients étrangers, pas de patients en situation d'urgence, de nombreux patients réguliers et âgés, une pratique récente ainsi que dans de rares cas un nombre supérieur à la moyenne de patients avec des traitements lourds. Ces particularités de pratique sont statistiquement confirmées par les chiffres du TrustCenter. De plus, un aperçu des frais induits aide à réduire les exigences des caisses d'assurance-maladie. Les membres de modèles de Managed Care peuvent profiter de leurs propres statistiques à conditions que des virements apparaissent dans celles-ci.

Une pratique du Tribunal fédéral controversée

- Violation du principe de légalité à travers la restitution des frais induits
- Degré de preuve trop bas
- Intérêt porté aux statistiques qualitativement mauvaises des caisses d'assurance-maladie