

BGer 9C 627/2010 vom 3. Oktober 2011

Bundesgericht, 2011-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_627_2010

FR: TF 9C 627/2010 du 3 octobre 2011

IT: TF 9C 627/2010 del 3 ottobre 2011

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

Saisi d'un recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF), le Tribunal fédéral exerce un pouvoir d'examen limité. Il applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF) et statue sur la base des faits retenus par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). Il peut néanmoins rectifier ou compléter d'office l'état de fait du jugement entrepris si des lacunes ou des erreurs manifestes lui apparaissent aussitôt (art. 105 al. 2 LTF). Il examine en principe seulement les griefs motivés (art. 42 al. 2 LTF) et ne peut pas aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Le recourant ne peut critiquer la constatation des faits importants pour le sort de l'affaire que si ceux-ci ont été établis en violation du droit ou de façon manifestement inexacte (art. 97 al. 1 LTF).

E. 2

Au regard de l'objet de la contestation (le jugement attaqué; cf. MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, p. 435 ss) et des conclusions prises par la recourante, le litige porte sur le point de savoir si les assureurs intimés doivent supporter les sommes que la recourante leur a facturées. La question de savoir si une autre entité - et le cas échéant laquelle - pourrait être tenue de supporter les montants litigieux excède l'objet du litige. Le litige oppose donc des assureurs-maladie et un fournisseur de prestations. Il porte sur le point de savoir si certaines prestations de soins fournies par l'établissement médico-social de la recourante en faveur d'assurés des intimées sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Un tel litige, qui concerne le droit au remboursement d'un fournisseur de prestations à l'égard d'un assureur-maladie selon la loi et son ordonnance d'exécution, est du ressort du tribunal arbitral cantonal (art. 89 al. 1 LAMal ; arrêts K 97/03 du 18 mars 2005 in RAMA 2005 n° KV 328 p. 186 et K 40/01 du 9 août 2001 in SVR 2002 KV n° 38 p. 137), puis du Tribunal fédéral (art. 90 LTF ; arrêt 9C_62/2009 du 27 avril 2010 consid. 1.1, non publié in ATF 136 V 172).

E. 3.1

Selon 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. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal). Selon l' art. 33 al. 2 LAMal , le Conseil fédéral

désigne en détail les prestations prévues à l' art. 25 al. 2 LAMal , qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l' art. 33 let. b OAMal), a défini le domaine des prestations de soins à domicile, ambulatoires ou dispensées dans un établissement médico-social à l'art. 7 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). Aux termes de l' art. 50 LAMal , en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire.

E. 3.2

L' art. 44 al. 1 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi (protection tarifaire). Comme l'indique expressément cette disposition, et l'a précisé le Tribunal fédéral dans son arrêt 2P.25/2000 du 12 novembre 2002 (consid. 8.3), la protection tarifaire est limitée aux prestations de soins accordées selon la LAMal, pour lesquelles une facturation supplémentaire est exclue. Cette protection s'adresse à l'assuré en tant que débiteur des coûts des soins, comme à son assureur en sa qualité de tiers garant. A contrario, les prestations qui ne tombent pas sous le coup de l'assurance obligatoire ne bénéficient pas de la protection tarifaire. Ainsi, celle-ci ne s'étend pas notamment aux rapports avec des patients privés, aux assurances complémentaires qui couvrent des prestations non comprises dans le tarif (par exemple: un moyen thérapeutique non reconnu ou un médicament qui ne figure pas sur la liste des spécialités), ni au fournisseur de prestations qui s'est récusé, c'est-à-dire qui refuse de fournir des prestations conformément à la loi (art. 44 al. 2 LAMal). S'agissant de prestations qui ne tombent pas sous le coup de la loi sur l'assurance-maladie, le fournisseur est en principe libre d'en déterminer le prix ou de les facturer hors tarif (ATF 129 I 346 consid. 3.2 p. 350 sv.; EUGSTER, Krankenversicherung, nos 975 ss, in Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Ulrich Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Bâle, Genève, Munich 2e éd. 2007; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1996, p. 81 sv.).

E. 4.1

En l'occurrence, la recourante a exposé devant le tribunal arbitral la manière dont ont été calculés les «reports de soins» qu'elle entend se faire payer par les intimées. En bref, il s'agit de la différence entre le coût total des soins à charge de l'assurance obligatoire des soins et le coût moyen pris en charge par les assureurs. Le coût total des soins, qui s'exprime en francs par jour, procède des opérations suivantes : évaluation du temps de soins (selon l' art. 7 OPAS) requis en heures par jour pour chaque résident selon une méthodologie (PLAISIR); calcul du coût salarial par heure du personnel soignant selon les comptes de tous les EMS du canton de Vaud; multiplication du nombre d'heures de soins requises par le coût salarial; le coût total ainsi obtenu est divisé par le nombre de jours de prise en charge (nombre total de résidents évalués multiplié par 365 jours et pondéré par un taux d'occupation de 98 %). Le coût moyen pris en charge par les assureurs découle de la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 (JAAC 66/2002 n° 69 p. 817) qui a retenu un forfait journalier de 60 francs. Ce montant forfaitaire a été indexé par accord entre les

assureurs-maladie d'une part et l'Etat de Vaud d'autre part. Le «report de soins» - par jour - a varié de 35 fr. 41 à 45 fr. 23 entre 2001 et 2010.

E. 4.2

En procédure fédérale, la recourante soutient le raisonnement suivant : du moment qu'elle ne peut refuser d'offrir ces prestations, que celles-ci ne peuvent pas être mises à la charge des assurés et que le canton n'est pas tenu de les couvrir au moyen d'une subvention, elle ne saurait devoir les supporter elle-même à perte en vertu d'un tarif qui prévoit un forfait journalier insuffisant. Elle estime qu'il y a lieu de s'inspirer des solutions apportées par la jurisprudence, selon elle, aux litiges opposant un assureur à une clinique privée comprise dans un plan hospitalier cantonal sans être au bénéfice de subventions. La recourante voudrait que les assureurs intimés soient condamnés à assumer la part des frais non couverts par des subventions ou autres subsides, remarquant que la protection tarifaire présuppose une tarification adéquate. Elle ne peut pas être suivie. Les jugements et décisions qu'elle invoque portaient sur des litiges très différents de celui qu'elle défère au Tribunal fédéral en l'occurrence. Dans la cause 9C_725/2008 (ATF 135 V 443), il s'agissait de trancher la question de savoir si la protection tarifaire selon l' art. 44 al. 1 LAMal s'étendait aux prestations fournies (à un assuré jouissant d'une assurance complémentaire) dans la division privée d'un hôpital et si celui-ci pouvait facturer à l'assureur, dans le cadre de l'assurance complémentaire, ces prestations selon un tarif à la prestation, quand bien même celles-ci seraient comprises dans le forfait journalier prévu par une convention tarifaire pour la division commune. Dans la cause jugée par un tribunal cantonal (SVR 2008 KV no 16 p. 61), il était question de déterminer, en l'absence de tout tarif, selon quelles règles il convenait de rémunérer les prestations fournies par une clinique privée, non subventionnée, à une patiente hospitalisée en division commune. En l'espèce, comme cela a été exposé plus haut, le litige porte non pas sur des prestations déterminées, mais sur la différence entre des coûts moyens de soins, découlant d'une évaluation et de statistiques, et le forfait journalier fixé dans un tarif. Le fait que la recourante invoque, à l'appui de sa thèse, une décision du Conseil fédéral fixant le tarif pour une division commune d'une clinique privée (RAMA 2003 KV 245 p.121) démontre à l'encontre que ses griefs visent le contenu du tarif lui-même. Or, ce n'est pas la convention tarifaire - à laquelle la recourante a adhéré - qui fait l'objet du présent recours, mais bien sa mise en œuvre dans des cas concrets. Cela étant, force est d'admettre que les assureurs intimés peuvent se prévaloir de la protection tarifaire (cf. consid. 3.2). Or, comme l'ont retenu à juste titre les premiers juges, les montants prétendus par la recourante ne peuvent être mis à la charge des intimés, car cela représenterait une facturation supplémentaire dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

E. 5

Il suit des considérants qui précèdent que le recours se révèle mal fondé et qu'il doit être rejeté. La cause ayant été tranchée au fond, la requête de mesures provisionnelles devient sans objet. Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à charge de la recourante (art. 66 al. 1 LTF) qui ne peut prétendre des dépens (art. 68 al. 1 LTF). Même s'ils obtiennent gain de cause, les assureurs intimés, qui n'ont pas confié la défense de leurs intérêts devant l'instance fédérale à un mandataire indépendant, n'ont pas droit à des dépens (art. 68 al. 3 LTF).