

GE_GERICHTE ATAS/1137/2008 vom 10. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1137_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1137/2008 du 10 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1137/2008 del 10 ottobre 2008

Regeste

Résumé: La Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein et l'Institut d'imagerie médicale SA, demanderesse, ont la légitimation active, respectivement la qualité pour agir, dans le litige qui les oppose devant le Tribunal arbitral à Mutuel Assurances s'agissant de l'applicabilité de la convention cantonale concernant la mise en oeuvre du programme de dépistage du cancer du sein prévu par l'art. 12 let. o ch. 2 OPAS. Le Tribunal arbitral a en outre jugé que ladite convention était applicable car elle n'avait pas été dénoncée dans les délais par l'assureur, qu'elle avait été approuvée par le Conseil d'Etat - certes dans des circonstances particulières - et que l'entrée en vigueur de Tarmed ne l'avait pas rendue caduque. Partant, l'assureur devait s'acquitter auprès de la Fondation d'un montant de 180 fr. par mammographie sur la base de la convention cantonale et non pas de 144 fr. 30 sur la base de Tarmed. Enfin, il n'est pas dû d'intérêts moratoires car bien que les règles matérielles de la LPGA s'appliquent, celles-ci prévoient que seules des créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires en faveur de l'assuré; or les prestations du cas d'espèce ne constituent pas des créances de cotisations.

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral. Le tribunal arbitral compétent est celui dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant; art. 42 al. 1); en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). Ni la LAMal, ni ses dispositions d'exécution ne définissent précisément ce qu'il faut entendre par litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations. Comme sous le régime de la LAMA (art. 25 al. 1 LAMA), la notion de litige doit être entendue dans un sens large (ATF 111 V 342 consid. 1b et les références). Il est nécessaire, cependant, que soient en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMAL ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sociale Sicherheit, p. 231, ch. 413 ; Alfred MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 172, RAMA 2004 n° K 286 p. 291 consid. d ; ATF 123 V 280 consid. 5 ; voir aussi, à propos de l'ancien droit, ATF 121 V 311 consid. 2b, 112 V 307 consid. 3b). Le litige porte en l'occurrence sur le tarif applicable au remboursement des frais d'une mammographie de dépistage du cancer du sein. Conformément à l'art. 26

A/2844/2005 - 12/18 - LAMal, l'assurance-obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Elle rembourse ainsi les mammographies de dépistage chez les femmes dès 50 ans, tous les deux ans, dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein réalisé par mammographie (RS 832.102.4). Cette prestation est remboursée dans tous les cas, sans tenir compte de la franchise (cf. art. 12 let. o ch. 2 de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 - OPAS). Les rapports juridiques ici en cause concernent en conséquence la position particulière de l'assureur et du fournisseur de prestation dans le cadre de la LAMal. Le litige est de la compétence matérielle du Tribunal de céans. Reste à déterminer si les demandeurs ont la légitimation active, respectivement la qualité pour agir. La Fondation est l'organisation chargée de réaliser le programme de dépistage dans le canton de Genève, conformément à l'art. 3 de l'ordonnance du 23 juin 1999. Pour ce faire, elle exploite un centre de coordination du dépistage du cancer du sein, sous la responsabilité d'un médecin directeur (cf. art. 1 de la Convention du 24 février 2003 et Annexe 1). Elle emploie des médecins qui procèdent à une deuxième, voire à une troisième lecture des mammographies (cf. art. 8 de l'ordonnance du 23 juin 1999). Conformément à la convention, la Fondation reçoit les factures établies par les radiologues agréés selon le tarif cadre des prestations ambulatoires, soit 200 fr., qu'elle adresse ensuite aux assureurs. Ces derniers paient à la Fondation le montant forfaitaire convenu de 180 fr. par mammographie de dépistage, selon le système du tiers soldant (art. 4 et 5 convention). La Fondation reverse ensuite aux radiologues le montant de 200 fr. Le Tribunal de céans relève que la Fondation dispose d'un code créancier L 1534.25 attribué par Santésuisse, organisation faîtière des assureurs. Or, le Tribunal fédéral a jugé qu'en confiant à Santésuisse le mandat d'attribuer un code RCC au seul fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs membres de la fédération lui ont en fait délégué l'obligation que leur fait la loi de contrôler si un fournisseur de prestations remplit les conditions pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En conséquence, par son service des comptes créanciers et l'attribution d'un code RCC, Santésuisse statue en fait sur l'admission d'un fournisseur de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, au sens d'une décision préalable constatant que celui-ci remplit les conditions fixées par la loi pour pratiquer à charge de l'assurance (ATF du 4 mai 2006 K 153/05 et les arrêts cités). Il y a dès lors lieu d'admettre que la Fondation est un fournisseur de prestations et qu'elle est directement intéressée au litige, en tant que partie à la convention,

A/2844/2005 - 13/18 - créancière de la défenderesse et organisation chargée de veiller à la bonne application du programme de dépistage. Concernant l'Institut d'Imagerie médicale SA, la défenderesse considère qu'il n'a pas la qualité pour agir, car il n'est pas un fournisseur de prestations. Cette considération est manifestement erronée, pour les mêmes raisons que celles évoquées ci-dessus, dès lors que l'Institut dispose d'un code créancier L 0938.25 attribué par Santésuisse. Au surplus, la facture est établie par le demandeur et concerne des prestations fournies par la Dresse A _____ dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein. Il a au surplus manifestement un intérêt au présent litige, car le montant de ses honoraires dépend de l'issue de la présente procédure. Au vu de ce qui précède, la compétence du Tribunal de céans pour connaître du présent litige est ainsi

établie.

E. 2

Dans le cadre des exigences posées par le droit fédéral, la procédure devant le Tribunal arbitral est régie par les cantons (art. 89 al. 5 LAMal). Elle n'est pas soumise à la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (cf. art. 1 al. 2 let. e LAMal).

E. 3

L'objet du litige consiste à déterminer si la défenderesse est tenue de rembourser la facture du 5 juillet 2004 relative à la mammographie de dépistage concernant l'assurée G_____ au tarif prévu par la convention du 24 février 2003, soit un montant forfaitaire de 180 fr., ou selon le tarif prévu par le TARMED, entré en vigueur le 1er janvier 2004, soit 144 fr. 30 (147.25 points à 0.98 fr.). Se pose plus particulièrement la question de savoir si la défenderesse n'est plus liée par la convention dès le 1er janvier 2004 et, dans le cas contraire, si l'entrée en vigueur de TARMED a rendu caduque la convention.

E. 4

Dans l'assurance obligatoire, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 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. 4 1ère phrase LAMal). 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 présente loi (protection tarifaire; art. 44 al. 1 1ère phrase LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral (art. 46 al. 4 1ère phrase LAMal). S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier d'un assuré hors de son

A/2844/2005 - 14/18 - canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestation est installé à titre permanent fixe le tarif (art. 47 al. 2 LAMal).

E. 5

a) En l'occurrence, dans le cadre de la mise en œuvre du programme de dépistage du cancer du sein prévu par l'art. 12 let. o ch. 2 OPAS et l'ordonnance du 23 juin 1999, une nouvelle convention a été conclue le 24 février 2003 entre Santésuisse, la Fondation et l'AMG, avec effet au 1er janvier 2003, aux termes de laquelle les assureurs paient à la Fondation un montant forfaitaire de 180 fr. par mammographie de dépistage. La convention, reconduite automatiquement pour l'année 2004 et résiliée par Santésuisse le 14 juin 2004 avec effet au 31 décembre 2004, a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2005 par décision du Conseil d'Etat du 28 février 2005. La défenderesse objecte qu'elle n'est pas liée par la convention, dès lors que COSAMA, groupement d'assureurs romands dont elle fait partie, a expressément déclaré qu'il n'adhérait à la nouvelle convention que jusqu'à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2004 de TARMED. Elle se réfère aux courriers des 12 juin et 16 juillet 2003 adressés par COSAMA à Santésuisse Genève. Les demandeurs considèrent de leur côté que la défenderesse demeure liée par la convention, reconduite en 2004, faute d'avis contraire communiqué par Santésuisse aux parties à ladite convention. b)

Conformément à son art. 6, la convention prend effet au 1er janvier 2003 et est valable pour une année. Sauf avis contraire de l'une des parties signataires, elle est automatiquement reconduite d'année en année. Toute résiliation ou proposition de modification de la convention doit être notifiée par lettre recommandée aux autres parties au plus tard six mois avant l'échéance de la convention (art. 7 convention). Il résulte des pièces du dossier ainsi que des auditions des témoins que les assureurs membres de COSAMA avaient, dans un premier temps, refusé d'adhérer à la convention, raison pour laquelle ils ne figuraient pas sur la liste communiquée par Santésuisse Genève à la Fondation en date du 2 avril 2003 (cf. pièce no. 9 chargé demandeurs). Puis, par courriers des 12 juin et 16 juillet 2003, COSAMA a informé Santésuisse Genève que ses membres adhèrent à la convention, jusqu'à l'entrée en vigueur du TARMED au 1er janvier 2004 (cf. pièces nos. 10 et 15 chargé demandeurs). Il appartenait à Santésuisse Genève, signataire de la convention et représentant des assureurs, de notifier aux autres parties l'adhésion ainsi que la réserve émise par les assureurs membres du groupe COSAMA, dans le délai prévu par la convention. La défenderesse soutient que tel a été le cas, ce que les demandeurs contestent. Le Tribunal de céans constate que par courrier du 1er juillet 2003, Santésuisse Genève a informé le Conseil d'Etat et la Fondation que le groupe COSAMA était revenu sur son refus d'adhérer à la convention et leur a remis en annexe la nouvelle

A/2844/2005 - 15/18 - liste des assureurs maladie, qui annule et remplace celle du 2 avril 2003 (cf. pièces nos. 11 à 14 demandeurs). Cette liste énumère les assureurs membres du groupe COSAMA, sans plus de précision. Selon la défenderesse, il existe une divergence dans les documents produits par les demandeurs. Elle se réfère à une autre liste, datée du même jour mais comprenant la mention "jusqu'à l'entrée en vigueur du TARMED au 1er janvier 2004" qui aurait été communiquée par Santésuisse tant à la Fondation qu'au Conseil d'Etat (cf. pièce no. 20 chargé demandeurs). Cet argument ne résiste pas à l'examen. En effet, les enquêtes ont permis d'établir que c'est bien la liste sans mention particulière qui a été communiquée : en effet, les documents originaux déposés à la procédure, dûment timbrés par la Chancellerie, démontrent indiscutablement qu'aucune réserve n'a été notifiée par Santésuisse Genève aux parties à la Convention, ni au Conseil d'Etat, ce que le représentant de Santésuisse a finalement admis en audience. En conséquence, c'est la liste communiquée par Santésuisse Genève le 1er juillet 2003 sans mention de la réserve du groupe COSAMA qui fait partie intégrante de la convention. Santésuisse Genève agit au nom et pour le compte des assureurs; à ce titre, il dispose des pleins pouvoirs pour négocier, conclure et, le cas échéant, résilier la convention (art. 32 CO). Force est de constater que Santésuisse Genève n'a pas communiqué en temps utile la réserve émise par la défenderesse, membre de COSAMA. Dès lors que la défenderesse n'a pas non plus communiqué aux demandeurs la réserve, elle répond de la faute de son mandataire (art. 33 al. 3 et 41 CO). Il s'ensuit que la défenderesse demeure liée par la convention du 24 février 2003, reconduite automatiquement pour l'année 2004. c) La défenderesse allègue que la convention du 24 février 2003 est illégale, d'une part faute d'avoir été approuvée par le Conseil d'Etat, d'autre part parce qu'elle contreviendrait au principe de l'économicité. Ces arguments tombent à faux. Certes, une convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal, qui doit vérifier qu'elle est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal), ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence, malgré la demande formulée par Santésuisse en date du 31 mars 2003. Il n'en demeure pas moins que les parties ont appliqué la convention. Par ailleurs, dans sa décision du 10 janvier 2007, le Conseil fédéral a relevé que le Conseil d'Etat était associé au

fonctionnement du programme de dépistage par le biais du subventionnement de la Fondation et qu'il avait participé aux négociations entre les partenaires, de sorte qu'il était impliqué dans la problématique du financement des mammographies. Il convenait en conséquence d'admettre que le Conseil d'Etat avait examiné, avant de proroger la convention en

A/2844/2005 - 16/18 - 2005, la question de sa conformité à la loi et à l'équité, ainsi qu'à celle du principe de l'économie. Au vu des circonstances particulières et de manière exceptionnelle, le Conseil fédéral a jugé que la prorogation de la convention peut être considérée comme remédiant au fait qu'elle n'a pas été formellement approuvée. Le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de la décision du Conseil fédéral, à laquelle il se rallie. La convention est dès lors pleinement valable et applicable.

E. 6

Reste à examiner si, comme le fait valoir la défenderesse, l'entrée en vigueur de TARMED au 1er janvier 2004 a rendu caduque la convention. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, l'entrée en vigueur de la structure tarifaire TARMED au 1er janvier 2004 n'a pas rendu caduque la convention, ainsi que le Conseil fédéral l'a jugé dans sa décision du 10 janvier 2007. Il a rappelé à cet égard que la structure tarifaire TARMED est applicable en rapport avec les tarifs à la prestation. En revanche, elle ne l'est pas obligatoirement lorsqu'un tarif est fixé de manière forfaitaire ou au temps consacré. Les partenaires tarifaires ou le gouvernement cantonal sont ainsi libres de s'appuyer ou non sur TARMED s'ils conviennent d'une autre forme forfaitaire. Ainsi que le Conseil fédéral l'a relevé, la position 748 (400 points) du tarif cadre mentionné à l'art. 3 de la convention doit être considéré comme un forfait convenu entre les partenaires tarifaires. Le fait qu'une structure tarifaire existe ne saurait empêcher le Conseil d'Etat d'arrêter un forfait ou de prolonger une convention existante. La convention est ainsi applicable. En conséquence, la défenderesse demeure liée par la convention tarifaire du 24 février 2003, reconduite automatiquement en 2004. Partant, elle doit s'acquitter du tarif forfaitaire convenu entre les parties, soit 180 fr. par mammographie de dépistage, sous imputation du montant payé par elle en cours de procédure.

E. 7

Les demandeurs concluent au paiement d'intérêts moratoires de 5 % dès le 16 juillet 2004.

Selon la jurisprudence, il n'y a en principe pas place, jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, pour des intérêts moratoires dans le domaine du droit des assurances sociales, dans la mesure où ils ne sont pas prévus par la loi.

A cet égard, la LAMal ne prévoit pas le paiement d'intérêts moratoires dans les contestations portées devant le tribunal arbitral et opposant un fournisseur de prestations à un assureur. Quant à la LPGA, ainsi que vu ci-dessus sous considérant 2, ses dispositions ne s'appliquent pas à la procédure devant le Tribunal de céans. A contrario, cela signifierait que les règles matérielles de la LPGA, telles que celles figurant sous le chapitre 3 intitulé "dispositions générales concernant les prestations et les cotisations" pourraient s'appliquer. Or, selon l'art. 26 LPGA, seules des créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires (al. 1); il en va de même pour toute créance de prestations d'assurances sociales en

A/2844/2005 - 17/18 - faveur de l'assuré (al. 2). Force est de constater que l'art. 26 LPGA ne saurait, quoi qu'il en soit, constituer une base légale pour l'octroi d'intérêts moratoires dans le présent litige.

Demeure réservée une éventuelle convention des parties sur ce point (cf. ATF 117 V 352 consid. 2; arrêt non publié K. du 18 octobre 1999, K 152/98, consid. 7). Or, la convention du 24 février 2003 ne prévoit rien à ce sujet. Enfin, il n'existe pas non plus en l'occurrence de circonstances particulières qui justifieraient d'admettre, à titre exceptionnel, une obligation de verser des intérêts moratoires (voir ATF 119 V 81 sv. consid. 3 et 4 et les arrêts cités; RAMA 2000 n° U 360 p. 34 consid. 3a). Par conséquent, les conclusions des demandeurs visant à l'octroi d'intérêts moratoires sont rejetées.

E. 8

Le Tribunal de céans prend acte de la renonciation par la Fondation au paiement de 9'600 fr. à titre de dommage.

E. 9

Au vu de ce qui précède, la demande est admise partiellement.

E. 10

La défenderesse versera aux demandeurs une indemnité à titre de participation à leurs frais et dépens, que le Tribunal fixe à 4'500 fr. (art. 89H al. 3LPA)

E. 11

Au vu du sort du litige, les frais du Tribunal arbitral, s'élevant à 5'745 fr. , ainsi qu'une indemnité globale de 300 fr., sont mis à la charge de la défenderesse (art. 46 al. 1 et 2 LaLAMal).

* * *

A/2844/2005 - 18/18 -

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