

GE_GERICHTE ATAS/1626/2009 vom 11. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1626_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1626/2009 du 11 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1626/2009 del 11 dicembre 2009

Regeste

Résumé: L'association GROUPE MUTUEL est une société de service qui met à disposition de ses membres l'ensemble des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur but social (ATF135 V 39;ATA/282/2008). Par conséquent, elle ne saurait être assimilée à une caisse-maladie et, partant, n'est pas partie à la procédure, mais appelée en cause. Les renseignements donnés par téléphone par le médecin traitant au médecin assistant des HUG lors d'une hospitalisation de sa patiente ne constituent pas des prestations fournies par le médecin traitant - en l'absence de sa patiente - au sens de TARMED. Par conséquent, elles ne sauraient être facturées séparément à la défenderesse compte tenu de la protection tarifaire en vigueur d'une part, et en raison du fait qu'il ne s'agissait pas d'une prestation médicale particulière devant être administrée ou fournie dans un cas rare par un médecin spécialiste dont les HUG ne disposaient pas au sein de leur personnel médical.

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou 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 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal ; ATF 127 V 281, spéc. p. 286 consid. 5d; arrêt non publié du 15 avril 2002 dans la cause K 51/01]; EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], tome XIV, ch. 416; contra : Jean-Louis DUC, La polypragmasie sous l'empire de l'article 23 LAMA et au regard de l'article 56 LAMal, in : Etudes de droit social, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale [CGSS], Hors série no 3 [2001], p. 107-114, mais dont l'opinion a été réfutée par le Tribunal fédéral dans l'ATF 127 V 281). En effet, dans cette hypothèse, l'accord de l'assuré n'est pas requis, dès lors que les assureurs maladie ont un droit propre à intervenir, même lorsque des prestations ont été versées indûment par l'assuré et non par l'assureur et fût-ce contre la volonté de l'assuré (ATF 127 V 285 consid. 5c; RAMA 2004 n° KV 287 p. 298). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). A la différence de la législation (LAMA) qui prévalait avant l'introduction de la LAMal, la législation actuelle n'impose plus la procédure de conciliation préalable (ATF 119 V 312, cons. 1a), mais exige des cantons que la procédure soit simple et rapide (mais non gratuite) et soumet l'instruction du procès au principe inquisitoire (art. 89 al. 5 LAMal; SPIRA, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, in RJJ 1966 pp. 191-203; GREBER, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie in RDAF 1996, pp. 225

ss). Toutefois, une ordonnance cantonale sur les juridictions arbitrales qui prescrit une procédure préalable de conciliation ou de médiation n'est pas contraire au droit fédéral (ATF du 30 avril 2004 dans la cause K 143/03 in RAMA 2004 KV 289 p. 309).

E. 2

a) En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (ci-après OAMal; RS 832.102) de la demanderesse n'est pas contestée, puisqu'elle exploite un cabinet

A/2206/2008 - 12/25 - médical à titre permanent à Genève et est au bénéfice du code n° R 0188.25 au registre des comptes créanciers (ci-après: RCC), indispensable pour être admise à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

b) Quant à la défenderesse MUTUEL Assurances, il résulte des indications figurant au registre du commerce du Valais central qu'elle est constituée sous la forme d'une fondation, dont le siège se trouve à Sion. Son but est d'assurer les bénéficiaires contre les conséquences économiques de la maladie, de la maternité, des accidents, de l'invalidité et du décès. Soumise à l'autorité de surveillance de l'Office fédéral de la Santé publique, à Berne, elle répond non seulement à la définition de la caisse-maladie au sens de l'art. 12 al. 1er LAMal, mais elle entre incontestablement dans la catégorie des assureurs au sens de l'art. 89 al. 1er LAMal, puisqu'elle est habilitée à pratiquer l'assurance obligatoire des soins en tant que caisse-maladie au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal.

c) Ratione materiae, la compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est établie, sous réserve qu'il ne peut toutefois admettre sa compétence que dans la mesure où le litige oppose un fournisseur de prestations à un assureur-maladie, et non pas dans celle où la demanderesse entend élargir la controverse à l'ensemble des prestations en l'absence du patient, non définies, mais fournies par des médecins indépendants soit à la demande du patient, soit des médecins assistants salariés des HUG, lors d'une hospitalisation en division commune aux HUG.

Vu ce qui précède, le Tribunal de céans est compétent ratione loci et materiae pour connaître du présent litige.

E. 3

Reste à examiner si l'association GROUPE MUTUEL peut être valablement considérée comme partie à la présente procédure aux côtés de la caisse défenderesse, comme le prétend la demanderesse. Celle-ci soutient que la qualité de partie co-défenderesse du GROUPE MUTUEL devrait être admise au même titre que la caisse-maladie MUTUEL Assurances, afin que la totalité des caisses-maladie et des autres institutions ayant adhéré à cette association soient contrainte d'allouer systématiquement leurs prestations, dans la mesure où celles-ci sont facturées selon la convention tarifaire TARMED au titre de soins ou traitements ambulatoires fournis en l'absence du patient par le médecin indépendant dont l'intervention est requise par les médecins assistants salariés d'un hôpital durant l'hospitalisation du même patient en division commune.

Le Tribunal de céans relève que l'association GROUPE MUTUEL a son siège à Martigny, selon l'extrait du registre du commerce du Bas-Valais. Elle a pour fonction principale d'assurer la gestion administrative de l'ensemble des institutions qui lui sont affiliées (cf. ATF du 24 novembre 2008 9C_ 312/2008 publié aux ATF 135 V 39 ; ATF du 6 avril 2009 9C_601/2008). Le GROUPE MUTUEL sert de lien entre les membres actifs dans le secteur

des assurances, défend les intérêts

A/2206/2008 - 13/25 - communs des caisses-maladie, des assureurs et autres organisations membres et de leurs assurés. A ce titre, il s'agit d'une société de service, qui met à disposition de ses membres l'ensemble des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur but social, soit notamment du personnel, des locaux et des services informatiques (ATF 135 V 39 déjà cité [dans la cause 9C_601/2008]; jugement du 29 mai 2008 du Tribunal administratif de la République et canton de Genève, [cause ATA/282/2008 publié sur le site internet : [www.ge.ch/tribunaux/jurisprudence/arrêts/Mutuel Assurances](http://www.ge.ch/tribunaux/jurisprudence/arrêts/Mutuel_Assurances)]). L'association GROUPE MUTUEL met à la disposition des institutions qui lui sont affiliées des services de nature technique et administrative. En contrepartie, ces institutions s'acquittent soit des frais liés à ces prestations, en payant les factures dressées par le prestataire, soit en s'acquittant d'une cotisation annuelle forfaitaire. Le GROUPE MUTUEL ne se contente pas d'offrir ses services uniquement à des caisses-maladie, mais également à des compagnies d'assurance (vie, non-vie), voire à des institutions de prévoyance. Or, d'après la liste des assureurs-maladie reconnus admis à pratiquer l'assurance-maladie dite sociale (AOS) conformément à la LAMal, éditée par le DFI en vertu de l'art. 13 al. 1er

LAMal et publiée sur son site

(www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/assureurs_et_surveillance/liste), seule la caisse défenderesse y figure sous le numéro d'enregistrement 1479 (cf. p. 13): le GROUPE MUTUEL n'y est mentionné qu'à la rubrique intitulée « adresse administrative ». Force est ainsi de constater que compte tenu de son organisation, l'association GROUPE MUTUEL ne saurait être assimilée à une caisse maladie au sens de l'art. 12 al. 1er LAMal. Par ailleurs, selon la doctrine et la jurisprudence, le transfert des tâches décisionnelles et stratégiques en matière d'assurance-maladie - dont font partie la notification de décisions et de décisions sur opposition - n'est en principe pas admis (ATF 128 V 295, cons. 4c/aa; EUGSTER, op. cit. SBVR, tome XIV, ch. marg. 180 ss, pp. 454 ss et la référence; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, in *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009; §15 *Krankenversicherung KV*, ch. marg. 6 ss pp. 286 ss). Pour ces motifs également, la question de savoir si l'admission du GROUPE MUTUEL en tant que partie à la présente procédure pourrait se justifier doit être résolue par la négative. Tout au plus peut-on considérer que cette association est habilitée à agir in casu au nom de la caisse défenderesse, dès lors qu'elle y a été autorisée par les personnes habilitées à représenter la fondation (cf. art. 80 ss du code civil suisse -CC; RS 210 ; art. 95 al. 1er litt. j de la nouvelle ordonnance fédérale sur le registre du commerce du 17 octobre 2007, en vigueur depuis le 1er janvier 2008 - ORC; RS 221.411).

A/2206/2008 - 14/25 - Par conséquent, le Tribunal de céans procédera à la rectification des parties au litige, en ce sens que le GROUPE MUTUEL n'a pas la qualité de partie défenderesse.

E. 4

En l'espèce, la question litigieuse à résoudre est celle de savoir si la caisse doit être condamnée à verser à la demanderesse la somme de 34 fr. 80 (soit deux fois la position n° 00.0140 du TARMED), en raison du temps qu'elle a consacré à répondre aux questions du médecin assistant - ou interne - des HUG en date du 12 décembre 2006, alors que la patiente E. F était hospitalisée. Ensuite, il s'agit de déterminer si la demanderesse, en tant que médecin indépendante, était habilitée - et peut systématiquement procéder ainsi - à requérir

le paiement de prestations facturées en l'absence du patient au titre de traitement ambulatoire selon la convention tarifaire TARMED, lorsqu'elle consacre du temps à répondre aux questions du personnel médical, soit des médecins assistants salariés des HUG, durant l'hospitalisation d'un(e) de ses patient(e)s hospitalisée en division commune. Et ce, malgré l'existence d'une convention tarifaire d'hospitalisation fixant un forfait journalier en cas d'hospitalisation dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

E. 5

La facture litigieuse du 3 février 2007 concerne diverses prestations fournies essentiellement dans le cadre d'un traitement ambulatoire et rémunéré selon le tarif- cadre TARMED. Les rapports juridiques qui sont à la base de ce litige au sens étroit sont indiscutablement fondés sur la LAMal, puisque cette loi énumère les prestations devant être fournies tant dans le cadre d'un traitement ambulatoire, voire semi-ambulatoire, que durant le traitement stationnaire, en milieu hospitalier au titre de l'AOS. En l'occurrence, la demanderesse serait liée à la défenderesse selon le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal, en ce sens que le débiteur du médecin pour les prestations facturées est la caisse-maladie, ce qui paraît surprenant, dans la mesure où précisément selon la structure tarifaire TARMED, le système de facturation repose sur le principe du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal). Ce point n'a toutefois pas d'incidence quant à l'issue du présent litige, comme vu ci-dessus sous considérant 1. La défenderesse est d'avis que le paiement de prestations en l'absence du patient ne saurait être requis par le donneur de soins lorsque son patient est hospitalisé en division commune, car cela reviendrait en quelque sorte à détourner la protection tarifaire voulue par le législateur par le biais du forfait journalier d'hospitalisation, en facturant des coûts relevant d'un traitement ambulatoire fourni durant la même période. Partant, il serait illégal de facturer des coûts de traitements ambulatoires durant l'hospitalisation de patients dans la division commune d'un établissement

A/2206/2008 - 15/25 - hospitalier, car contraire au système de la protection tarifaire. Il appartiendrait aux HUG de rémunérer, le cas échéant, les prestations fournies par la demanderesse.

E. 6

Selon le principe général dit de la liste (SCARTAZZINI in Cahiers Genevois de Sécurité Sociale [CGSS] 2006 p. 6, spéc. pp. 13 ss), les caisses-maladie ne peuvent offrir au titre de l'assurance de base des soins (ou AOS) que les prestations définies par la loi fédérale (LAMal) et l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ci-après OPAS; RS 832.112.31). Le législateur a consacré à l'art. 24 LAMal le principe général selon lequel 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. L'art. 25 al. 1er LAMal stipule qu'en cas de maladie l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Selon l'al. 2 de cette disposition, ces prestations comprennent, notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médicosocial par des médecins (let. a, ch. 1), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e). Les assureurs maladies doivent également prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins et aux conditions spécifiques fixées par le législateur, les coûts des mesures de prévention

stipulées à l'art. 26 LAMal, les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives conformément à cette disposition, les coûts des prestations en cas d'infirmité congénitale selon l'art. 27 LAMal, en cas d'accidents au sens de l'art. 1, al. 2, let. b LPGA (RS 830.1), les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie conformément à l'art. 28 LAMal, les prestations spécifiques de maternité selon l'art. 29 LAMal, voire d'interruption non punissable de grossesse au sens de l'art. 119 du code pénal (CP; RS 311.0), les coûts de soins dentaires en vertu de l'art. 31 LAMal. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, la loi prévoit en outre à l'art. 32 al. 1 première phrase que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriés et économiques. Il s'agit-là de conditions générales de la prise en charge des frais de soins dans le cadre de la nouvelle assurance obligatoire des soins (EUGSTER, op. cit. ch. marg. 562 ss. ; SCARTAZZINI op. cit. p. 13). Ces exigences s'appliquent aux traitements ambulatoires, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (art. 25 al. 2 lit. a LAMal). Certes, la loi ne définit pas ces notions (cf. également à ce propos art. 35 al. 2 lit i, art. 39, art. 49 al. 1er et 5 LAMal), mais la doctrine a d'emblée formulé des définitions, car la délimitation du type de traitement revêt une importance toute particulière, dès lors que le tarif applicable en dépend (art. 49 al. 1er et 5 LAMal; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996 p. 73). Dans un arrêt du 17

A/2206/2008 - 16/25 - novembre 1998, le Tribunal fédéral s'est prononcé sur la délimitation entre traitement ambulatoire et traitement semi-stationnaire (SVR 1999 KV n° 25 pp.57-60). S'agissant de la définition du traitement en milieu hospitalier et de l'indication à une hospitalisation justifiant la prise en charge des coûts du traitement par l'assureur, tant EUGSTER (op. cit. ch. marg. 390 ss pp. 526ss) que KIESER (in PJA 2000 p.1020, spéc. ch. 7 p. 1022) se sont exprimés de manière circonstanciée. Par ailleurs, la Haute Cour a posé les critères permettant la prise en charge des coûts d'un traitement en milieu hospitalier dans un arrêt publié aux ATF 124 V 365 (RAMA 2000 KV 100 p. 8), auquel le Tribunal se réfère. Cela signifie concrètement que, pour pouvoir être prises en charge par les caisses-maladies, les traitements instaurés - ambulatoires, hospitaliers ou semi-hospitaliers - doivent satisfaire à ces trois conditions, lesquelles s'appliquent tant au catalogue des prestations selon la LAMal qu'à l'ordonnance du Conseil fédéral sur l'assurance-maladie (ci-après OAMal; RS 832.102) et l'OPAS précitée (cf. à ce sujet RAMA 1998 p. 1). La loi ne contient qu'un catalogue sommaire, mais pour plus de détails quant aux prestations elles-mêmes, il convient de se référer à l'OPAS. Cette ordonnance est étroitement liée aux conditions posées par l'art. 32 LAMal (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER op. cit. ch. marg. 96 ss, spéc. ch. marg. 120-121; EUGSTER, Krankenversicherung, 1998 pp. 42 ss; MAURER, op. cit. pp. 29 ss;). Par ailleurs, la seconde phrase de cette disposition (art. 32 al. 1er LAMal) stipule que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. A ces règles générales s'ajoutent les dispositions de la Section 6 de la loi, entièrement consacrée au contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations. Ainsi, l'art. 56 LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1er) et que la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée, le fournisseur de prestations pouvant être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi (al. 2). Ont alors qualité pour demander la restitution : a. l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1); b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2). Selon l'art. 56 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit également répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects

qu'il perçoit d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat (lit. a) ou de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (lit. b). Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution (art. 56 al. 4 LAMal). Enfin, les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère

A/2206/2008 - 17/25 - économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations (art. 56 al. 5 LAMal).

E. 7

a) Le 1er janvier 2004 est entrée en vigueur la convention-cadre TARMED, qui, formellement, n'est pas une convention tarifaire, contrairement à sa désignation usuelle, mais une structure tarifaire unique valable sur l'ensemble du territoire suisse (RAMA 2005 KV 329 p. 200, spéc. p. 202 cons. 4.1). Elle constitue la base de rémunération des prestations fournies dans le cadre d'un traitement ambulatoire par les donneurs de soins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS. Cette convention-cadre a été élaborée sur la base de l'article 43 LAMal, lequel prévoit, à son alinéa 5, que les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse (...). Pour mémoire, celle-ci est composée d'environ 4600 positions auxquelles s'ajoutent environ 1000 règles d'utilisation (cf. EUGSTER, op. cit. ch. marg. 892 ss. p. 699 et les références citées). Cette convention tarifaire ne règle certes pas de manière exhaustive tous les points essentiels, puisqu'elle doit être concrétisée au plan cantonal. Ainsi, la valeur initiale du point tarifaire est fixée et convenue pour l'ensemble des cantons (VPTI), mais elle doit encore être approuvée par le Conseil d'Etat de chaque canton ou - si aucune convention n'a été conclue à ce propos - elle doit être fixée d'autorité par ce dernier en tenant compte du concept de la neutralité des coûts, des lois et des ordonnances applicables en la matière (pour plus de détails voir la décision du Conseil fédéral du 1er octobre 2004 in RAMA KV 311, pp. 502 ss). b) En ce qui concerne le canton de Genève, le Conseil d'Etat a rendu deux arrêtés le 30 juin 2004 en vertu de l'art. 46 LAMal, dans sa teneur alors en vigueur, relatifs à: - « la convention sur la valeur du point taxe TARMED entre les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour leur partie ambulatoire et santésuisse », et à - « la convention cantonale d'adhésion (CCA) à la convention-cadre TARMED entre l'Association des médecins du canton de Genève (AMG) et santésuisse », dont la date d'entrée en vigueur a été fixée au 1er janvier 2004 (cf. FAO GE du 2 juillet 2004, n° 1167 p. 3). Par arrêtés du 21 décembre 2005, le Conseil d'Etat genevois a prorogé la convention sur la valeur du point taxe TARMED entre les HUG et santésuisse, ainsi que la convention cantonale d'adhésion à la convention-cadre TARMED signée entre santésuisse et l'AMG jusqu'à fin 2006. Un recours contre ces arrêtés a été rejeté, en dernière instance, par le Conseil fédéral le 21 février 2007 (IUE 392-A). Par le Règlement fixant la valeur du point TARMED pour les prestations médicales ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire des soins du 28 juin 2006 (dont l'entrée en vigueur a été fixée au 2 juillet 2005 [J 3 05.08]), le Conseil d'Etat

A/2206/2008 - 18/25 - genevois a fixé la valeur du point TARMED pour les prestations médicales ambulatoires fournies dans le canton de Genève par les HUG, les cliniques et cabinets privés dans le cadre de l'AOS (art. 1 dudit Règlement). La valeur du point TARMED pour les HUG et les médecins ayant adhéré à la convention du 17 décembre 2003 entre l'AMG et santésuisse a été fixée à 96 cts dès le 1er juillet 2006.

E. 8

En l'occurrence, la demanderesse exige que la caisse défenderesse la dédommage pour le temps consacré à répondre aux questions qu'une médecin-assistante, la Dresse F _____, lui a posées le 12 décembre 2006, alors que sa patiente était hospitalisée aux HUG, ainsi qu'elle l'a fait pour sa facture précédente du 9 décembre 2006. Cette dernière comportait en effet également des prestations médicales en l'absence de sa patiente ainsi que des consultations téléphoniques en date des 5 et 6 décembre 2006. Pour la défenderesse, dès lors que la convention d'hospitalisation conclue entre Santésuisse et les HUG exclut la prise en charge de frais supplémentaires à celui du forfait journalier convenu entre les parties pour l'hospitalisation en division commune, elle ne saurait prendre en charge les frais facturés par la demanderesse. Il appartiendrait aux HUG d'honorer, le cas échéant, la prestation litigieuse.

E. 9

a) Le Tribunal de céans relève en premier lieu que dès l'hospitalisation en division commune de la patiente aux HUG, l'on ne saurait plus parler d'un cas ambulatoire et il appartient à l'établissement hospitalier de facturer ses prestations à la caisse maladie selon le forfait journalier d'hospitalisation convenu en application de l'art. 49 al. 1 LAMal. Cette disposition, consacrée aux conventions tarifaires avec les hôpitaux (dans sa version antérieure au 1er janvier 2009), stipule que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits (...). Les parties à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément (al. 2). En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des al. 1 et 2, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. Enfin, les rémunérations au sens des al. 1 à 3 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune. Selon l'art. 4 al. 2 de la Convention d'hospitalisation 2006 signée le 2 février 2006 entre Santésuisse et les HUG (ci-après la Convention ; voir aussi Circulaire Santésuisse n° 9/2006), conformément à l'art. 49 al. 2 LAMal, des suppléments pour cas particuliers sont fixés et figurent dans l'annexe 2. Il s'agit de suppléments forfaitaires pour prestations spéciales (dialyses, groupage HLA) et d'admission pour cas particuliers (transplantation de cellules souches et d'organes solides).

A/2206/2008 - 19/25 - Toute autre prestation, prise en charge dans le cadre de la LAMal et fournie par des tiers sur demande des HUG, est comprise dans les forfaits journaliers fixés dans l'annexe 1 (cf. art. 4 al. 3 Convention). Cela étant, il convient d'examiner au regard de quelles circonstances la demanderesse a été amenée à facturer ses prestations selon le tarif-cadre TARMED concernant des prestations ambulatoires en faveur de sa patiente durant le mois de décembre 2006, alors qu'elle était hospitalisée aux HUG. b) Interpellée à cet égard par le Tribunal de céans, la demanderesse a indiqué qu'elle avait du organiser le 4 décembre 2006 l'hospitalisation de sa patiente à la suite d'une décompensation sévère de son état de santé, qui avait d'ailleurs nécessité l'intervention de la police, et qu'elle avait été appelée sur son portable pour une prise en charge urgente dans la soirée, puis dans la nuit du jeudi au vendredi. Enfin, le 12 décembre 2009, elle a reçu un téléphone de la Dresse F _____ pour l'informer des problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation et l'avertir de la nécessité du transfert aux urgences psychiatriques. Elles se sont aussi

entretenues des diagnostics, des médicaments prescrits et des modalités de la prise en charge à la sortie, celle-ci étant compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année. De toute évidence, il ne s'agit en l'occurrence pas de prestations particulières qui auraient pu justifier une facturation supplémentaires au sens de la Convention d'hospitalisation. En l'occurrence, le rapport d'hospitalisation du 15 décembre 2006, muni de la seule signature d'une médecin assistante de l'unité d'alcoologie des HUG, produit par la demanderesse à la demande du Tribunal de céans ne permet pas de savoir dans quelles circonstances exactes la patiente E. F. a été hospitalisée, puisqu'il a été caviardé. A ce propos, le Tribunal de céans rappelle à l'adresse de la demanderesse que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'obligation de collaborer activement à l'instruction de la cause à la charge des parties implique de fournir toutes les preuves à l'appui de ses allégations de manière à établir l'existence de son droit aux prestations demandées, dès lors que celle-ci est contestée. Cela signifie notamment que la personne qui exige la reconnaissance de son droit à la prestation sollicitée produise toutes les pièces en sa possession (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références, 119 V 448; ATF non publiés des 5 décembre 2005 dans la cause L., K 81/01 du 25 octobre 2001, K 118/00 du 13 mars 2001). Dans le cas d'espèce, même si la demanderesse a organisé l'hospitalisation de sa patiente par téléphone, le 4 décembre 2006, elle ne dit mot sur les raisons qui l'ont incitée à porter en compte des prestations ambulatoires durant l'hospitalisation de sa patiente. Or, il était raisonnablement exigible qu'elle donnât des indications exhaustives sur les raisons des interventions réitérées des médecins-assistants des HUG durant l'hospitalisation de sa patiente en décembre 2006, ou du moins produise des documents lisibles dans leur intégralité, et qu'elle expose en quoi

A/2206/2008 - 20/25 - consistent les désagréments systématiques et tracasseries administratives qu'elle subit en raison de la non-prise en charge par la défenderesse des prestations facturées à titre ambulatoire lors de l'hospitalisation de ses patients. Il est en effet pour le moins surprenant de constater que l'hospitalisation d'une patiente souffrant d'éthylisme, de troubles psychotiques, de dépression et d'hallucinations auditives, dont l'état et le comportement ont nécessité - de surcroît - son transfert immédiat de l'unité d'alcoologie dans la division des urgences psychiatriques le 5 décembre 2006, nécessite l'avis du médecin-traitant, non psychiatre. On peut par ailleurs s'interroger quant à la compatibilité de la facturation des positions 00.0140 avec les exigences d'efficacité, de caractère approprié et, surtout, d'économicité, puisque les échanges de vue opérés par téléphone entre la demanderesse et le médecin-assistant des HUG étaient motivés, selon les explications fournies en cours de procédure, par les difficultés particulières liées aux "modalités de la prise en charge de la patiente à sa sortie. Celle-ci était compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année". De toute évidence, l'intervention de la demanderesse ne paraît pas avoir été indispensable du point de vue du diagnostic ou du traitement thérapeutique, puisque la prise en charge de la patiente l'était par d'autres médecins dans un premier temps. Quant aux complications liées au changement d'interne, respectivement d'assistant en raison des fêtes de fin d'année, il s'agit-là de circonstances liées à l'organisation interne de l'unité qui relèvent de la prise en charge et de l'encadrement par la hiérarchie, soit les médecins responsables des assistants ou internes. Au demeurant, on voit mal comment la suite du traitement ainsi que le choix des médicaments prescrits, voire leur dosage aient pu dépendre de l'accord ou de l'avis de la demanderesse, s'agissant du cas d'une patiente difficile, non coopérante, atteinte dans sa santé psychique et ayant besoin d'un traitement psychiatrique qu'elle ne souhaitait pas suivre, et ce, même dans le

cadre d'un traitement en milieu hospitalier. c) De leur côté, les HUG n'ont pas su préciser in casu les motifs pour lesquels ses médecins internes se sont adressés au médecin traitant plutôt qu'à leur supérieurs hiérarchiques, avec le risque que le médecin indépendant ne réclame le paiement de ses honoraires. Certes, rien n'empêchait les collaborateurs des HUG, dans le cadre d'une pratique instaurée en ce sens autorisée par les chefs de clinique ou les médecins responsables, par gain de temps, ou par souci de réduire les démarches administratives, par exemple, de s'adresser directement aux médecins traitants pour obtenir leur avis quant au choix du traitement instauré, notamment. Mais on ne saurait alors renvoyer le médecin ainsi sollicité à se faire indemniser ou rembourser, selon le système applicable, par l'assureur-maladie au titre de frais de traitement ambulatoire selon TARMED. Le Tribunal de céans relève encore qu'en fixant un forfait journalier d'hospitalisation dans le cadre d'une convention, la responsabilité du traitement appartient à l'hôpital concerné qui devrait pouvoir assumer le cas du patient concerné de manière indépendante. L'inverse contrevient à l'interdiction figurant à

A/2206/2008 - 21/25 - l'art. 34 LAMal (cf. à ce propos RAMA 2006 KV 364 p. 150, spéc. cons. 4 p. 157), de sorte que le Tribunal de céans ne saurait adhérer à l'opinion soutenue par les HUG, selon laquelle les contacts - téléphoniques - usuels entre les médecins traitants de patients hospitalisés aux HUG et les médecins y travaillant en tant que salariés, ne concernent que les assureurs-maladie et les médecins-traitants concernés. Car cela signifierait que toutes les prestations énumérées par les HUG (s'assurer du contenu d'un certificat peut-être trop concis ou laconique, comparer les informations transmises par le médecin traitant et celles recueillies par l'établissement, vérifier les médicaments prescrits préalablement à l'hospitalisation, ou, comme en l'occurrence, décider des modalités de prise en charge dans le cadre du traitement de sevrage, etc...) s'inscrivent dans le suivi thérapeutique prodigué par le médecin traitant à son patient et relèvent du traitement ambulatoire selon la convention cadre TARMED. Une telle vision ne paraît guère compatible avec le but poursuivi par le législateur, même si de tels échanges de vues entre les médecins assistants et les médecins indépendants contribuent indirectement à la formation des internes salariés des HUG. Selon la doctrine, la possibilité de rémunérer des médecins indépendants pour des traitements ambulatoires fournis durant l'hospitalisation d'un patient en division commune doit être écartée, ne serait-ce que pour ne pas éluder le principe de la protection tarifaire stipulée par l'art. 44 LAMal. En effet, imposer la prise en charge à l'assureur-maladie de positions supplémentaires au seul motif que les médecins-assistants sont débordés, perplexes ou irrésolus dans la prise en charge d'un patient durant une hospitalisation, contribuerait à renchérir encore les coûts globaux de tels traitements, s'agissant d'hospitalisations de patients au bénéfice d'une couverture régie par l'AOS. Si lors de chaque hospitalisation de son patient, le médecin-traitant est sollicité pour fournir des renseignements au personnel médical travaillant de surcroît dans des unités spécialisées, différentes de la sienne, comme en l'espèce, on ne voit guère quels critères pourraient alors être appliqués afin de vérifier l'indication, voire le bien-fondé des prestations fournies au titre de soins ou traitements ambulatoires au cas particulier. La défenderesse a, certes, déjà payé des prestations semblables contenues dans une facture précédente. Ce faisant, elle a peut-être tenu compte des circonstances particulières qui ont précédé l'hospitalisation de dame C_____. le 5 décembre 2006 pour rémunérer la totalité des prestations en l'absence du patient facturées sur la précédente facture du 13 novembre 2007, compte tenu d'une situation de crise. Cependant, à l'instar des auteurs déjà cités (EUGSTER op. cit p. 700; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, op. cit. ch. marg. 186 p. 347-348), qui

excluent une telle possibilité, car contraire aux préceptes et exigences régissant l'assurance-maladie sociale, dont fait partie le principe de la protection tarifaire selon l'art. 44 al. 1er LAMal, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter du système légal en vigueur.

A/2206/2008 - 22/25 - Au vu de ce qui précède, force est de constater que les prestations fournies par la demanderesse le 12 décembre 2006 - en l'absence de sa patiente - dans le cadre d'un prétendu traitement ambulatoire de cette dernière durant son hospitalisation d'un patient en division commune aux HUG - ne sauraient être facturées séparément à la défenderesse, compte tenu de la protection tarifaire en vigueur d'une part, et en raison du fait qu'il ne s'agissait pas d'une prestation médicale particulière devant être administrée ou fournie dans un cas rare par un médecin spécialiste dont les HUG ne disposaient pas au sein de leur personnel médical.

E. 10

La défenderesse considère qu'il appartient aux HUG de rémunérer, le cas échéant, la prestation en cause. Dans leur mémoire du 27 février 2009, les HUG contestent en substance qu'une relation contractuelle puisse être nouée entre un de leurs employés, médecin titulaire d'une formation FMH ou médecin assistant et la demanderesse, voire tout autre médecin indépendant dans le cadre d'une hospitalisation d'un patient. Sans contester formellement les interventions des médecins assistants salariés auprès des médecins-traitants de patients hospitalisés, les HUG soutiennent que de telles demandes ne mériteraient pas d'être assimilées à des mandats de soins au sens des règles régissant le mandat (art. 398 ss CO), dès lors qu'il ne s'agit pas des cas - graves et complexes au plan pathologique - prévus explicitement par la convention et nécessitant l'intervention de tiers. Selon les HUG, seuls en effet sont mandatés, dans des situations médicales particulières et fort rares, des médecins indépendants au bénéfice d'une spécialisation qu'aucun médecin faisant partie de l'effectif des HUG ne dispose, conformément à l'art. 4 al. 1er de la Convention. Il s'agit-là toutefois de considérations qui concernent les relations contractuelles entre les HUG et les médecins auxquels ils font appel dans les cas de figure décrits dans les considérations ci-dessus, soit entre deux fournisseurs de prestations, de sorte que cette question n'a pas à être tranchée dans le cadre du présent litige, le Tribunal arbitral n'étant pas compétent en la matière.

E. 11

La demanderesse conclut à une condamnation d'ordre général de la défenderesse. Il convient cependant de se rappeler que le législateur impose le principe de l'adéquation et de l'économicité du traitement, dont découle la protection tarifaire. Or, admettre systématiquement la facturation à la charge de l'AOS des prestations fournies en l'absence du patient lors d'une hospitalisation, en raison de demandes d'informations des médecins-assistants concernés, relèverait de la compétence des partenaires habilités à modifier la structure tarifaire TARMED à cet effet. Le Tribunal de céans se réfère par ailleurs aux observations faites ci-dessus, auquel il renvoie, à propos de la complexité de la structure tarifaire TARMED, dont l'élaboration s'est faite au terme d'années de pourparlers laborieux, afin justement

A/2206/2008 - 23/25 - d'éliminer les disparités qui existaient entre les différents cantons avant l'approbation - en 2002 - par le Conseil fédéral de cette convention-cadre. En outre, si l'on tient également compte du double but poursuivi par TARMED, soit d'honorer, d'une part, la prestation médicale ambulatoire fournie par un médecin agréé selon une base

d'évaluation économique unitaire et, d'autre part, de fixer le dédommagement, voire la rémunération de la prestation tout en tenant compte des coûts de l'infrastructure du prestataire de soins concerné (cf. EUGSTER op. cit. ch. marg. 894), on ne saurait suivre la demanderesse dans son raisonnement, dans la mesure où elle estime qu'une condamnation d'ordre général de la défenderesse s'impose, et ce, indépendamment des circonstances du cas particulier. En effet, d'après EUGSTER, (op. cit. ch. marg. 693 p. 700), la prise en charge de coûts complémentaires à ceux correspondants au tarif en vigueur en cas d'hospitalisation en division commune, par le biais de TARMED, n'est pas compatible avec le système régissant l'AOS et contribue à éluder la protection tarifaire voulu par le législateur. Si tel devait être systématiquement le cas, l'interdiction faite à l'hôpital par le législateur fédéral de prévoir d'autre rémunération pour la division commune que celle fixée aux al. 1er à 3 de l'art. 49 LAMal, reviendrait à détourner cette règle (cf. Eugster, op. cit. ch. marg. 693 p. 700). Cet auteur va même plus loin dans son analyse, affirmant dans son commentaire de la LAMal qu'un traitement hospitalier exclut la facturation de coûts annexes à titre ambulatoire selon le tarif-cadre en vigueur, s'agissant de patients en division commune et soumis à la législation fédérale sur l'assurance obligatoire des soins. De leur côté, les auteurs de l'édition annotée 2004 de la "Loi fédérale sur l'assurance-maladie", AYER/DESPLAND, se référant à un arrêt lucernois publié au SVR 2000 KV 18 p. 57, concernant un cas d'application de l'art. 49 al. 4 LAMal, ont rappelé que cette disposition n'autorise pas la facturation d'un émolument supplémentaire pour la division commune par l'hôpital, à plus forte raison que le législateur a introduit des distinctions dans la LAMal en prévoyant des tarifs différents selon les traitements instaurés (ambulatoires, semi-hospitalier ou hospitalier). Compte tenu des impératifs figurant à l'art. 32 al. 1er, première phrase, LAMal - soit l'efficacité, l'économicité du traitement et la limitation de celui-ci à ce qui est approprié -, qui devraient servir de fil conducteur aux fournisseurs de soins, une condamnation de la caisse à prendre en charge de tels coûts de traitements ambulatoires, ne saurait ainsi être prononcée, car peu compatible avec l'art. 49 al. 1er LAMal. La conclusion de la demanderesse doit être par conséquent rejetée.

E. 12

Par surabondance, il sied enfin de rappeler que si la demanderesse avait comme objectif, par l'introduction de sa demande du 17 juin 2008 et la formulation de ses conclusions, de remettre en cause le champ d'application de la structure tarifaire à la prestation pour les prestations médicales ambulatoires TARMED, voire une

A/2206/2008 - 24/25 - partie de celle-ci afin d'élargir la notion de traitement ambulatoire, la compétence du Tribunal de céans devrait être d'emblée rejetée. En effet, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans un arrêt publié aux ATF 134 V 443 (concernant l'approbation par le Conseil fédéral [le 21 novembre 2007] de la révision tarifaire TARMED et de la convention transitoire qui en faisait partie intégrante), en matière de tarifs ou de structure tarifaire dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, le législateur fédéral a attribué la compétence d'approuver ou de fixer celle-ci en cas de litige aux organes politiques et non pas au juge. Ainsi, il appartient au Conseil fédéral de fixer une structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les tarifs à la prestation, lorsque les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre à ce sujet (art. 43 al. 5 LAMal) ou d'approuver une convention tarifaire dont la validité s'étend à toute la Suisse (art. 46 al. 4 LAMal). De même, l'approbation d'une convention tarifaire au niveau cantonal (art. 46 al. 4 LAMal) ou la fixation du tarif entre les fournisseurs de prestations et les assureurs lorsque ceux-ci ne parviennent pas à conclure

une convention tarifaire (art. 47 al. 1 LAMal) est du ressort des gouvernements cantonaux compétents. En ce qui concerne les voies de recours contre de telles décisions, le législateur fédéral n'a prévu l'intervention du juge que pour les décisions des gouvernements cantonaux qui peuvent être attaquées devant le Tribunal administratif fédéral (art. 34 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF; RS 173.32]) - en tant qu'unique instance fédérale, cf. art. 83 let. r LTF -, mais non pour les décisions du Conseil fédéral. Il ne s'agit pas d'une lacune (proprement dite) de la loi, car la solution choisie par le législateur avec l'introduction de la LTAF et de la LTF correspond à celle qui valait précédemment; l'art. 53 aLAMal (abrogé au 1er janvier 2007 avec l'entrée en vigueur de la LTAF) prévoyait uniquement la possibilité du recours contre les décisions des gouvernements cantonaux au sens, notamment, de l'art. 46 al. 4 et art. 47 LAMal. Puisque la Haute Cour a statué que la solution choisie par le législateur fédéral était conforme à l'art. 29a Cst., en relation avec l'art. 189 al. 4 Cst., il n'appartient pas au Tribunal de céans de trancher une question de principe concernant le champ d'application d'un tarif ou d'une structure tarifaire, au motif implicite que le législateur fédéral a encore réduit dans l'intervalle les voies de droit, donc les possibilités de remettre en cause un tarif depuis le 1er janvier 2007.

E. 13

Mal fondée, la demande est rejetée.

E. 14

Les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties (cf. art. 46 al. 1 loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal; RS J 3 05) Par conséquent, les frais du Tribunal de céans, par 5'445 fr., ainsi qu'un émolument de 300 fr. sont mis à la charge de la demanderesse, qui succombe.

E. 15

L'appel en cause ayant été requis par la défenderesse, celle-ci sera condamnée, vu l'issue du litige, à payer aux HUG la somme de 2'000 fr., à titre de participation à leurs frais et dépens.

A/2206/2008 - 25/25 -

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