

GE_GERICHTE ATAS/802/2005 vom 12. September 2005

GE Cour de justice, 2005-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_802_2005

FR: GE_GERICHTE ATAS/802/2005 du 12 septembre 2005

IT: GE_GERICHTE ATAS/802/2005 del 12 settembre 2005

Erwägungen

E. 1

a) 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 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). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). b) 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 (OAMal) de la clinique n'est pas contestée. Quant à la requérante, elle entre dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est acquise *ratione loci*, dans la mesure où la clinique y est installée à titre permanent.

E. 2

a) Cependant, la clinique conteste que l'on soit en présence d'un litige entre assureur et fournisseur. Selon elle, seuls les assurés auraient la légitimation active, raison pour laquelle le Tribunal arbitral des assurances ne serait pas compétent *ratione materiae*. b) Selon l'art. 45 al. 4 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), les règles générales de procédure de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1989 (LPA) s'appliquent, notamment en ce qui concerne la récusation des membres du tribunal et l'établissement des faits. Or, cette loi prévoit que lorsqu'une partie conteste sa compétence, l'autorité qui se tient pour compétente doit le constater dans une décision, raison pour laquelle le Tribunal de céans se voit dans l'obligation de rendre une décision incidente (cf. art. 13 LPA).

E. 3

a) Ni la LAMal, ni ses dispositions d'exécution ne définissent précisément ce qu'il faut entendre par litige 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), à moins que celui-ci ne porte spécifiquement sur l'approbation d'une convention tarifaire ou sur la modification sujette à approbation d'une telle convention qui ressortissent à la compétence du gouvernement cantonal ou du conseil fédéral (ATF 123 V 285 consid. 5, 116 V 126 consid. 2a, 112 V 311 consid. 3b et les références). Il est nécessaire, en tout cas, 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*

A/465/2004 - 10/15 - Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 231, ch. 413; Alfred MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 172; RAMA 2004 n° K 286 p. 291 consid. 4; ATF 123 V 280 consid. 5). b) Certes, le TFA a précisé que bien que ni la loi (LAMal) ni l'ordonnance (OAMal) ne contiennent une définition des litiges tombant sous le coup de l'art. 89 LAMal, la jurisprudence considère que cette notion est beaucoup plus étroite que sous l'ancien droit. En effet, la LAMal a introduit un nouvel aménagement du système des conventions tarifaires en instaurant dans ce domaine le principe du caractère économique des prestations (cf. art. 56 al. 1 LAMal). Cela a eu pour conséquence d'étendre la compétence des autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires (gouvernement cantonal ou Conseil fédéral lorsque la validité de la convention s'étend à toute la Suisse [art. 46 al. 4 LAMal], ou encore en cas de recours contre la décision d'un gouvernement cantonal [art. 53 al. 1 LAMal]) : les autorités en cause ont l'obligation de contrôler non seulement si la convention est conforme à la loi et à l'équité (cf. art. 22 al. 3 et 22quater al. 5 LAMA), mais également si elle satisfait à l'exigence du caractère économique des prestations (ATF 123 V 286 consid. 6a). Cette dernière exigence est concrétisée par le devoir des autorités d'approbation de requérir préalablement l'avis du Surveillant des prix (ATF 123 V 287 consid. 6b; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996 p. 84).

L'association du Surveillant des prix à la procédure d'approbation des conventions tarifaires permet non seulement d'assurer la conformité des clauses conventionnelles au principe d'économie et à l'équité (art. 46 al. 4 LAMal), mais également de tenir compte des «intérêts publics supérieurs qui peuvent exister» (art. 14 al. 3 de la loi fédérale concernant la surveillance des prix [RS 942.20; LSPr]). Le champ de compétence étendu des autorités d'approbation sous l'empire du nouveau droit a pour effet de réduire la compétence matérielle du tribunal arbitral cantonal selon l'art. 89 LAMal en ce sens qu'il n'est pas fondé par exemple à examiner la portée d'une clause d'indexation d'une convention entre une association cantonale de médecins et une fédération cantonale de caisses-maladie fixant la valeur du point (ATF 123 V 288 consid. 6d ; ATFA K 177/00 du 4 septembre 2001 consid. 1b). c) En l'espèce, cependant, les conclusions de la requérante portent uniquement sur la condamnation de la clinique défenderesse à lui payer le trop-perçu en application du tarif cantonal et aucunement sur l'examen de la conformité de ce dernier, lequel a déjà fait l'objet d'une décision du Conseil fédéral. Dans cette mesure le litige porte sur la question de l'application du tarif cantonal dans une situation concrète et tombe donc dans la compétence fonctionnelle du Tribunal arbitral. Au surplus, le fait que SANTESUISSE ait déposé une demande globale pour tous ses assurés ne saurait y faire obstacle (ATFA non publié K 39/95 du 11 juillet 1996 consid. 5d qui se réfère lui-même à l'ATFA non publié K 101/92 du 29 octobre 1993). Par ailleurs, le TFA a déjà jugé que plusieurs caisses, représentées le cas échéant par leur fédération cantonale, peuvent introduire une demande globale de restitution à

A/465/2004 - 11/15 - l'encontre d'un fournisseur de prestations et, à l'issue de la procédure, se partager le montant obtenu à titre de restitution des rétributions perçues sans droit (ATFA non publié K 39/95 du 11 juillet 1996 consid. 5d qui se réfère lui-même à l'ATFA non publié K 101/92 du 29 octobre 1993). Par identité de motifs, ces mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs assureurs s'unissent pour agir à l'encontre d'un fournisseur de prestations, dans le cadre de l'art. 56 al. 2 let. a LAMal. Dès lors, on ne saurait considérer qu'une demande est irrecevable au motif qu'il ne peut s'agir d'une représentation générale par un consortium de caisses, même nommément désignées, d'un groupe d'assurés forcément anonymes.■ Quant au fait que la demande repose sur une estimation du

trop-perçu plutôt que d'être chiffrée précisément facture par facture, elle fera l'objet de l'examen au fond. Il conviendra entre-temps de donner l'occasion à la requérante de prouver le dommage qu'elle allègue.

E. 4

Autre est la question de la qualité pour agir de l'assureur. Dans une procédure arbitrale elle relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (ATF 111 V 347 consid. 1c). De jurisprudence constante sous l'empire de la LAMA (RJAM 1970 n° 65 p. 85 consid. 2; ATF 103 V 151 consid. 3 et les arrêts cités; RJAM 1980 n° 393 p. 3), les caisses-maladie se sont vu reconnaître, dans le système du tiers garant, la titularité des créances pécuniaires découlant de traitements non économiques au sens de l'art. 23 LAMA. a) Reste à examiner si cette solution prévaut également dans la LAMal. Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, « le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la loi. Ont 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) ». Dans un arrêt récent (ATF 127 V 281), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a eu l'occasion de préciser la portée de l'art. 56 LAMal, singulièrement du 2ème alinéa. Il a rappelé que le texte de l'art. 56 al. 2 let. a LAMal est issu, pratiquement sans changement, de l'art. 48 al. 2 let. a du projet du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 260), lui-même repris, avec quelques modifications purement rédactionnelles, de l'art. 41 al. 2 let. a du projet de la commission d'experts du 2 novembre 1990 (p. 124-125). Cette dernière s'exprimait ainsi qu'il suit dans son rapport (p. 67ss) : "Comme actuellement (art. 23 LAMA) dans chaque cas particulier, on se fondera sur l'intérêt de l'assuré et le but du traitement pour déterminer dans quelle mesure une prestation doit être prise en charge par

A/465/2004 - 12/15 - l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir à cette limite (...). Si, pour des prestations qui dépassent la limite, des rémunérations ont déjà été payées, leur restitution peut être demandée. A le droit de demander la restitution, dans le système du tiers payant, l'assureur et, dans celui du tiers garant, l'assuré ou l'assureur. En cas de litige avec le fournisseur de prestations, l'assureur, dans le système du tiers garant, doit, à ses frais, représenter l'assuré." Ce passage est repris, pour l'essentiel, dans le message du Conseil fédéral à l'appui de l'art. 48 du projet de loi (FF 1992 I 171). Par ailleurs, le TFA a souligné que, d'après l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMA (dont le contenu était analogue), les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (François-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins, il est également

opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 consid. 2b et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 KV no 6 p. 12 consid. 7 non publié aux ATF 124 V 128). Enfin, il a relevé que l'art. 23 LAMA, dont s'inspire l'art. 56 LAMal, ne contenait pas de prescription formelle sur l'obligation de restitution du fournisseur de prestations et notamment du médecin. C'est ce qui avait amené le Tribunal fédéral des assurances, dans un arrêt fondamental du 31 décembre 1969 (K 24/69), à juger ce qui suit : "Das geltende KUVG enthält über die Rückerstattungspflicht keine Vorschriften. Auch die bundesrätliche Botschaft äussert sich dazu nicht. Allein der geltende Art. 23 KUVG verpflichtet die Ärzte zur wirtschaftlichen Behandlungsweise im bereits umschriebenen Rahmen und stellt damit eine Schutzvorschrift für die Versicherten und die Kassen dar. Diese sind gemäss Art. 3 Abs. 3 KUVG verpflichtet, die Krankenversicherung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit zu betreiben. Sie müssen ferner Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können (Art. 3 Abs. 4 KUVG). Zur Verwirklichung des Prinzips der Gegenseitigkeit und zur Garantie ihrer Leistungsfähigkeit haben die Kassen dafür zu sorgen, dass die Ärzte die Pflicht zur wirtschaftlichen

A/465/2004 - 13/15 - Behandlungsweise befolgen. Dieser Aufgabe könnten sie nicht hinreichend gerecht werden, wenn es ihnen bloss gestattet wäre, eine unwirtschaftliche Behandlung im voraus abzulehnen, was ohnehin praktisch selten genug zutreffen dürfte. Vielmehr muss ihnen auch die Möglichkeit offen stehen, Zahlungen für pflicht- und rechtswidrige Behandlung zu verweigern. Folgerichtig dürfen bereits erbrachte Leistungen zurückgefordert werden, wenn sich nachträglich ergibt, dass sie zu Unrecht bezogen worden sind. Andernfalls wäre Art. 23 KUVG - auch ungeachtet des Art. 24 über den Ausschluss von Ärzten - weitgehend illusorisch. Die Kassen sind, mit andern Worten, gegenüber der Gesamtheit ihrer Versicherten gehalten, unrechtmässig erfolgte Leistungen wieder einzutreiben, damit der von Art. 23 zwingend geforderte gesetzliche Zustand verwirklicht und gegebenenfalls wieder hergestellt wird. - Indirekt geht übrigens auch Art. 25 Abs. 3 KUVG davon aus, dass der Kasse ein Rückforderungsanspruch gegenüber den Ärzten zusteht, bestimmt er doch, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, und dass die Kasse zur selbständigen Prozessführung ermächtigt ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Rechnung vom Versicherten als Honorarschuldner bereits bezahlt worden ist." (RSKV 1970 no 65 p. 85ss consid. 2, traduit en français au RJAM 1970 p. 85ss consid. 2). Cette jurisprudence, plusieurs fois confirmée depuis lors (cf. ATF 103 V 151 consid. 3), fonde un droit propre des caisses-maladie à exiger d'un fournisseur de prestations la restitution des sommes qu'il a perçues indûment, même lorsque celles-ci lui ont été versées par l'assuré et non par la caisse (système du tiers garant) et fût-ce contre la volonté de cet assuré (RJAM 1980 no 393 p. 3; cf. aussi ATF 121 V 318 consid. 4b). Le TFA a déduit des travaux préparatoires de la LAMal mentionnés plus haut que l'art. 56 al. 2 let. a LAMal codifie cette pratique, ce qui ressort également de l'art. 89 al. 3 LAMal auquel il renvoie. Cette dernière disposition reprend en effet la règle qui figurait auparavant à l'art. 25 al. 3 LAMA (cf. FF 1992 I 189 ss; voir aussi l'arrêt ATF 124 V 130 et GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 416 et 417). Dès lors, l'art. 56 al. 2 let. a LAMal n'a nullement instauré un nouveau principe, d'après lequel, dans le système du tiers garant au sens de l'art. 42 al. 1 LAMal, seul l'assuré serait en droit d'exiger du fournisseur de prestations la restitution de la rémunération qu'il lui a versée, lorsque celle-ci

dépasse la limite fixée par l'art. 56 al. 1 LAMal. On ne trouve rien de tel dans les travaux préparatoires de la loi et c'est même faire violence au texte de celle-ci que d'affirmer le contraire. Il s'ensuit que la légitimation active de SANTESUISSE est donnée sous l'angle de la LAMal (ATFA K 51/01 du 15 avril 2002 consid. 4).

E. 5

Reste enfin à examiner la question de la péremption. En l'espèce, les prestations pour lesquelles SANTESUISSE demande restitution du trop-perçu concernent les années 2000 à 2003.

A/465/2004 - 14/15 - Dans le droit de l'assurance-maladie selon la LAMal, du moins jusqu'au 31 décembre 2002, l'art. 47 aLAVS est applicable par analogie, en l'absence de disposition légale sur ce point, à la restitution des prestations d'assurance-maladie versées indûment, dans les rapports entre assureurs et fournisseurs de prestations (arrêt non publié X. du 23 novembre 2004 [K 116/03] consid. 4.4; implicitement ATF 130 V 377 consid. 7.4; pour l'ancien droit, RAMA 2003 n° K 250 p. 216 consid. 2.1, 1993 n° K 924 p. 172 consid. 3). Il convient cependant de noter qu'est entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Bien que les dispositions de cette dernière ne soient pas applicables en matière de procédure auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 1 al. 2 let. e LAMal) il n'en va pas de même de ses dispositions matérielles. Au nombre de celles-ci figure l'art. 25, relatif à la restitution de prestations indûment touchées, dont la teneur reprend celle de l'art. 47 aLAVS. Ainsi, le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où l'assureur a eu connaissance des faits amenant à l'obligation de restituer. Malgré la terminologie employée par le législateur, il s'agit d'un délai de péremption (ATF 119 V 431 consid. 3a et les références) qui ne peut être ni interrompu ni suspendu (ATF 111 V 135). En revanche, l'exercice du droit ou l'accomplissement des actes nécessaires à son exercice dans le délai exclut une fois pour toute que le droit se périmé (RAMA 2003 n° K 250 p. 216 consid. 2.1, VSI 1998 p. 299 consid. 5; Pierre Engel, *Traité des obligations en droit suisse*, Berne 1997, 2ème éd., p. 798). Selon la jurisprudence, l'assureur se prémunit contre la péremption de son droit en saisissant, dans le délai d'une année, l'organe de médiation conventionnel, l'instance de conciliation légale ou le tribunal arbitral, de la demande en restitution (RAMA 2003 n° K 250 p. 216 consid. 2.2.1 et les références). En l'espèce, SANTESUISSE a eu connaissance de son droit à réception de la décision du Conseil fédéral du 7 mars 2003. Dès lors, en ouvrant action devant le Tribunal de céans en date du 8 mars 2004, elle a agi en temps utile.

A/465/2004 - 15/15 -

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