

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 19 décembre 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Arbitres : Mmes Despland et Frésard-Fellay
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS, à Lausanne, au nom de l'Etat de Vaud, demandeur, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, défenderesse.

Art. 3 al. 2, 42 et 89 LAMal ; art. 2 al. 1 let. OAMal

E n f a i t :

A. **a)** A._____, née en [...], de nationalité [...], est arrivée en Suisse le 20 octobre 2010. Elle était titulaire d'un visa Schengen délivré par le [...], valable du 19 octobre au 2 décembre 2010. Elle bénéficiait par ailleurs d'une assurance voyage valable pour un séjour du 16 octobre au 16 novembre 2010. Deux filles et une petite-fille de A._____ sont domiciliées en Suisse.

Le 21 octobre 2010, A._____ a été admise aux urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Les examens pratiqués ont confirmé un diagnostic qui avait été précédemment posé par son médecin traitant en [...] et la patiente a été transférée à la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) pour des investigations médicales et le suivi du traitement. Le CHUV a indiqué à A._____ et à sa famille que les frais de traitement étaient à la charge de la patiente. Cette dernière et des membres de sa famille ont avancé une partie des frais de traitement et signé une reconnaissance de dette pour le solde.

A la suite des examens médicaux pratiqués, les médecins ont préconisé une intervention spécialisée pour laquelle un devis de 65'000 fr. a été établi et communiqué à la patiente ainsi qu'à sa famille, lors d'une consultation le 28 janvier 2011. A cette occasion, la famille a évoqué la possibilité d'une affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident. Le CHUV lui a conseillé de s'adresser à l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie (ci-après : OCC ; aujourd'hui : Office vaudois de l'assurance-maladie [OVAM]) pour toute information relative aux conditions d'affiliation en relation avec son titre de séjour en Suisse.

Le 16 février 2011, A._____ a requis son affiliation à l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après : la défenderesse), avec effet au 1^{er} février 2011. Elle a rempli le formulaire d'affiliation en indiquant que l'assureur précédent était un

assureur étranger ; sous la rubrique « permis », elle a précisé qu'elle n'était « pas inscrite ». Le 2 mars 2011, Mutuel assurance maladie SA a confirmé son admission à A._____ et lui a délivré un certificat d'assurance dès le 1^{er} février 2011.

Le 3 mars 2011, A._____ a remis au CHUV le certificat d'assurance que lui avait délivré Mutuel assurance maladie SA. Afin de clarifier le contexte du financement des soins, des représentants du CHUV ont reçu le beau-fils et la petite-fille de la patiente, B._____ et I._____, à un entretien qui s'est déroulé le 31 mars 2011. Ces derniers ont exposé que la patiente était veuve et qu'elle était mère de cinq enfants, dont deux vivaient en Suisse et trois en [...]. Venue en vacances chez sa fille en Suisse, elle logeait chez sa petite-fille à Lausanne. La demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins avait été déposée par la petite-fille, sans consultation de l'OCC. A._____ avait l'intention de retourner en [...] après les soins, mais ce projet pourrait évoluer vers une demande de regroupement familial en Suisse, en fonction de l'état de santé et du besoin de soins. Au vu de la situation médicale, une telle prolongation du séjour était même probable. Les représentants du CHUV ont alors expliqué à B._____ et I._____ qu'une affiliation dans le cadre d'un séjour à but médical n'était pas possible et qu'il était nécessaire de clarifier la question de cette affiliation. A cette fin, ils ont proposé à la famille de donner son accord pour la transmission des informations administratives nécessaires à l'assureur-maladie.

Le 7 avril 2011, le CHUV a téléphoné à I._____ [recte : I._____] en vue d'obtenir son consentement, en tant que représentante de sa grand-mère, à la transmission à l'assureur-maladie des informations nécessaires à l'examen des conditions d'affiliation. Le 8 avril 2011, il lui a demandé de confirmer par écrit l'accord qu'elle avait apparemment donné oralement, la veille.

Le 4 mai 2011, n'ayant pas reçu la confirmation écrite souhaitée, le CHUV a demandé au [...] la levée du secret médical. Le [...] a accepté cette demande. Le CHUV a ensuite informé Mutuel assurance

maladie SA, le 16 mai 2011, du fait que A._____, de nationalité [...], était arrivée en Suisse le 20 octobre 2010 et qu'elle avait été admise au service des urgences du CHUV le lendemain, puis transférée à la PMU pour des investigations et le suivi du traitement. Le CHUV mentionnait également que ces examens avaient confirmé le diagnostic déjà posé par le médecin traitant en [...] et qu'un devis avait été établi pour une intervention spécialisée, pour un montant de 65'000 fr. Le CHUV précisait, enfin, les doutes qu'il avait émis quant à la possibilité pour la patiente de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins, et rapportait la discussion avec B._____ et I._____, lors de l'entretien du 31 mars 2011. Il précisait, en particulier, que ces derniers avaient déclaré lors de cet entretien que la patiente avait l'intention de retourner en [...] après les soins, mais que le projet pourrait évoluer vers une demande de regroupement familial en fonction de l'état de santé et du besoin de soins. Le CHUV concluait sa lettre à Mutuel assurance maladie SA en lui laissant le soin d'examiner les conditions d'affiliation de la patiente et de l'informer dans les meilleurs délais en cas de modification des circonstances déterminantes pour l'octroi des prestations.

Entre-temps, A._____ a séjourné au CHUV du 25 mars au 8 avril 2011. Le CHUV a adressé à Mutuel assurance maladie SA un avis d'entrée le 28 mars 2011. Il a ensuite facturé les traitements à l'assureur-maladie, par l'intermédiaire de la M._____ (ci-après : la M._____), le 2 juin 2011, pour un montant de 6'731 fr. 30 (facture no [...]).

Les 18 et 28 avril 2011, le CHUV a traité ambulatoirement la patiente. Il a établi deux factures d'un montant de 92 fr. 80 (facture no [...]) et de 143 fr. 40 (facture no [...]), qu'il a transmises à Mutuel assurance maladie SA par l'intermédiaire de la M._____ le 28 mai 2011.

A._____ a à nouveau été hospitalisée au CHUV du 31 mai au 9 juin 2011, ce qui a donné lieu à un avis d'entrée à Mutuel assurance maladie SA, le 3 juin 2011 et à une facture d'un montant de 28'737 fr. 30 (facture no [...]), adressée à l'assureur-maladie le 20 octobre 2011 par l'intermédiaire de la M._____.

Enfin, le CHUV a adressé à Mutuel assurance maladie, le 14 juin 2011, un nouvel avis d'entrée pour une hospitalisation du 9 au 16 juin 2011. Le 15 juin 2011, Mutuel assurance maladie SA a écrit au CHUV qu'à la suite de la demande de garantie de paiement concernant l'hospitalisation de A. _____ dès le 31 mai, elle devait réserver sa position quant à la prise en charge des prestations car elle devait compléter l'instruction et ne pouvait traiter le dossier immédiatement. Le CHUV a facturé à l'assureur-maladie le séjour hospitalier de A. _____, du 9 au 16 juin 2011, le 9 novembre 2011, toujours par l'intermédiaire de la M. _____, pour un montant de 2'256 fr. (facture no [...]).

b) Le 21 juin 2011, Mutuel assurance maladie SA a résilié l'affiliation de A. _____ avec effet rétroactif au 1^{er} février 2011, en lui annonçant son intention de lui communiquer prochainement « un décompte rectificatif des primes payées et des prestations honorées à tort ». Le même jour, l'assureur-maladie a communiqué une copie de cette décision au département administration et finances du CHUV. Il a également accusé réception, auprès du service « facturation et hospitalisation » du CHUV, des avis d'entrée relatifs « aux hospitalisations du 25 mars au 8 avril 2011 et dès le 31 mai 2011 », en précisant que A. _____ n'était toutefois pas couverte pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et en invitant le CHUV à adresser ses factures directement à la patiente.

Les 8 juillet et 12 septembre 2011, le CHUV a écrit à Mutuel assurance maladie SA qu'il prenait acte de la résiliation rétroactive de l'affiliation de sa patiente à l'assurance obligatoire des soins, mais qu'il entendait néanmoins obtenir de l'assureur-maladie le paiement des factures pour les traitements prodigués jusqu'au 21 juin 2011. Selon l'établissement hospitalier, il appartenait à l'assureur-maladie d'honorer les factures pour ces traitements, conformément au système du tiers payant, et d'exiger de A. _____ la restitution des prestations.

Le 20 juillet 2011, A._____ s'est opposée à la décision de résiliation rétroactive de son affiliation à Mutuel assurance maladie SA. L'assureur-maladie a maintenu cette résiliation par décision sur opposition du 21 septembre 2011. Le 11 octobre 2011, il a écrit au CHUV pour lui exposer qu'il maintenait son refus d'acquitter les factures restées impayées.

L'assureur-maladie et le CHUV n'ont pas modifié leurs positions lors des échanges de correspondances qui ont suivi.

Le 14 décembre 2012, l'Office des poursuites et faillites du district de [...] a notifié à Mutuel assurance maladie SA, à la demande de l'Etat de Vaud, un commandement de payer un montant de 92 fr. 80, avec intérêts à 5% l'an dès le 28 mai 2011, un montant de 143 fr. 40, avec intérêts à 5% l'an dès le 28 mai 2011, un montant de 6'731 fr. 30 avec intérêts à 5% l'an dès le 28 mai 2011, un montant de 28'737 fr. 30 avec intérêts à 5% l'an dès le 2 juin 2011, un montant de 28'737 fr. 30 avec intérêts à 5% l'an dès le 20 octobre 2011 et un montant de 2'256 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 9 novembre 2011 (poursuite no [...]). Mutuel assurance maladie SA a fait opposition.

B. Le 25 mars 2013, l'Etat de Vaud, représenté par le CHUV, a ouvert une action de droit administratif contre Mutuel assurance maladie SA devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. Il a conclu, en substance, à la condamnation de Mutuel assurance maladie SA au paiement, en faveur de l'Etat de Vaud, d'un montant de 236 fr. 20 avec intérêts à 5% l'an dès le 28 juin 2011, d'un montant de 6'731 fr. 30 avec intérêts à 3.06% l'an dès le 6 juillet 2011, d'un montant de 28'737 fr. 30 avec intérêts à 3.06% l'an dès le 23 novembre 2011 et d'un montant de 2'256 fr. avec intérêts à 3.06% l'an dès le 13 décembre 2011, ainsi qu'à la levée de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites et faillite du district de [...].

La défenderesse a conclu au rejet de la demande, le 29 mai 2013.

Le Président du Tribunal arbitral a tenu une audience de conciliation le 5 juillet 2013, sans succès.

Les parties ont encore déposé diverses déterminations et moyens de preuve, sans modifier leurs conclusions.

Le Tribunal arbitral a tenu une audience de débats finaux le 19 décembre 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les litiges relevant de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) et opposant un assureur et un fournisseur de prestations sont tranchés par un tribunal arbitral (art. 89 al. 1 LAMal). Le Tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). La notion de litige susceptible d'être soumis au tribunal arbitral doit être entendue au sens large. 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. Il doit par ailleurs s'agir d'un litige entre un assureur-maladie et la personne appelée à fournir des prestations, ce qui se détermine en fonction des parties qui s'opposent en réalité. En d'autres termes, le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (ATF 132 V 303 consid. 4.1 et les arrêts cités ; 131 V 191 consid. 2). La compétence du tribunal arbitral doit être déterminée au regard des prétentions que fait valoir la partie demanderesse et de leur fondement (TFA K 5/03 du 15 avril 2004 consid. 2.2, in RAMA 2004 n° KV 285 p. 238).

Dans le canton de Vaud, la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances est régie par les art. 113 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 176.36), relatifs à la procédure devant ce Tribunal, et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116

LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile (art. 109 al. 2 LPA-VD). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide ; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Sous réserve de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche des procédures simplifiées ou sommaires prévues par le CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il applique en principe les règles de la procédure simplifiée prévue par les art. 244 ss CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD.

b) En l'espèce, la demande présentée par l'Etat de Vaud, pour le CHUV, porte sur son droit d'exiger de Mutuel assurance maladie SA le paiement de factures pour les traitements ambulatoires (factures no [...] et [...]) et stationnaire (factures no [...] et [...]) dispensés à A._____ du 25 mars au 9 juin 2011, ainsi que pour le séjour de réhabilitation du 9 au 16 juin 2011 (facture no [...]). Cette demande est recevable.

2. Le demandeur fonde ses prétentions sur le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal et l'art 7 al. 1 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, conclue par S._____, d'une part, et la N._____ (ci-après : N._____) et le CHUV, d'autre part, le 8 février 2008 (ci-après : Convention relative à la valeur du point taxe TARMED). Il se réfère également à la procédure de vérification de prise en charge du traitement hospitalier, prévue par les art. 17 de la Convention

vaudoise d'hospitalisation somatique aigue 2011 (ci-après : CVHo), signée le 20 décembre 2010 par la N._____, le CHUV et S._____, ainsi que par l'art. 18 de la Convention vaudoise d'hospitalisation de réadaptation somatique 2011 (ci-après : CVHo réa), signée le 20 décembre 2010 par la N._____, le CHUV et S._____. Il soutient, en substance, qu'il appartient à l'assureur de vérifier si les personnes qui souhaitent s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie remplissent bien les conditions d'affiliation. Dès lors qu'il a affilié l'assuré, l'assureur doit assumer les coûts des traitements effectués, à charge pour lui - en cas de résiliation du contrat avec effet rétroactif -, d'exiger la restitution des prestations auprès de la personne qui avait obtenu à tort la délivrance d'une attestation d'assurance.

Pour sa part, la défenderesse s'oppose aux prétentions du demandeur au motif, principalement, que ce dernier aurait dû exiger une garantie de paiement pour les frais de traitement de A._____ ou se limiter aux traitements urgents. Les responsables du CHUV étaient en effet en mesure de constater que les conditions d'une affiliation à l'assurance obligatoire des soins n'étaient pas remplies. Or, il leur appartenait de veiller à ce que les prestations dispensées correspondent bien à des prestations au sens de la LAMal. La défenderesse se réfère, sur ce point, aux directives internes du CHUV, d'après lesquelles les médecins doivent se limiter aux mesures d'urgences médicales en cas d'admission de patients étrangers séjournant en Suisse sans titre de séjour valable et ne bénéficiant pas de garantie financière solide. Elle s'appuie, en outre, sur l'art. 23 CVHo, qui prévoit que l'hôpital facture directement au patient les prestations hors convention non obligatoirement à charge des assureurs et demandées par le patient ou sa famille. Toujours selon la défenderesse, dès lors que la patiente ne remplissait pas les conditions d'une affiliation à l'assurance obligatoire des soins, ce qui avait conduit à la résiliation rétroactive de son contrat d'assurance, les traitements prodigués ne peuvent pas être mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Enfin, la défenderesse soutient qu'elle était tenue d'affilier la recourante sans pouvoir vérifier si elle était bien domiciliée en Suisse, compte tenu de la circulaire no 02/10 de l'Office fédéral des assurances

sociales, du 19 décembre 2002. Selon ce document, les assureurs-maladie sont tenus d'accepter d'affilier les personnes sans titre séjour, mais résidant en Suisse au sens de l'art. 24 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210), à l'instar de toutes autres personnes tenues de s'affilier ; ils sont en outre tenus au secret de fonction à l'égard de tiers, conformément aux art. 33 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et 84 ss LAMal.

3. a) Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus par l'art. 3 al. 1 LAMal, l'assurance prend effet dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal). Les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr ; RS 142.20), valable au moins trois mois, sont tenus de s'assurer dans les trois mois qui suivent leur annonce au service compétent pour le contrôle des habitants. S'ils s'assurent à temps, l'assurance prend effet dès la date de l'annonce du séjour. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance prend effet dès l'affiliation (cf. art. 7 al. 1 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal). Pour les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 LEtr., valable au moins trois mois, la couverture d'assurance prend fin au plus tard le jour du départ effectif de Suisse où à la mort de l'assuré (art. 7 al. 3 OAMal).

Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte (art. 3 al. 2 LAMal). Il a ainsi exempté de l'obligation d'assurance les personnes qui séjournent en Suisse dans le

seul but de suivre un traitement médical ou une cure (art. 2 al. 1 let. b OAMal). Nonobstant le texte de ces dispositions, toutefois, le fait de séjourner en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure constitue en réalité un motif d'exclusion de l'assurance, et non seulement un motif de dispense de l'obligation d'assurance (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, no 121 p. 437 ; Beat Meyer, Krankenversicherung [Versicherte und Finanzierung], in Handbücher für die Anwaltspraxis, Band XI, Recht der Sozialen Sicherheit, Bâle 2014, n. 12.52 p. 445).

b) A. _____ est arrivée en Suisse, en 2010, dans le seul but de se faire soigner. Cela ressort en particulier du fait que le diagnostic pour lequel elle a été traitée en Suisse avait été posé par son médecin traitant en [...] déjà, qu'elle a été admise aux urgences du CHUV le 21 octobre 2010, soit le lendemain de son arrivée en Suisse, et que son beau-fils et sa petite-fille ont exposé, lors d'un entretien du 31 mars 2011 avec des représentants du CHUV, qu'elle avait l'intention de retourner en [...] après les soins, le projet pouvant évoluer vers une demande de regroupement familial en fonction de l'état de santé et du besoin de soins.

Compte tenu de cette constatation, A. _____ ne remplissait pas les conditions pour être assurée en Suisse lorsqu'elle a été affiliée par la défenderesse, qui a résilié à juste titre le contrat d'assurance avec effet rétroactif au 1^{er} février 2011, par une décision sur opposition du 21 septembre 2011, aujourd'hui entrée en force. Les faits nouveaux portés à sa connaissance par le CHUV constituaient un motif de révision procédurale de la décision d'admission à l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Le point de savoir si A. _____ disposait ou non d'un titre de séjour valable est sans pertinence dans ce contexte, dès lors que la Circulaire 02/10 de l'Office fédéral des assurances sociales relative à l'affiliation des personnes sans titre de séjour en Suisse ne concerne pas les personnes arrivées en Suisse en vue de se faire soigner. Au demeurant, cette circulaire ne saurait contraindre les assureurs-maladie à affilier une personne à l'assurance obligatoire des

soins en cas de maladie ou d'accident sans vérifier préalablement si elle remplit les conditions d'affiliation. Pour procéder aux vérifications requises, l'assureur-maladie peut demander les renseignements nécessaires aux autorités administratives cantonales et fédérales (art. 32 al. 1 let. b LPGA), au besoin en requérant la collaboration de la personne souhaitant s'affilier (art. 28 al. 1 et 3 LPGA).

4. a) En cas de traitement ambulatoire, l'art. 42 al. 1 LAMal pose le principe selon lequel, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.

Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent déroger au système du tiers garant et convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). Par ailleurs, en cas de traitement hospitalier stationnaire, le système du tiers payant est applicable indépendamment d'un accord entre assureurs et hopitaux (art. 42 al. 2 LAMal).

b) Le système du tiers payant réservé par l'art. 42 al. 2 LAMal constitue une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, ch. 986 p. 327). Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur (ATF 132 V 18 consid. 5.2) ; il s'acquitte de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré. Le prestataire de soins ne dispose donc pas d'une créance contre l'assuré, mais contre l'assureur-maladie de ce dernier. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en

règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies : l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement au fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas remplies (ATF 132 V 18 consid. 5.2).

Le système du tiers payant offre la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera payé en cas d'exécution de ses obligations conformément à la convention. Le principe et l'efficacité même d'une convention tarifaire instaurant un tel système reposent sur cette garantie. La remettre en cause créerait une brèche dans la cohérence du régime du tiers payant en réservant au fournisseur la possibilité d'adopter de cas en cas le régime individuel du tiers payant quand il n'aurait pas l'assurance d'être directement remboursé par l'assureur. Cela dénaturerait, en définitive, le sens et le but du système du tiers payant voulu par les parties à la convention (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.4). Ce principe est également valable, mutatis mutandis, en cas de traitement hospitalier stationnaire, le principe du tiers payant étant alors prévu par la loi (art. 42 al. 2, 2^{ème} phrase, LAMal). Son application suppose toutefois que le fournisseur de prestations ait lui-même agi conformément à ses obligations conventionnelles et légales.

5. a) aa) En l'espèce, les parties sont liées notamment par la Convention-cadre TARMED conclue les 27 mars et 11 juillet 2002 entre S._____, d'une part, et P._____, d'autre part (ci-après : Convention-cadre TARMED). Cette convention a pour objet l'introduction et la mise en application d'une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale, ainsi que de modalités uniformes d'indemnisation des hôpitaux par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 49 al. 5 LAMal. Elle prévoit à son article 9 al. 5 que dans le système du tiers payant, l'hôpital fournit à l'assureur la facture pour toutes les prestations médicales et techniques ainsi que pour le matériel de consommation imputable, et en adresse copie à l'assuré. L'assureur paie à l'hôpital la partie incontestée de la facture dans les trente jours, en cas de facturation

par voie électronique (art. 9 al. 9 Convention-cadre TARMED). La facturation à l'hôpital de sommes dues par l'assuré à l'assureur est exclue dans le système du tiers payant (art. 9 al. 10 Convention-cadre TARMED). Les hôpitaux qui ont adhéré à la convention s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité, conformément à l'art. 56 LAMal (art. 10, 1^{ère} phrase, Convention-cadre TARMED). Ils doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (économicité du traitement : art. 11 Convention-cadre TARMED).

bb) Les parties sont également liées par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. Cette convention prévoit, à son art. 7 al. 1, que l'assureur est le débiteur de la rémunération de la prestation médicale (système du tiers payant). Elle prévoit également l'obligation, pour le fournisseur de prestations, d'informer son patient sur les prestations d'assurance-maladie sociale et sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 8 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED).

cc) Les parties sont encore liées par la CVHo, qui concerne les prestations hospitalières stationnaires à des patients atteints d'affections aiguës nécessitant la mise en œuvre de mesures médicales continues et intensives (cf. art. 5 et 7 CVHo). Elle prévoit à son art. 10 al. 1 que l'hôpital s'engage à fournir aux patients relevant de la convention l'ensemble des prestations nécessaires au traitement de leur affection, ainsi que les prestations hôtelières. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques au sens des art. 32 et 56 LAMal. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 11 CVHo). L'hôpital doit annoncer à l'assureur l'hospitalisation d'un assuré au moyen d'un avis d'entrée. Il garantit que l'hospitalisation est une prestation obligatoire au sens de la LAMal et, en cas de doute, consulte le médecin-conseil de l'assureur (art. 14 CVHo). Il annonce immédiatement à l'assureur la date de sortie d'un assuré (art. 15 CVHo) et informe son patient sur les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins et sur leurs coûts (art. 16 CVHo). Pour sa part, l'assureur qui ne peut se déterminer sur

la prise en charge du traitement hospitalier, à réception de l'avis d'entrée, doit en informer l'hôpital dans les cinq jours ouvrables (art. 17 al. 1 CVHo). Lorsqu'un délai supplémentaire lui est nécessaire, il en informe à nouveau l'hôpital dans les cinq jours ouvrables (art. 17 al. 3 CVHo). Enfin, toujours dans le même délai, il doit informer l'hôpital lorsqu'il refuse de prendre en charge le séjour hospitalier (art. 17 al. 4 CVHo).

Les assureurs qui ont adhéré à la CVHo fonctionnent comme tiers-payant pour tous les cas relevant de la convention (art. 19 CVHo). Les parties contractantes ont adhéré à l'association de la M. _____ (M. _____), qui est dotée de la personnalité juridique (art. 25 CVHo). Cette dernière met à disposition des assureurs un support informatique pour permettre l'échange des données des éléments de facturation concernant les séjours dans les établissements hospitaliers (art. 21 al. 1 CVHo). A réception de la facture, si celle-ci fait l'objet d'une contestation, l'assureur en informe l'hôpital et la M. _____ dans les meilleurs délais, en indiquant les motifs de la contestation (art. 21 al. 3, 1^{ère} et 2^{ème} phrase, CVHo).

dd) Les parties sont liées, enfin, par la CVHo réa, relative aux prestations hospitalières stationnaires pour des patients atteints d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessitant la mise en œuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs, les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent étant toutefois moins importants en termes d'équipement et de personnel que pour les patients somatiques aigus tels que définis par la CVHo (art. 5 et 7 CVHo réa).

Cette convention prévoit à ses art. 10 et 11 des obligations comparables à celles prévues par les art. 10 et 11 CVHo. Elle prévoit par ailleurs, à son art. 14, que l'admission ou le changement de statut de séjour d'un patient (passage d'un statut soumis à la CVHo vers un statut soumis à la CHVo réa) fait l'objet d'une demande d'admission préalable, par fax, de l'établissement à l'assureur, conformément à l'annexe 4a à la CVHo réa. L'assureur s'engage à répondre par retour de fax dans un délai

maximum de quarante-huit heures. L'art. 15 prévoit également un avis d'entrée par lequel l'hôpital annonce à l'assureur l'hospitalisation d'un assuré au moyen de l'avis d'entrée selon l'annexe 3 à la CVHo réa et garantit que l'hospitalisation est une prestation obligatoire au sens de la LAMal. En cas de doute, il consulte le médecin-conseil de l'assureur. Le fournisseur de prestations informe son patient sur les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire et sur leurs coûts (art. 17 CVHo réa).

A réception de la demande de garantie, lorsque l'assureur ne peut se déterminer sur la prise en charge du séjour hospitalier, il en informe l'hôpital dans les quarante-huit heures (jours ouvrables) (art. 18 al. 1 CVHo réa). Lorsqu'un délai supplémentaire est indispensable à l'assureur pour se déterminer, il en informe l'hôpital dans le même délai (art. 18 al. 2 CVHo réa). Lorsqu'un assureur refuse de prendre en charge le séjour hospitalier, il en informe l'hôpital avec copie à l'assuré dans le même délai (art. 18 al. 3 CVHo réa).

Les assureurs qui ont adhéré à la CVHO réa fonctionnent comme tiers-payant pour tous les cas relevant de cette convention (art. 20 al. 1 CVHo réa).

ee) Dans l'application des dispositions légales et conventionnelles précitées, le CHUV, comme la défenderesse, sont tenus d'agir conformément aux règles de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]).

b) aa) En l'espèce, l'essentiel des frais de traitement litigieux découle de traitements stationnaires soumis à la CHVo, pour la période du 25 mars au 8 avril 2011 (facture no [...] portant sur un montant de 6'731 fr. 30) et pour la période du 31 mai au 9 juin 2011 (facture no [...] portant sur un montant de 28'737 fr. 30). En ce qui concerne ces prestations, le CHUV était tenu de respecter les dispositions de la LAMal et de la CVHo. Elles consistaient essentiellement à dispenser un traitement efficace, économique et approprié, conformément aux art. 32 al. 1 et 56 al. 1

LAMal, ainsi qu'à l'art. 11 CVHo. Il ne ressort pas du dossier, et la défenderesse ne l'allègue pas, que le CHUV n'aurait pas respecté ces obligations.

bb) Le CHUV était également tenu d'informer la patiente sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 16 CVHo ; cf. également ATF 127 V 43 consid. 2f et 119 II 460 consid. 2d). Compte tenu des circonstances de l'arrivée de la patiente en Suisse dont il avait connaissance, il avait de forts doutes sur la possibilité de cette dernière de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident. Cela lui imposait, dès lors que la patiente avait présenté une attestation d'assurance délivrée par la défenderesse, d'informer A. _____ de ces doutes. Le CHUV a dûment rempli ce devoir d'information.

cc) Le CHUV était tenu, enfin, d'adresser à la défenderesse un avis d'entrée pour toute hospitalisation soumise à la CVHo, ce qui a été fait pour les deux séjours du 25 mars au 8 avril 2011 et du 31 mai au 9 juin 2011. A partir du moment où il avait reçu cet avis d'entrée, l'assureur-maladie disposait d'un délai de cinq jours ouvrables pour informer le CHUV d'un refus de prise en charge ou du fait qu'il ne pouvait se déterminer immédiatement (art. 17 al. 1 et 3 CVHo). A défaut, le CHUV pouvait partir du principe que le paiement des frais de traitement était garanti (système du tiers payant « conditionnel ») ; il n'était pas tenu de vérifier plus en détail si la patiente remplissait effectivement les conditions lui permettant de s'assurer en Suisse, question qui ne relevait pas davantage de la compétence du médecin-conseil de l'assurance. Les règles de la bonne foi lui imposaient, certes, de faire son possible pour informer en temps utile la défenderesse des circonstances dont il avait connaissance quant au but du séjour en Suisse, après s'être fait délier du secret médical. Mais sur ce point encore, le CHUV a rempli ses obligations puisqu'il a demandé, dans un délai raisonnable, que le [...] le délivre de son secret médical et qu'il a ensuite informé la défenderesse de toutes les circonstances dont il avait connaissance en relation avec le but du séjour de la patiente en Suisse. Le CHUV ne pouvait pas communiquer ces informations administratives sans

se faire délier du secret médical. En particulier, il ne pouvait pas passer directement par la procédure d'information du médecin-conseil de l'assureur-maladie, dans la mesure où il ne s'agissait pas de faire vérifier par ce médecin-conseil l'efficacité, l'économicité ou l'adéquation du traitement (cf. art. 14 CVHo et 57 al. 4 LAMal), mais de communiquer des données relatives à l'obligation d'affiliation de la patiente (but du séjour en Suisse). Enfin, on observera que le CHUV n'a entrepris aucun traitement particulièrement onéreux et non urgent avant d'avoir pu informer la défenderesse de ses doutes relatives aux conditions d'affiliation de la patiente à l'assurance obligatoire des soins, le 16 mai 2011. La facture de 28'737 fr. 30, qui constitue la part de loin la plus importante des frais de traitement litigieux, a été émise à la suite d'une hospitalisation de A._____ du 31 mai au 9 juin 2011, soit postérieurement à cette communication. Malgré cela, la défenderesse n'a pas réagi dans le délai utile à l'avis d'entrée du 3 juin 2011. Dès lors que la défenderesse avait délivré une attestation d'assurance à la patiente et qu'elle n'avait rien objecté à la suite des avis d'entrée communiqués par le CHUV, ce dernier était tenu de lui prodiguer les soins requis par son état de santé, conformément à l'art. 41a al. 1 LAMal. Compte tenu du système du tiers payant conditionnel prévu par la CVHo, il n'était pas en droit d'exiger une garantie de paiement de l'assurée ou de sa famille et ne pouvait pas traiter la patiente comme la débitrice des frais de traitement. Le CHUV devait adresser ses factures à la défenderesse, débitrice directe de ces frais de traitement.

Dans ce contexte, on ajoutera que le prestataire de soins doit pouvoir se fier à l'attestation d'assurance délivrée par un assureur-maladie et à l'absence d'objection émise par l'assureur dans le délai prévu par l'art. 17 CVHo, à la suite d'un avis d'entrée à l'hôpital. Le système du tiers payant conditionnel n'aurait aucun sens si l'assureur pouvait s'en distancer par la suite et refuser d'acquitter une facture au motif que le patient concerné ne remplissait pas, en réalité, les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins. En devenant le débiteur direct des frais de traitement, l'assureur-maladie a fourni sa prestation vis-à-vis de la personne assurée. S'il s'aperçoit par la suite qu'il a délivré une attestation

d'assurance à tort, à une personne qui ne remplissait pas les conditions d'affiliation, il lui appartient de résilier cette affiliation avec effet rétroactif et d'exiger le remboursement des prestations à cette personne elle-même, contre restitution des primes d'assurance (cf. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung, in SBVR Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, no 123 p. 437 ; ATF 130 V 318 [TFA K 147/03 du 12 mars 2004] consid. 6.2 non publié ; TFA K 128/99 du 16 mai 2000 consid. 2a, K 34/99 du 22 décembre 2000 consid. 6a ; cf. également Ueli Kieser, Rückerstattung von Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung, in HILL 2010 II n. 2, p. 12). Vis-à-vis des prestataires de soins, l'assureur-maladie reste en revanche débiteur des factures pour des traitements prodigués avant le retrait de l'attestation d'assurance ou son invalidation.

Enfin, rien ne permet de tenir pour établies les allégations de la défenderesse relatives à la mauvaise foi du CHUV, qui aurait selon elle informé l'un des services de l'assureur-maladie de ses doutes sur le droit de A. _____ de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins, d'une part, et délivré une attestation d'entrée à un autre de ses services, d'autre part, en tablant délibérément sur l'absence de communication interne entre les collaborateurs des services concernés.

Il résulte de ce qui précède que la défenderesse est tenue d'acquitter les factures no [...] et no [...] pour les traitements stationnaires suivis par A. _____ au CHUV du 25 mars au 8 avril 2011 et du 31 mai au 9 juin 2011.

6. En ce qui concerne les frais de traitement ambulatoire pour la période du 18 au 28 avril 2011 (factures no [...] et no [...], portant sur un montant total de 236 fr. 20), il sont également dû par la défenderesse, compte tenu du système du tiers payant prévu par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED et de l'attestation d'assurance établie par la défenderesse. Dès lors que cette dernière avait délivré une telle attestation, et l'absence de toute information relative à son retrait, le CHUV était tenu de prodiguer à l'assurée les soins requis par son état de santé, conformément à l'art. 41a al. 1 LAMal. Il n'était pas en droit

d'exiger une garantie de paiement de l'assurée ou de sa famille et ne pouvait pas traiter la patiente comme la débitrice des frais de traitement. Par ailleurs, comme on l'a vu ci-avant, le CHUV a respecté ses obligations vis-à-vis de la patiente et de l'assureur-maladie.

7. La situation diffère pour la facture no [...] (2'256 fr.), portant sur l'hospitalisation en division de réadaptation, du 9 au 16 juin 2011. En effet, à la suite de l'attestation d'entrée que lui avait adressée le CHUV le 14 juin 2011, la défenderesse a répondu, le lendemain, qu'elle devait réserver sa position quant à la prise en charge des prestations, car elle devait compléter l'instruction et ne pouvait pas traiter le dossier immédiatement. Six jours plus tard, elle a informé le CHUV de la résiliation du contrat d'assurance avec effet rétroactif au 1^{er} février 2011. Dans ces circonstances, le CHUV ne peut se prévaloir du système du tiers payant conditionnel prévu par la CVHo réa pour exiger le paiement de la facture par l'assureur-maladie, ce dernier ayant expressément, et clairement, émis une réserve sur la prise en charge de l'hospitalisation, à l'attestation d'entrée qui lui avait été adressée.

8. a) Aux termes de l'art. 21 al. 2 CVHo, les assureurs honorent les factures au plus tard à la date d'échéance figurant sur celles-ci auprès de la M. _____ (trente-trois jours après l'émission de la facture). Tout dépassement du délai de paiement entraîne des intérêts de retard facturés par la M. _____ (art. 21 al. 4 CVHo). Le taux d'intérêt débiteur appliqué par la M. _____ en 2011 correspond au taux d'intérêt de la dette consolidée de l'Etat de Vaud pour 2010 (art. 21 al. 5 CVHo). Ce taux était de 3,4%, comme cela ressort des comptes 2010 de l'Etat de Vaud (p. 290).

L'art. 9 al. 11 de la Convention-cadre TARMED prévoit par ailleurs qu'un intérêt moratoire de 5% est dû après trente jours, soit dès le 31^{ème} jour après l'émission de la facture.

b) En l'espèce, la facture [...], portant sur des frais d'hospitalisation stationnaire, a été émise le 2 juin 2011 et mentionne un

délai de paiement au 5 juillet 2011. Par conséquent, un intérêt moratoire de 3,4% est dû sur le montant de 6'731 fr. 30, dès le 6 juillet 2011. La facture no [...], portant également sur des frais de traitement stationnaire, a été émise le 20 octobre 2011, avec un délai de paiement au 22 novembre 2011, de sorte qu'un intérêt moratoire de 3,4% est dû sur le montant de 28'737 fr. 30 dès le 23 novembre 2011.

Par ailleurs, les factures no [...] et [...], portant sur des frais de traitement ambulatoire, ont été émises le 28 mai 2011. Un intérêt moratoire de 5% est dû sur le montant de 236 fr. 20 dès le 28 juin 2011.

9. La demanderesse voit quasiment la totalité de ses conclusions admises, de sorte que les frais de justice sont intégralement mis à la charge de la défenderesse. Les parties étant l'une et l'autre chargées de tâches de droit public, aucun dépens ne sera alloué (ATF 126 V 143 consid. 4a).

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
prononce :**

- I.** La demande est admise en tant qu'elle porte sur les factures no [...], [...], [...] et [...], et la défenderesse est condamnée au paiement d'un montant de 236 fr. 20, avec intérêt à 5% l'an dès le 28 juin 2011, d'un montant de 6'731 fr. 30, avec intérêt à 3,4% l'an dès le 6 juillet 2011 et d'un montant de 28'737 fr. 30, avec intérêts à 3,4% l'an dès le 23 novembre 2011.
- II.** La demande est rejetée en tant qu'elle porte sur la facture [...].
- III.** L'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites et faillite du district de [...] est levée à concurrence de 236 fr. 20, plus intérêt à 5% l'an dès le 28 juin 2011, de 6'731 fr. 30, avec intérêt à 3,4% l'an dès le 6

juillet 2011 et de 28'737 fr. 30, avec intérêts à 3,4% l'an dès le 23 novembre 2011. Elle est maintenue pour le surplus.

IV. Les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral sont arrêtés à 12'000 fr. (douze mille francs), soit :

- 7'000 fr. (sept mille francs) à titre d'émolument judiciaire,
- 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de rémunération des deux arbitres,

et sont mis à la charge de Mutuel assurance maladie SA. Ces frais sont couverts par les avances effectuées par les parties.

V. Mutuel assurance maladie SA versera à l'Etat de Vaud un montant de 9'500 fr. (neuf mille cinq cents francs) à titre de remboursement de l'avance de frais qu'il a effectuée.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour l'Etat de Vaud),
- Mutuel assurance maladie SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du

17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :