

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

9C_195/2013

Arrêt du 15 novembre 2013

Ile Cour de droit social

Composition

MM. et Mme les Juges fédéraux Kernén, Président, Borella et Glanzmann.

Greffier: M. Piguet.

Participants à la procédure

SWICA Assurance-maladie SA,
Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
recourante,

contre

Sitex SA,
Chemin des Aulx 12, 1228 Plan-les-Ouates,
représentée par Me Tobias Zellweger, avocat,
intimée,

Objet

Assurance-maladie (prestations de soins à domicile),

recours contre le jugement de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 31 janvier 2013.

Faits:

A.

A.a. Sitex SA est une société fondée en 1991 qui fournit des prestations de services et fait la vente de produits dans le domaine de la santé, autorisée dans la République et canton de Genève, d'une part, à pratiquer en qualité d'organisation d'aide et de soins à domicile et, d'autre part, à exploiter une pharmacie d'hospitalisation.

A.b. Assurée auprès de SWICA Assurance-maladie SA (ci-après: la Swica) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, H. _____ a bénéficié entre le 3 mars 2008 et le 23 août 2009 des services fournis par Sitex SA (prestations de soins infirmiers et de pharmacie clinique dans le contexte d'une nutrition parentérale à domicile). Dans le cadre de cette prise en charge, Sitex SA s'est fait céder les créances de sa patiente à l'encontre de la Swica et a transmis directement ses factures à cette dernière.

A.c. Le 19 mars 2009, Sitex SA a mis en demeure la Swica de lui payer le solde demeuré impayé de ses factures relatives à la période courant du 3 mars au 30 septembre 2008, soit un montant de 82'784 fr. 06, ramené par la suite à 76'221 fr. 28. Par décision du 20 avril 2009, confirmée sur opposition le 25 novembre suivant, la Swica a refusé de rembourser le montant réclamé, expliquant en substance que les bases tarifaires appliquées par Sitex SA étaient erronées et que certaines prestations facturées ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins.

B.

Le 11 janvier 2010, Sitex SA a déféré la décision sur opposition du 25 novembre 2009 devant le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève (aujourd'hui: la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales), en

concluant à la condamnation de la Swica au paiement d'un montant de 74'864 fr. 88. Compte tenu de l'action en paiement ouverte parallèlement par Sitex SA devant le Tribunal arbitral des assurances de la République et canton de Genève, la procédure a été suspendue le 1^{er} mars 2010 jusqu'à droit connu sur la question de la compétence. Elle a été reprise le 10 janvier 2011, après que le Tribunal fédéral eut tranché la question de la compétence en faveur du Tribunal cantonal des assurances sociales (arrêt 9C_320/2010 du 2 décembre 2010).

Après avoir procédé à plusieurs échanges d'écritures et entendu les parties au cours d'une audience de comparution personnelle, la Cour de justice a, par jugement du 31 janvier 2013, partiellement admis le recours, annulé la décision du 25 novembre 2009 et condamné la Swica à verser à Sitex SA le montant de 70'931 fr. 44 avec intérêts à 5 % l'an dès le 23 août 2011.

C.

La Swica interjette un recours en matière de droit public contre ce jugement dont elle demande l'annulation.

Sitex SA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Invité à se déterminer, l'Office fédéral de la santé publique a déposé des observations.

Considérant en droit:

1.

Prenant position sur la recevabilité du recours, l'intimée conteste la qualité pour recourir de SWICA Assurance-maladie SA, au motif que la procédure qui a abouti au jugement du 31 janvier 2013 l'opposait à l'association SWICA Organisation de santé. S'il est vrai que le rubrum du jugement attaqué mentionne l'association SWICA Organisation de santé en qualité de partie intimée, cette mention résulte à l'évidence d'une inadvertance de la part de la juridiction cantonale, erreur qui ne saurait porter préjudice à la recourante. Certes, l'ensemble des écritures de la recourante faites au cours des procédures administrative et de première instance ont été rédigées sur papier à en-tête de SWICA Organisation de santé; elles ont toutefois été systématiquement signées au nom et pour le compte de SWICA Assurance-maladie SA, laquelle est d'ailleurs seule habilitée au sein du groupe SWICA à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Confinant à la témérité, le moyen de l'intimée doit par conséquent être rejeté.

2.

Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), sans être limité par les arguments de la partie recourante ou par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). La partie recourante qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération. Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

3.

La recourante reproche en premier lieu à la juridiction cantonale d'avoir étendu la procédure au-delà de l'objet de la contestation déterminée par la décision sur opposition du 25 novembre 2009, en y intégrant deux factures relatives au mois de juillet 2008 (factures BA21310020067 [prestations de soins infirmiers] et BA21310020070 [prestations de pharmacie clinique]) et une facture relative au mois de septembre 2008 (facture BA21310020837 [prestations de pharmacie clinique]) qui n'avaient pas fait l'objet de la mise en demeure du 19 mars 2009 ni de l'opposition du 15 mai 2009 ni du recours formé le 11 janvier 2009 devant la juridiction cantonale. Puisqu'il est susceptible d'influer sur l'étendue de la question soumise à l'examen du Tribunal fédéral, il convient d'examiner ce grief avant tout autre.

3.1. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1a p. 414).

Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est

admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2 e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

3.2. En l'occurrence, la juridiction cantonale a étendu la procédure sans respecter le cadre précité. Qu'il s'agisse de la mise en demeure, de l'opposition ou de l'acte de recours qu'elle a rédigés, l'intimée a constamment indiqué que sa requête concernait onze factures établies entre les mois de mars et de septembre 2008, à l'exclusion des deux factures qu'elle avait établies pour le mois de juillet (prestations de soins infirmiers et de pharmacie clinique) et d'une facture concernant le mois de septembre (prestations de pharmacie clinique). Cet état de fait a une nouvelle fois été confirmé au cours de l'audience de comparution personnelle qui s'est déroulée le 26 septembre 2011. Certes, il est vrai que la juridiction cantonale a interpellé la recourante les 19 janvier et 21 février 2012 afin que celle-ci la renseigne sur différents éléments relatifs aux trois factures précitées. Elle n'a toutefois pas informé la recourante - et encore moins l'intimée - de son intention de statuer expressément sur lesdites factures et ne l'a, partant, pas invitée à se prononcer sur cet état de choses, alors même que la recourante l'avait interpellée le 10 février 2012 à ce sujet. On ne saurait par ailleurs déduire des écritures de la recourante

qu'elle aurait tacitement acquiescé à une extension de la procédure. Dans ces conditions, la juridiction cantonale a excédé ses compétences en étendant l'objet de la contestation. Le jugement entrepris doit par conséquent être annulé, en tant qu'il inclut l'examen du bien-fondé des factures BA21310020067, BA21310020070 et BA21310020837.

4.

Sur le fond, le litige a pour objet la question de savoir dans quelle mesure les prestations fournies par l'intimée dans le cas d'espèce sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La question principale a trait au tarif applicable aux soins fournis par l'intimée entre les mois de mars et de septembre 2008.

4.1. D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008), ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal; RS 832.102]), a défini le domaine des prestations de soins à domicile, ambulatoires ou dispensées dans un établissement médico-social à l'art. 7 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995

(OPAS; RS 832.112.31). Conformément à l'al. 1 let. b de cette disposition, l'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7 al. 2 et art. 8a) sur prescription médicale ou sur mandat médical par des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal). Figure parmi les soins pris en charge l'administration entérale ou parentérale de solutions nutritives (art. 7 al. 2 let. b ch. 8 OPAS; voir également l'art. 1 OPAS en corrélation avec le ch. 2.1 de l'annexe 1 à l'OPAS).

4.2.

4.2.1. Aux termes de l'art. 43 al. 1 et 2 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs

factures sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif est une base de calcul de la rémunération qui peut se fonder sur différents éléments (let. a à d). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral (art. 46 al. 4 LAMal). Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 5 LAMal). Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et

structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 43 al. 7 LAMal).

4.2.2. S'agissant des prestations de soins à domicile, ambulatoires ou dispensées dans un établissement médico-social, les prestations peuvent être facturées notamment sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait, les tarifs pouvant être combinés (art. 9 al. 1 et 2 OPAS). Les partenaires tarifaires conviennent ou l'autorité compétente fixe pour les prestations effectuées par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile des tarifs échelonnés selon la nature et la difficulté des prestations (art. 9 al. 3 OPAS).

4.2.3. L'art. 59a OAMal habilite le DFI à édicter des tarifs-cadre applicables aux prestations définies à l'art. 7 OPAS dispensées par des infirmiers ou des infirmières, des organisations de soins et d'aide à domicile ou des établissements médico-sociaux, lorsque les bases de calcul des coûts de ces prestations sont insuffisantes (Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 1999 727, 777). Faisant usage de cette délégation, le DFI a adopté l'art. 9a OPAS entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998 (RO 1997 2436). En vertu de l'alinéa premier de cette disposition (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010 [RO 2007 6839]), tant que les fournisseurs de prestations définis à l'art. 7 al. 1 let. a et b OPAS ne disposaient pas de bases de calcul des coûts des prestations établies en commun avec les assureurs, les tarifs-cadre par heure suivants ne pouvaient être dépassés:

- a. pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. c, dans des situations simples et stables: 30 à 48 fr. 50;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. c, dans des situations complexes et instables, ainsi que pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. b: 45 à 70 fr.;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. a: 50 à 75 fr.

4.3.

4.3.1. Avant l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996 de la LAMal, les rémunérations applicables dans la République et canton de Genève pour les traitements auxquels procédait le personnel paramédical sur prescription des médecins étaient fixées par convention passée entre les caisses et ces personnes (art. 22quater al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 [LAMA; RO 1964 972]). Ainsi, la Section genevoise de la Croix-Rouge Suisse et la Fédération genevoise des caisses-maladie avaient passé le 14 décembre 1987 une convention fixant les rémunérations applicables pour les soins effectués à domicile ou ambulatoirement par du personnel paramédical (infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes), sur prescription d'un médecin, aux membres des caisses-maladie (ci-après: la Convention Croix-Rouge). Cette convention, modifiée pour la dernière fois par avenant le 31 août 1993, prévoyait un tarif à la prestation (selon annexe 1 à ladite convention). La rémunération des différentes prestations mentionnées était basée sur une moyenne de 13 fr. 30 le quart d'heure d'intervention.

4.3.2. Dans le contexte de l'entrée en vigueur de la LAMal, le Conseil d'Etat de la République et canton de Genève a adopté le 18 décembre 1995 un règlement fixant le tarif-cadre des prestations fournies par les infirmières et infirmiers et les organisations de soins et d'aide à domicile (RTCADom; RS/GE J 3 05.20). Le règlement prévoyait en cas de régime sans convention une facturation horaire par quart d'heure de 16 fr. pour les infirmières et infirmiers diplômés et de 12 fr. 80 pour les aides qualifiées. Il prévoyait également la facturation du matériel de soins au forfait ainsi que le remboursement des frais de déplacement sur la base d'une taxe kilométrique.

4.3.3. Saisi d'un recours formé par la Fédération genevoise des caisses-maladie, le Conseil fédéral a, par décision du 1^{er} juillet 1998, modifié le règlement adopté par le Conseil d'Etat et ordonné que la facturation à compter du 1^{er} janvier 1996 des prestations en cas de régime sans convention se fasse, pour tous les fournisseurs de soins reconnus, sur la base des tarifs conventionnels en vigueur jusqu'alors (auxquels appartenait notamment la Convention Croix-Rouge) pour ce qui est des prestations prévues à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et en fonction du temps consacré pour ce qui est des prestations prévues à l'art. 7 al. 2 let. a et c OPAS (15 fr. pour les infirmières et infirmiers diplômés et 12 fr. pour les aides qualifiées). Il a par ailleurs annulé les dispositions du RTCADom relatives à la facturation du matériel de soins et au remboursement des frais de déplacement (décision du Conseil fédéral KV 41 du 1^{er} juillet 1998, in RAMA 1998 p. 394).

4.3.4. Le 5 décembre 2005, le Conseil d'Etat de la République et canton de Genève a modifié le RTCADom, en restreignant son champ d'application aux organisations de soins et d'aide à domicile au bénéfice d'une subvention de l'Etat. A compter du 1^{er} janvier 2006, toutes les prestations prévues à l'art. 7 OPAS devaient être facturées selon un tarif au temps (entre 11 fr. 75 et 17 fr. 40 le quart d'heure selon le type de soins, rémunération comprenant temps et frais de déplacement).

4.4. En l'espèce, la juridiction cantonale a considéré que les parties se trouvaient, au moment des faits litigieux, dans un régime sans convention tarifaire, tout en étant soumises à des tarifs d'origine conventionnelle.

4.4.1. La juridiction cantonale a constaté que la Convention Croix-Rouge - dont il n'était nullement établi qu'elle était encore en vigueur en 2008 - n'était pas applicable aux relations entre les parties, puisque ni l'une ni l'autre n'y avaient jamais adhéré; que les parties ne prétendaient pas avoir conclu un autre accord; et que le RTCADom n'était pas applicable, faute pour l'intimée d'être une organisation subventionnée. Cela étant, quand bien même les parties n'étaient soumises ni à une convention tarifaire ni à un règlement fixant le tarif-cadre des prestations, il n'y avait pas lieu de conclure à l'existence d'un vide tarifaire que le gouvernement genevois aurait omis de combler. En effet, à compter de l'entrée en vigueur de la LAMal, la tarification à l'acte - à l'origine conventionnelle puisque prévue par la Convention Croix-Rouge - a été appliquée dans les cas de régime sans convention tarifaire par tous les fournisseurs de prestations reconnus dans le canton de Genève. Les tarifs prévus par la Convention Croix-Rouge ont depuis lors constitué l'unique base de facturation des prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile non soumises à une convention tarifaire. En excluant par la suite expressément l'intimée du champ d'application du RTCADom, le Conseil d'Etat avait délibérément voulu maintenir la tarification à l'acte telle qu'elle avait été appliquée par l'intimée depuis le 1^{er} janvier 1996 à tout le moins. Ainsi, si la Convention Croix-Rouge ne liait certes pas les parties, il n'en demeurait pas moins que les tarifs à l'acte qu'elle prévoyait leur étaient applicables.

4.4.2. Quant à la question du caractère applicable au litige de l'art. 9a al. 1 OPAS, la juridiction cantonale a constaté que la Convention Croix-Rouge avait été appliquée par tous les fournisseurs de prestations de la République et canton de Genève non soumis à un régime conventionnel entre le 1^{er} janvier 1996 et le 30 décembre 2005, soit à une époque où le plafonnement des tarifs s'imposait déjà. Au demeurant, le Conseil fédéral avait dans sa décision du 1^{er} juillet 1998 considéré que l'application de la Convention Croix-Rouge - en tant qu'elle induisait un tarif horaire de 53 fr. 20 (soit 13 fr. 30 le quart d'heure) - entrait dans la fourchette fixée par les tarifs-cadre de l'art. 9a OPAS; cette limite tarifaire était en tout état de cause inférieure aux 70 fr. en vigueur en 2008 et 2009 (cf. décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998 précitée, consid. II/19). Au cas où ils auraient dépassé les tarifs-cadre au 1^{er} janvier 2004, les tarifs litigieux auraient alors bénéficié de la dérogation prévue par les dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 20 décembre 2006. Il convenait enfin d'ajouter que le Conseil fédéral avait étendu l'application du tarif à l'acte prévu par la Convention Croix-Rouge à tous les fournisseurs de prestations, tout en étant conscient que ce système tarifaire incitait à fournir un plus grand nombre de prestations et, partant, à augmenter le volume de celles-ci (décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998 précitée, consid. II/18).

4.5. En substance, la recourante fait grief à la juridiction cantonale d'avoir violé le droit fédéral en considérant que l'intimée était autorisée à facturer ses prestations à des montants outrepassant les tarifs-cadre prévus à l'art. 9a OPAS.

4.6. Imprécise, l'analyse de la juridiction cantonale ne peut pas être suivie, quand bien même elle s'avère au final correcte dans son résultat.

4.6.1. Dans sa décision du 1^{er} juillet 1998 (consid. II/19), le Conseil fédéral a, pour des motifs liés à l'égalité de traitement et aux difficultés administratives engendrées par un éventuel remboursement rétroactif de prestations, prolongé l'application de la Convention Croix-Rouge. Cependant, le Conseil fédéral a constaté que cette solution avait le désavantage de faire cohabiter deux systèmes de facturation, l'un à l'acte, l'autre au temps, dont on peut se demander s'il est bien raisonnable d'en proroger le mécanisme. Le Conseil fédéral constate toutefois qu'il appartient en premier lieu aux parties d'y mettre fin par la voie conventionnelle. Si tant est que cela s'avère impossible, c'est alors au gouvernement cantonal qu'il incombera d'édicter un nouveau tarif. Dans l'un ou l'autre cas, ce tarif devra être fondé sur des données concrètes et actualisées. Il n'est pas exclu qu'elles fassent encore défaut, auquel cas les parties ou, le cas échéant, le Conseil d'Etat se devront de respecter les tarifs-cadre prévus à l'article 9a, 1^{er} alinéa OPAS. Le Conseil fédéral a également apporté des précisions quant à l'application dans le temps de ce tarif (consid. II/23) : Contrairement à ce que laissent supposer les observations

finales du Conseil d'Etat, les tarifs-cadre de l'article 9a, 1^{er} alinéa OPAS, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998, ne sont pas des normes directement applicables. Comme exposé au considérant II.19 ci-avant, il incombe aux parties, le cas échéant, à l'autorité cantonale de fixer les tarifs qui, en l'absence de données suffisantes, devront se conformer aux tarifs-cadre précités. La présente décision détermine donc le tarif applicable jusqu'à cette échéance, ce à compter du 1^{er} janvier 1996.

4.6.2. La décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998, prise en dernière instance dans une procédure en matière de fixation d'un tarif conventionnel (art. 53 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 [RO 1995 1345]), est revêtue de l'autorité de la chose jugée et lie les autorités chargées de l'exécution de la loi. Ainsi, s'agissant des prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, le Conseil fédéral a fait le choix d'étendre au-delà du 1^{er} janvier 1996 l'application de la Convention Croix-Rouge (cf. supra consid. 4.3.3), tout en étant parfaitement conscient, comme le démontrent les extraits précités de la décision, que le tarif qu'il avait fixé pouvait entrer en conflit avec les tarifs-cadre de l'art. 9a al. 1 OPAS. L'absence dans l'intervalle de conclusion d'une convention tarifaire ou de fixation d'un tarif par le gouvernement cantonal a fait perdurer les effets de la décision jusqu'à l'époque des faits litigieux. On soulignera en particulier que la solution préconisée par le Conseil fédéral a bénéficié de la dérogation prévue par les dispositions transitoires des modifications de la LAMal du 8 octobre 2004 (RO 2004 4375; FF 2004 4019) et 20 décembre 2006 (RO 2006 5767; FF 2006 7159), laquelle

permettait d'appliquer les tarifs et les conventions qui avaient dépassé au 1^{er} janvier 2004 les tarifs-cadre fixés par le DFI sur la base de l'art. 104a LAMal (soit notamment l'art. 9a OPAS) jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge des coûts des prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social (nouveau régime de financement des soins, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011). Quant à la modification du RTCADom intervenue en 2006, elle ne concernait que les organisations de soins et d'aide à domicile au bénéfice d'une subvention de l'Etat, sans toucher la situation des autres organisations de soins et d'aide à domicile admises à pratiquer dans la République et canton de Genève, lesquelles, en l'absence de modification de la base tarifaire, continuaient à être soumises à la Convention Croix-Rouge. C'est donc à bon droit que les prestations fournies par l'intimée ont été facturées sur la base des tarifs fixés dans la Convention Croix-Rouge.

4.7. La juridiction cantonale a calculé le coût horaire des soins infirmiers pratiqués par l'intimée dans le cas particulier à 189 fr. (149 fr. 10 en soustrayant la majoration pratiquée pour les soins donnés les jours fériés, les dimanches et les nuits ainsi que les frais de déplacement). Force est de constater que l'hypothèse formulée à l'époque par le Conseil fédéral, selon laquelle l'application de la Convention Croix-Rouge induisait un tarif horaire de 53 fr. 20 (décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998 précitée, consid. II/19), ne s'est pas avérée exacte. Quand bien même ce coût horaire est nettement supérieur aux tarifs-cadre définis à l'art. 9a OPAS, il n'est pas possible de corriger cette situation. Comme on l'a vu précédemment, la facturation opérée par l'intimée résulte du RTCADom tel que modifié par la décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998. Dans la mesure où le gouvernement genevois a, en l'absence d'accord des partenaires conventionnels, renoncé à intervenir pour modifier la tarification en vigueur, il a accepté que cette situation perdure malgré les coûts supplémentaires portés à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ainsi que cela ressort des explications formulées par le Conseiller

d'Etat Unger au cours de la procédure (courrier du 2 juillet 2010), cette solution résultait d'un choix politique délibéré, influencé par des considérations socio-économiques (survie économique des

organisations non subventionnées), dont le Tribunal fédéral ne saurait discuter l'opportunité.

4.8. Dans la mesure où la Convention Croix Rouge est applicable en l'espèce au calcul des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les griefs de la recourante - au demeurant sommairement motivés - relatifs à la conformité avec l'art. 7 OPAS de la qualification de certains actes médicaux ou du remboursement des frais de déplacement.

5.

Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si les prestations fournies par l'intimée répondent au critère de l'économicité posé à l'art. 32 al. 1 LAMal, singulièrement s'il existe une disproportion manifeste entre le coût d'une prise en charge à domicile et celui d'une prise en charge dans un établissement médico-social. En effet, le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 p. 140 et les références). Or il n'a jamais été soutenu au cours de la procédure - en particulier par la recourante - qu'une mesure médicale alternative (admission dans un établissement médico-social ou hospitalisation) pouvait entrer en ligne de compte en lieu et place des soins à domicile. A l'appui de ses constatations, la juridiction cantonale a d'ailleurs retenu que les soins à domicile paraissaient être l'unique mesure efficace et appropriée à la situation de l'assurée. Dans ces conditions, la question du caractère économique du traitement ne se posait pas et c'est donc de manière superflue que la juridiction cantonale a examiné cette question.

6.

La recourante conteste pour finir la prise en charge de certains matériels facturés par l'intimée (tubulures spécifiques [Remote Reservoir Adaptor Cassette]; compresses en non tissé stérile Medicomp®; désinfectant Betadine solution standard; poches de mélange Freka®Mix).

6.1. Selon l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien. Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner en détail les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. S'agissant des prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, le DFI, auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec les art. 33 let. e et 34 OAMal), a, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS, prévu un système dit de liste positive (cf. ATF 129 V 167 consid. 3.4 p. 172). Tant la liste des analyses (LA; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal; art. 34 et art. 60 à 62 OAMal; art. 28 OPAS; annexe 3 à l'OPAS) que la liste des médicaments avec tarifs (LMT; art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal; art. 34 et 63 OAMal; art. 29 OPAS; annexe 4 à l'OPAS), la liste des spécialités (LS; art. 52 al. 1 let. b LAMal; art. 34 et art. 64 à 75 OAMal; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des appareils et moyens (LiMA; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal; art. 33 let. e OAMal; art. 20 à 24 OPAS; annexe 2 à l'OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins d'une prestation correspondant à une analyse, à un médicament ou à un moyen ou appareil diagnostique ou thérapeutique suppose en principe que l'analyse, respectivement le médicament, le moyen ou l'appareil en cause, figure dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, de médicament ou encore d'appareil ou de moyen, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (pour les analyses: arrêt K 55/05 du 24 octobre 2005 consid. 1.3; pour les médicaments: ATF 136 V 395 consid. 5.1 p. 398; 134 V 83 consid. 4.1 p. 85; 131 V 349 consid. 2.2 p. 351; 130 V 532 consid. 3.4 p. 540; voir également arrêts K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.2.1, in RAMA 2004 n° KV 272 p. 109, et K 63/02 du 1^{er} septembre 2003 consid. 3.2, in RAMA 2003 n° KV 260 p. 299; pour les appareils et moyens: ATF 136 V 84 consid. 2.2 p. 86; voir également arrêts 9C_216/2012 du 18 décembre 2012 consid. 2.2, in SVR 2013 KV n° 12 p. 60, 9C_92/2012 du 12 avril 2012 consid. 4.1, in SVR

2012 KV n° 19 p. 69, et K 157/00 du 5 novembre 2011 consid. 3b, in RAMA 2002 n° KV 196 p. 7). Même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités (ou la liste des médicaments avec tarif), est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique (au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal), il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (cf. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, n° 347 p. 513). De même, un nouvel appareil ou nouveau moyen doit être inclus dans la LiMA pour constituer une prestation à charge de l'assurance-maladie obligatoire (arrêt K 157/00 précité consid. 3b/aa).

6.2. La recourante estime qu'en l'absence de prescription médicale, le matériel employé par l'intimée ne saurait être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, quand bien même celui-ci figurerait dans la LiMA (ce qui est le cas pour les tubulures spécifiques [Remote Reservoir Adaptor Cassette] et les compresses en non tissé stérile Medicomp®) ou dans la LS (ce qui est le cas pour le désinfectant Betadine solution standard). Cela étant, l'exigence d'une prescription médicale ne doit pas être comprise dans un sens trop étroit. Comme l'a mis à juste titre en évidence la juridiction cantonale, il suffit que les mesures médicales requises soient décrites avec précision et que le matériel spécifique nécessaire puisse être déduit du mandat médical. En l'occurrence, la doctoresse N._____ a listé dans la prescription médicale qu'elle a rédigée au début du traitement les examens, traitements et soins demandés en lien avec une nutrition parentérale à domicile de la manière suivante: contrôle de santé et des signes vitaux; entretien du cathéter; entretien et surveillance du matériel médico-technique; pansements petits, moyens et grands; location pompe mobile; préparation et/ou administration de médicaments; soins de stomie; prélèvements de matériel pour examen de laboratoire; ponction veineuse - prise de sang. Au cours de la procédure, la recourante n'a jamais allégué que les différents moyens ou médicaments employés par l'intimée n'étaient pas nécessaires à la bonne administration du traitement. Comme l'a d'ailleurs souligné la juridiction cantonale, elle a pris en charge la majeure partie du matériel facturé par l'intimée, quand bien même celui-ci n'était pas décrit précisément dans la prescription de la doctoresse N._____. Dans ces conditions, il n'y avait pas lieu de refuser la prise en charge d'un matériel qui était nécessaire au traitement médical prescrit et qui figurait sur les listes positives de prestations.

6.3. La recourante estime par ailleurs que les poches de mélange Freka®Mix destinées à l'administration de mélange nutritif à l'usage parentérale ne pouvaient être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, faute de figurer sur une liste positive de prestations. S'il convient de reconnaître que ni la LiMA ni la LS ne font mention de poches de mélange destinées à l'administration de mélange nutritif à l'usage parentérale, le tarif des manipulations de la LMT prévoit la prise en charge de la fabrication aseptique de mélanges nutritifs à l'usage parentéral ou d'autres préparations à l'usage parentéral ne pouvant être stérilisées, selon un tarif différencié en fonction du récipient auquel la préparation est destinée (position D1, p. 81). En principe, les tarifs des récipients sont également fixés dans la LMT (p. 88-89), ce qui n'est toutefois pas le cas pour les poches à perfusions et les cassettes-réservoirs pour pompe à perfusion. Cela étant, comme l'ont relevé la juridiction cantonale et l'OFSP dans sa prise de position au présent recours, ces récipients font clairement partie intégrante de la prestation consistant en la fabrication d'une alimentation parentérale et ne sauraient être dissociés de la préparation elle-même. En effet, il n'y aurait pas de sens à prévoir le remboursement de la manipulation à l'exclusion du récipient destiné à accueillir celle-ci. Il n'en demeure pas moins que le DFI n'a pas fixé de prix pour les types de récipients que sont les poches à perfusions et les cassettes-réservoirs pour pompe à perfusion. Ainsi que cela figure dans les dispositions générales de la LMT (p. 41), le pharmacien qui dispense un médicament à la charge de l'assurance obligatoire des soins est tenu d'observer les règles de la plus stricte économie dans la composition du médicament, sa préparation et son emballage. Faute pour la recourante de démontrer que le prix des poches de mélange Freka®Mix employées par l'intimée serait nettement supérieur à celui de produits similaires disponibles sur le marché, il n'y a pas lieu de s'écarter des prix facturés par l'intimée dont il y a lieu de présumer qu'ils respectent les règles de la plus stricte économie.

7.

Au terme de l'examen du présent litige, il y a lieu d'admettre partiellement le recours. Compte tenu des considérations émises au considérant 3 du présent arrêt, il convient de retrancher au montant de 70'931 fr. 44 alloué en première instance les sommes de 1'261 fr. 35 (facture BA21310020067), 854 fr. 61 (facture BA21310020070) et 4'699 fr.60 (facture BA21310020837). Il suit de là que la recourante doit payer à l'intimée la somme de 64'115 fr. 88, avec intérêts à 5 % l'an dès le 23 août 2011 (date retenue par la juridiction cantonale).

8.

Au vu du sort du litige, au terme duquel la recourante n'obtient que très partiellement gain de cause, il se justifie de répartir les frais judiciaires à raison de 9/10 (1'800 fr.) à charge de la recourante et de 1/10 (200 fr.) à charge de l'intimée (art. 66 al. 1 LTF). La recourante versera en outre à l'intimée une indemnité de dépens réduite (art. 68 al. 1 LTF). Pour le reste, il n'y a pas lieu de modifier la décision de l'autorité précédente sur les dépens (art. 68 al. 5 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est partiellement admis. Le jugement de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 31 janvier 2013 est réformé en ce sens que la recourante est condamnée à verser à l'intimée le montant de 64'115 fr. 88 avec intérêts à 5 % l'an dès le 23 août 2011. Le recours est rejeté pour le surplus.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 2'000 fr., sont mis pour 1'800 fr. à la charge de la recourante et pour 200 fr. à la charge de l'intimée.

3.

La recourante versera à l'intimée la somme de 2'500 fr. à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 15 novembre 2013
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Kernen

Le Greffier: Piguet