

GE_GERICHTE ATAS/1265/2012 vom 17. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1265_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1265/2012 du 17 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1265/2012 del 17 ottobre 2012

Erwägungen

E. 14

Dans sa réponse datée du 30 octobre 2008, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle allègue en substance avoir répondu à la télécopie de la recourante du 13 décembre 2007 par un courrier du même jour dans lequel elle indiquait que sa participation s'élèverait à 573 fr. par jour tout compris. Pour cette raison, la recourante ne pouvait pas de bonne foi s'attendre à obtenir le remboursement d'un montant supérieur à la participation précitée.

E. 15

Suite à l'audience de comparution personnelle des parties du 10 décembre 2008, le TCAS, par ordonnance du même jour, a suspendu la cause d'entente entre les parties, dans l'attente de l'issue de la procédure en responsabilité engagée par la recourante à l'encontre de son gynécologue.

E. 16

Par ordonnance du 14 décembre 2009, le TCAS a repris l'instruction de la cause et invité les parties à se déterminer quant à la suite de la procédure.

E. 17

Par courrier du 17 décembre 2009, la recourante a sollicité une nouvelle suspension de l'instruction au motif que la procédure en responsabilité médicale engagée à l'encontre du Dr A _____ était toujours pendante devant le Tribunal de première instance.

E. 18

D'accord entre les parties, le TCAS, respectivement la Cour de céans, compétente depuis le 1er janvier 2011, ont suspendu derechef l'instruction de la cause par ordonnances des 19 janvier 2010 et 22 février 2011.

A/3557/2008 - 5/9 -

E. 19

Par ordonnance du 2 mars 2012, la Cour de céans a repris l'instruction de la cause et imparti aux parties un délai au 23 mars 2012 pour se déterminer sur la suite de la procédure.

E. 20

Par courrier du 22 mars 2012, l'intimée a déclaré souhaiter obtenir un jugement dans cette affaire.

E. 21

La recourante a, quant à elle sollicité à nouveau la suspension de la cause, dès lors que la procédure civile est toujours en cours.

E. 22

novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LAMal). 3. En matière d'assurance-maladie, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente et dans la forme requise par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10). 5. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 299 consid. 1.1 et les références).

A/3557/2008 - 6/9 - En l'espèce, la décision sur opposition du 1er septembre 2008 concerne le remboursement de prestations fournies du 16 au 19 décembre 2007, de sorte qu'est notamment applicable la modification de la LAMal du 20 décembre 2006, entrée en vigueur le 21 décembre 2006. 6. Le litige porte sur le montant à charge de l'intimée lors de l'hospitalisation de la recourante dans une clinique privée du 16 au 19 décembre 2007. 7. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assureur a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 3ème phrase LAMal). b) Selon l'art. 43 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix. Le tarif constitue une base de calcul de la rémunération. En vertu de l'art. 43 al. 2 LAMal, il peut se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), sur la valeur du point attribué à chacune des prestations (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire). À teneur de l'art. 43 al. 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif après consultation des intéressés. c) L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, le système décrit ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire

qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art.

E. 25

al. 1 et 2 let. et 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 no KV 181 p. 417, consid. 3.2.1).

Le tarif hospitalier, en tant que tarif forfaitaire selon l'article 49 al. 1 et 2 LAMal, s'établit sur la base de la moyenne des coûts engendrés par une prestation donnée (forfait à la prestation), ou par une journée d'hospitalisation (forfait journalier; RAMA 2001 no KV 181 p. 417, consid. 3.2.2).

A/3557/2008 - 7/9 -

En cas de séjour en division privée ou semi-privée, l'assuré n'a droit qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection, comme s'il avait séjourné en division commune (contribution dite de base, "Sockelbeitrag"; ATF 123 V 290 consid. 6b/dd; ATF non publié K113/06 du 5 décembre 2007, consid. 4.2).

À Genève, le "forfait socle" déterminé en application de la Convention genevoise d'hospitalisation pour soins aigus 2007 entre les Hôpitaux universitaires de Genève et Santéuisse Soleure s'élevait à 573 fr. par jour en 2007. Il en découle que dans le cas particulier, la recourante ne pouvait pas prétendre, au titre de l'assurance obligatoire des soins, à des prestations plus élevées que le forfait en question, soit 4 x 573 fr. pour ses quatre jours d'hospitalisation dans une clinique privée. 8. Reste à déterminer si la recourante peut valablement invoquer sa bonne foi pour obtenir un remboursement plus étendu des frais qu'elle a encourus à la Clinique des Grangettes.

En l'espèce, les griefs de la recourante ne concernent pas le forfait de 573 fr. en tant que tel, mais le comportement de l'intimée après réception de la télécopie de la recourante datée du 13 décembre 2007. Tout en admettant que par courrier du 13 décembre 2007, l'intimée a maintenu sa position, la recourante soutient que l'intimée n'a pas formellement répondu à sa demande formulée dans sa télécopie du 13 décembre et qui avait pour objet la prise en charge du cas au prix réclamé par la Clinique des Grangettes. Dans ces circonstances, elle pensait de bonne foi obtenir le soutien de son assureur dans une situation particulièrement difficile et urgente.

Le principe de la bonne foi protège l'assuré dans la confiance légitime qu'il nourrit envers l'autorité. Il en découle à certaines conditions que des renseignements erronés, ou omis à tort, justifient un traitement dérogeant au droit matériel. Pour que tel soit le cas, il est nécessaire que dans un cas concret, l'autorité ait agi d'une certaine manière envers un ou plusieurs assurés, qu'elle ait été compétente (ou considérée de bonne foi comme telle) pour donner le renseignement en cause, que l'assuré ne pouvait pas ne pas se rendre compte de la fausseté du renseignement reçu et que sur la foi de ce dernier, il ait pris des dispositions qui ne peuvent pas être révoquées sans dommage. Enfin, l'ordre juridique ne doit pas avoir subi de changement depuis que le renseignement a été donné (SCARTAZZINI/ HURZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4ème éd. 2012, pp. 74-75 et les références citées).

Or, en l'occurrence, invoquer la bonne foi est incompatible avec l'attention que les circonstances permettaient d'exiger de la recourante. En effet, le jour même où elle a envoyé sa télécopie du 13 décembre 2007 à l'intimée, cette dernière lui a répondu qu'elle allouera ses prestations LAMal, soit 573 fr. par jour tout compris (honoraires médicaux inclus), ceci

selon le principe du tiers garant. Ce faisant,

A/3557/2008 - 8/9 - l'intimée a signifié de manière tout à fait claire et explicite à la recourante, et ce en temps utile, qu'elle n'entendait pas déroger aux tarifs et prix de l'assurance obligatoire des soins. 9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. 10. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA).

A/3557/2008 - 9/9 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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