

GE_GERICHTE ATAS/233/2012 vom 6. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_233_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/233/2012 du 6 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/233/2012 del 6 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art 43 à 55 LAMal).

E. 4

Le recours, déposé dans la forme et le délai légal, est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais de séjour et/ou d'hospitalisation de l'assurée durant les périodes du 1er au 15 mai 2010, du 1er juillet au 29 septembre 2010 et du 14 octobre au 5 novembre 2010.

E. 6

a) En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal, en tenant compte des conditions énoncées aux art. 32 à 34. Par ailleurs les prestations de l'assurance

A/2503/2011 - 9/14 - obligatoire englobent le séjour en division commune dans un établissement hospitalier (art. 25 al. 2 let. 2 LAMal). b) 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 ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (al. 2 let. d) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré 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 2ème et 3ème phrase LAMal). c) Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). d) Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés.

A/2503/2011 - 10/14 - e) 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, la procédure décrite 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. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 n° KV 181 p. 426 consid. 3.2.1). Il est dans l'intérêt tant des assurés que des assureurs-maladie de distinguer clairement les notions de traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. La loi, les conventions tarifaires et les tarifs édictés par les gouvernements cantonaux font une nette distinction entre ces trois formes de traitements médicaux et prévoient des modalités d'indemnisation des assurés et de prise en charge des frais fort différentes (RAMA 1991 n° K 869 p. 164 consid. 1a et les références). Cette distinction est en particulier nécessaire pour déterminer le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations, l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et la participation aux coûts des assurés (LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 376 ss.).

E. 7

a) Les coûts du séjour hospitalier sont pris en charge par l'assurance obligatoire lorsque les conditions suivantes sont satisfaites : - la personne assurée doit séjourner dans un établissement hospitalier ou dans une division hospitalière qui sert au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution en milieu hospitalier de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal) ; - l'établissement hospitalier ou la clinique doit figurer

sur la liste hospitalière cantonale structurée en catégorie selon les mandats de prestations ; - Selon l'art. 49 al. 3 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 BGE 125 V 177 p. 179 al. 1 LAMal) tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins et d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal (convention tarifaire avec les établissements médico- sociaux) est applicable. Aux termes de cette dernière disposition légale, l'assureur prend en charge, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile; il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire (ATF 127 V 47 consid. 2c). Autrement dit, un

A/2503/2011 - 11/14 - séjour dans un établissement hospitalier pour soins aigus au tarif hospitalier ne peut se faire qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2ème éd. , Berne 1997, p. 165, n°28 ; ATF 124 V 364). b) L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b; 120 V 206 consid. 6a et les références). Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit par conséquent pas à ouvrir le droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait maladie nécessitant un traitement hospitalier. Aussi, la prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi- hospitalier (LONGCHAMP, op. cit., p. 380). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, qui établit une nette distinction entre la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier et celle d'un séjour dans un établissement médico-social, les assureurs-maladie doivent exercer un contrôle suivi d'un traitement hospitalier, avec l'aide de leur médecin-conseil. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions en remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement (ATF 127 V 47 ss. consid. 2e). Par ailleurs, le TFA a reconnu au

médecin traitant un certain pouvoir

A/2503/2011 - 12/14 - d'appréciation s'agissant de fixer la limite entre hospitalisation aiguë et soins de longue durée (ATF 124 V 362ss consid. 2c). e) Dans un arrêt ATF 125 V 177, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168) et ses incidences sur le droit aux prestations en cas de séjour dans un établissement a gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 179 consid. 1b et les références). En particulier, d'après cette jurisprudence, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social. Dans le même arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 3, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139*). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal; arrêt du 14 mai 2001, cause K/186.00). La LAMal ne fixe pas de terme à partir duquel un patient atteint d'une affection chronique ne nécessite plus des soins réservés à des maladies aiguës. Tant que l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé, un tel patient peut donc prétendre des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier (cf. GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139*).

E. 8

Selon la jurisprudence, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

A/2503/2011 - 13/14 - objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 9

Dans le cas d'espèce, au vu des explications données par le Dr M_____, confrontées à l'avis du Dr O_____, médecin-conseil de la caisse, et afin de mettre un terme au litige, les parties ont convenu que la caisse prendrait à sa charge les coûts du séjour hospitalier du 1er juillet au 31 août 2010, ainsi qu'une indemnité de procédure de 2'000 fr en faveur de l'assurée au titre de dépens. L'accord étant conforme au droit applicable, la Cour en prendra acte.

A/2503/2011 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant d'accord entre les parties

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