

# **GE\_GERICHTE ATAS/430/2016 vom 1. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_430\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_430_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/430/2016 du 1 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/430/2016 del 1 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, étant précisé que l'acte attaqué est une décision sur opposition, sujette à recours (art. 56 al. 1 LPGA), rendue en application de la LAMal. b. Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10), par une personne ayant qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Il est donc recevable.

A/3618/2015 - 5/9 -

### **E. 2**

Le présent recours porte sur la question de savoir si la facture de CHF 1'000.- relative à la nuit du 4 au 5 novembre 2014 passée par le recourant dans une chambre mise à sa disposition dans la clinique dans laquelle, le 4 novembre 2014, il avait subi une intervention chirurgicale sous anesthésie complète doit être prise en charge par son assurance-maladie au titre de l'assurance obligatoire des soins.

### **E. 3**

a. L'art. 24 LAMal prévoit que 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 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu 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), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). D'après l'art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'art. 34 al. 1 LAMal prévoit qu'au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. b. Concernant la rémunération des fournisseurs de prestations, l'art. 42 al. 1 et 2 LAMal prévoit que, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur

de prestations et a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant), et que assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération. c. Dans l'assurance obligatoire, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 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 les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 4 LAMal). Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (art. 43 al. 5bis LAMal, introduit par modification du 23 décembre 2011, en vigueur depuis le 1er janvier 2013). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (art. 44 al. 1 phr. 1 LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le

A/3618/2015 - 6/9 - Conseil fédéral ; l'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal). Selon l'art. 49 LAMal, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfaits par cas (al. 1 phr. 1 et 2). L'art. 49 al. 2 phr. 1 LAMal précise que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures (donc du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, SwissDRG SA, dont les actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). À teneur de l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier ; si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable, ce qui signifie que, comme en cas de séjour dans un établissement médico-social, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. Les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 et 4 LAMal épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi (art. 49 al. 5 LAMal). Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire (art. 49 al. 6 LAMal). d. Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49 al. 6 LAMal les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers, les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit étant également réputés traitement ambulatoire (art. 5 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, du 3 juillet 2002 - OCP - RS 832.104). Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, notamment les séjours d'au moins 24 heures et de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit (art. 3 OCP). e. Pour la facturation des prestations

ambulatoires tant dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux, un tarif médical dit TARMED a été établi par la Fédération des médecins suisses (FMH), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), les Hôpitaux de Suisse (H+) et les assureurs sociaux (AA, AM, AI) représentés au sein de la Commission des tarifs médicaux (CTM) de la SUVA. Le Conseil fédéral en a approuvé le 30 septembre 2002 la version destinée à être introduite, c'est-à-dire la version 1.1, devant être appliquée dans l'assurance- accidents obligatoire, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, ainsi que dans

A/3618/2015 - 7/9 - l'assurance obligatoire des soins. Le tarif TARMED a remplacé par une structure uniforme valable pour toute la Suisse les tarifs médicaux qui jusqu'ici différaient d'un canton à l'autre ; la valeur du point peut, elle, varier, car elle est négociée au niveau cantonal par les partenaires tarifaires et doit recevoir l'approbation des autorités compétentes. Depuis le 1er janvier 2004, date d'entrée en vigueur du TARMED pour l'assurance-maladie, les partenaires tarifaires ont adapté certaines positions du TARMED et les ont soumises à l'approbation du Conseil fédéral ; la structure n'a toutefois jamais été révisée dans son ensemble. Malgré plusieurs demandes de la part du Conseil fédéral, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à formuler de proposition commune pour une structure tarifaire adaptée. Aussi le Conseil fédéral a-t-il fait usage de sa compétence subsidiaire et procédé lui-même aux adaptations nécessaires, en adoptant, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, entrée en vigueur le 1er octobre 2014 (RS 832.102.5), comportant en annexe les adaptations apportées à la version 1.08 du TARMED, qu'il avait approuvée le 15 juin 2012, consultable à l'adresse [www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch) (version 1.08.0000). f. Pour la rémunération des traitements hospitaliers, SwissDRG SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (Diagnosis Related Group) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan médical et économique (Bettina HOLZER, SwissDRG – L'essentiel en bref, in Bulletin des médecins suisses 2012 p. 1079 ss).

#### **E. 4**

a. En l'espèce, ce n'est pas parce que le recourant a passé une nuit en clinique suite à son opération à la Klinik Pyramide am See que, dans la perspective de la facturation des prestations lui y ayant été fournies, il a bénéficié d'un traitement hospitalier, et non ambulatoire. b. Il résulte de l'écrit que lui a remis le Dr B\_\_\_\_\_ de ladite clinique, et que le recourant a signé le 30 septembre 2014, que l'intervention chirurgicale que ce dernier allait y subir et qu'il y a effectivement subie le 4 novembre 2014 était un traitement ambulatoire. Il ne résulte aucunement du dossier – et le recourant n'a pas rendu ne serait-ce que hautement vraisemblable ni même d'ailleurs allégué – que des complications sont survenues au cours et/ou des suites de cette opération, qui justifiaient une surveillance médicale en milieu hospitalier. La mise à la disposition du recourant d'une chambre pour une nuit dans ladite clinique n'a pas reposé sur une indication médicale. Preuve en est que l'intimé n'a pas facturé ses prestations selon le système SwissDRG, à savoir d'après un tarif forfaitaire rémunérant des prestations hospitalières, mais a adressé au recourant – et non à l'assureur – une facture établie selon le tarif TARMED. Cette facture de CHF 18'634.- fait référence exclusivement à des prestations fournies le 4 novembre 2014, aucunement à des

A/3618/2015 - 8/9 - prestations qui auraient été dispensées notamment dans une salle de réveil jusqu'au matin du 5 novembre 2014. Aussi l'intimé a-t-il retenu à bon droit que l'intervention chirurgicale considérée a été effectuée sous la forme ambulatoire. c. Le fait que, le 30 septembre 2014, le recourant a signé l'écrit précité rédigé en allemand prétendument sans l'avoir compris – comme il dit avoir signé d'autres documents rédigés en allemand – n'est pas propre à modifier l'appréciation qu'il y a lieu de donner de cette question. d. La facture litigieuse de CHF 1'000.- a été établie pour un forfait-chambre selon une convention passée entre la clinique et le recourant. Elle ne relève pas de l'assurance obligatoire des soins. L'intimé n'a pas à en assurer le remboursement au recourant. Peu importe que, le cas échéant, il en aurait été différemment d'une nuit passée par le recourant dans la même clinique en janvier 2004 dans le contexte d'une première opération. Ceci est d'ailleurs contesté par l'intimé, et le recourant n'a fait que d'affirmer le contraire, sans du tout le rendre ne serait-ce que vraisemblable.

#### **E. 5**

La décision attaquée est donc bien fondée. Le présent recours doit être rejeté.

#### **E. 6**

La procédure est gratuite, dans la mesure où, quoique s'étant montré excessif, le recourant ne peut être qualifié en l'espèce de plaideur ayant agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPG).

\* \* \* \* \*

A/3618/2015 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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