

GE_GERICHTE ATAS/619/2015 vom 24. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_619_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/619/2015 du 24 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/619/2015 del 24 agosto 2015

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 - 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/1293/2015 - 7/13 -

E. 4

Le litige porte sur l'obligation de la recourante de s'acquitter d'un montant de CHF 974.20, correspondant à sa participation aux coûts liés à l'utilisation de l'appareil CPAP, et aux frais administratifs et de poursuite.

E. 5

Aux termes de 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 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 (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). 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 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée de manière scientifique. A cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1). Aux termes de l'art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6, le département édicte des dispositions sur l'obligation

de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques. Faisant usage de cette compétence, le département a édicté la liste des moyens et appareils à la charge des caisses-maladie (LiMA, annexe 2 à l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS – RS 832.112.31]). Le chiffre 14.11 de la LiMA comprend les appareils de nCPAP et les humidificateurs.

E. 6

L'art. 43 LAMal régit la fixation des prix des prestations. Selon l'alinéa 4 de cette disposition, 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. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion. En l'espèce, la convention tarifaire nationale relative à la distribution d'appareils d'inhalation et de thérapie respiratoire ainsi que d'oxygène entre Cobaco SA et santésuisse, à laquelle a adhéré la société, fixe les tarifs de location à son annexe I.

A/1293/2015 - 8/13 - Les forfaits de location suivants y sont convenus: humidificateur d'air comme accessoire, CHF 0.45 par jour (chiffre 14.11.00.01.0) ; forfait pour le premier mois lors de nouvelle location d'un appareil nCPAP, CHF 550.- (chiffre 14.11.02.01.2) ; location appareil nCPAP à partir du 2ème mois de location, CHF 3.35 par jour (chiffre 14.11.02.00.2), contrôle des résultats après un à trois mois, CHF 150.- (chiffre 14.11.02.02.3).

E. 7

Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 1ère phrase LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 145/05 du 13 janvier 2006 consid. 5.2).

E. 8

Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a); et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b) (al. 2). Vu le caractère obligatoire de la participation de l'assuré aux coûts, l'assureur- maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). La participation aux coûts est due même lorsque l'assuré ne s'est pas plié au traitement de manière volontaire (ATF 106 V 179 consid. 4b). Le financement de l'assurance- maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes des participations aux coûts. Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des

principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée. Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 821.1), auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1).

A/1293/2015 - 9/13 -

E. 9

En vertu de l'art. 105b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal – RS 832.102), l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2). Les conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal de l'intimée prévoient à leur chiffre 17. 1 que l'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGA, la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de fr. 10.- et de fr. 30.-.

E. 10

En l'espèce, les prestations dont la recourante conteste le paiement consistent en la mise à disposition d'un système CPAP puis d'un humidificateur, et le contrôle de cet équipement. Ces prestations ont été fournies sur prescription médicale et elles sont prévues dans la LiMa, de sorte que les conditions légales à leur prise en charge sont réalisées s'agissant du principe. Les arguments de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Elle allègue en premier lieu qu'elle n'a pas signé de contrat avec la société. Ce grief tombe cependant à faux. D'une part, la recourante a produit la première page d'un contrat de location avec la société, ce qui paraît démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) qu'un tel document a bien été signé, quand bien-même la chambre de céans ne dispose pas du contrat dans son intégralité. D'autre part, l'art. 11 al. 1 du code des obligations (CO – RS 220) prévoit que la validité des contrats n'est subordonnée à l'observation d'une forme particulière qu'en vertu d'une prescription spéciale de la loi. Or, les dispositions relatives au contrat de bail ne prévoient pas qu'un contrat écrit doit être conclu. Enfin, l'existence d'un

contrat entre un fournisseur de prestations et un assuré n'est pas une condition de la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins. Comme cela ressort de la jurisprudence citée, même le consentement de l'assuré au traitement n'est pas une condition nécessaire à la prise en charge. La recourante semble en outre considérer que le règlement des factures ne peut être exigé, car le traitement n'aurait pas été mené de manière conforme aux règles de

A/1293/2015 - 10/13 - l'art, eu égard au fait que l'humidificateur n'a pas été mis à disposition simultanément à l'appareillage CPAP. Or, le Dr B_____ était présent au moment où l'appareil CPAP a été remis à la recourante, ce que cette dernière ne conteste pas. Si l'humidificateur avait été un accessoire indispensable du système CPAP, le pneumologue l'aurait relevé et aurait exigé sa fourniture. De plus, contrairement à ce que la recourante affirme, la prescription du 18 février 2014 du Dr B_____ – établie sur un formulaire – ne prévoit pas la mise à disposition d'un humidificateur puisque aucun modèle ou numéro de série n'est indiqué sous la rubrique « Humidificateur », alors que ces indications figurent sous les rubriques « Appareil CPAP » et « Masque ». La chambre de céans relève d'ailleurs à ce sujet que le contrat indique expressément que l'humidificateur n'est fourni qu'en cas de besoin. La convention tarifaire stipule en outre le prix de l'humidificateur de manière séparée, ce qui tend à démontrer qu'il ne fait pas partie du traitement standard par CPAP, auquel cas il serait inclus dans le prix de la location de l'équipement de base. Enfin, même s'il fallait admettre que le traitement devait impérativement comprendre un humidificateur et que c'est seulement à cette condition qu'il devait être pris en charge, il faut souligner que la recourante a bénéficié de la mise à disposition de l'appareil CPAP – couplé à l'humidificateur – durant près d'un mois et demi avant de le restituer au Dr B_____, de sorte qu'une partie au moins des factures émises par la société devrait être acquittée. Quant à l'échec du traitement allégué par la recourante, il ne s'agit pas d'un motif permettant de refuser le paiement des prestations. En effet, l'efficacité d'un traitement – condition à sa prise en charge – n'implique pas une garantie de succès dans chaque cas. Reste à déterminer si la facturation par la société est conforme à la convention nationale. Force est de constater que les différents montants facturés sont identiques aux forfaits ressortant de la convention applicable. La facture du 26 février 2014 correspond en effet au chiffre 14.11.02.01.2 de la convention et couvre la location pour le premier mois de l'appareil, soit du 18 février au 17 mars 2014. La deuxième facture, émise le 31 mars 2014, d'un montant de CHF 46.90, correspond à 14 jours de location du 18 au 31 mars 2014 selon le tarif pour la location du 2ème au 18ème mois de CHF 3.35 par jour. La troisième facture a été établie à la suite du contrôle qui a eu lieu le 28 mars 2014, et son montant correspond au forfait de CHF 150.- du chiffre 14.11.02.02.3. La dernière facture du 30 avril 2014 couvre 30 jours de location à CHF 3.35 de l'appareil CPAP et de location à CHF 0.45 de l'humidificateur, soit le mois d'avril 2014. Ainsi, les factures de la société reprennent les positions tarifaires convenues. Elles sont mêmes favorables à la recourante, puisque la location du 1er au 20 mai n'a pas été facturée et que celle-ci a indiqué qu'elle avait restitué l'appareil le 20 mai 2014 seulement. Les décomptes de l'intimée reprennent les montants facturés. La recourante n'allègue pas que sa franchise aurait déjà été dépassée. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a exigé la participation de la recourante à concurrence de l'intégralité des factures de la société, soit CHF 860.90.

A/1293/2015 - 11/13 - Les autres montants faisant l'objet de la décision sur opposition sont CHF 10.- de frais de rappel ; CHF 30.- de frais de sommation et CHF 73.30 de frais de poursuite. Les conditions générales de l'intimée prévoient que des montants de CHF 10.- et

CHF 30.- respectivement peuvent être mis à la charge de l'assuré en cas de rappel ou de mise en demeure. La recourante est ainsi tenue de s'en acquitter. Quant aux CHF 73.30, ils correspondent à l'avance de frais requise par l'Office des poursuites. Conformément à l'art. 68 1ère phrase LP, les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Le paiement de ces frais incombe ainsi également à la recourante.

E. 11

La recourante se prévaut encore des alinéas 3 et 3bis de l'art. 42 LAMal, affirmant que la société les a enfreints. Ces dispositions prévoient notamment que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible, et les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation et que les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Or, les factures de la société satisfont en tous points ces exigences formelles, de sorte que la recourante ne saurait être suivie. Cette dernière affirme de surcroît que la société a violé l'art. 56 LAMal, lequel prévoit notamment que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, que la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et que sa restitution peut être réclamée par l'assuré. Quant à l'art. 59 LAMal, également invoqué par la recourante, il énumère les sanctions auxquelles s'expose le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences liés au caractère économique des prestations. Comme on l'a vu, les prestations litigieuses sont celles qui ont été prescrites par le Dr B_____ et elles relèvent de moyens auxiliaires prévus dans la LiMa, de sorte que leur caractère économique ne peut être nié. Les arguments de la recourante ne lui sont ainsi d'aucun secours.

E. 12

Lorsque le créancier requiert une poursuite sans titre à la mainlevée préalable, il doit en cas d'opposition au commandement de payer agir par la voie de la procédure ordinaire ou administrative pour faire reconnaître son droit conformément à l'art. 79 al. 1 LP. Lorsque la poursuite porte sur une créance de droit public, le bien-fondé de celle-ci doit faire l'objet d'une décision formelle de l'autorité administrative compétente, soit, en matière d'assurance-maladie sociale, des assureurs. Ceux-ci peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entrée en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de

A/1293/2015 - 12/13 - mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 7.2). L'accès à un tribunal doit être garanti en vertu de l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH - RS 0.101). Cette garantie est sauvegardée lorsque le débiteur a la possibilité de saisir le tribunal cantonal des assurances compétent (ATF 121 V

109 consid. 3c). Le juge des assurances est le juge ordinaire selon l'art. 79 LP et il a qualité pour lever une opposition à la poursuite en statuant sur le fond (ATF 109 V 46 consid. 4). La chambre de céans est ainsi compétente pour prononcer la mainlevée de l'opposition à concurrence du montant faisant l'objet de la décision sur opposition, soit CHF 974.20.

E. 13

Entièrement mal fondé, le recours sera rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1293/2015 - 13/13 - Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer n° 1 _____ à concurrence de CHF 974.20. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Alicia PERRONE

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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