

GE_GERICHTE ATAS/673/2013 vom 20. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_673_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/673/2013 du 20 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/673/2013 del 20 giugno 2013

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; RSG 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Aux termes de l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, les dispositions de la LPGA ne s'appliquent pas au domaine des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la prise en charge des frais de séjour et de traitement de la recourante à la clinique Hirslanden. Le montant du tarif forfaitaire de référence pour les cliniques privées genevoises, soit 714 fr. 30 par jour, n'est en revanche pas litigieux.

E. 5

a) 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 examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (al. 2 let. a ch. 1) et le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). b) L'art. 41 LAMal règle la prise en charge des coûts en cas d'hospitalisation et le choix du fournisseur. Il faut souligner que cette disposition a été modifiée lors de la révision partielle de la LAMal sur le financement hospitalier et que sa nouvelle teneur est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Toutefois, en vertu des dispositions transitoires, la réglementation prévue à l'art. 41 al. 1bis devait être mise en œuvre à la date d'introduction des forfaits prévue à l'al. 1, soit au plus tard le 31 décembre 2011. Au plan cantonal, le législateur a adapté à cet effet la loi d'application de la

A/1834/2012 - 6/9 - loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal; RSG J 3 05) en adoptant le projet de loi PL 10832 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, lequel contient les dispositions d'exécution de la LAMal révisée. Ces dispositions sont entrées en force le 1er janvier 2012. Partant, c'est bien l'art. 41 aLAMal

dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2008 qui est applicable en l'espèce, dès lors que les soins litigieux ont été prodigués avant l'entrée en force des dispositions d'exécution sur le financement hospitalier. Selon l'art. 41 aLAMal, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (al. 1). Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies: au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire (let. a); dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'art. 39, al. 1, let. e (let. b) (al. 2). Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'art. 72 LPGA est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails (al. 3). L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties (al. 4). c) Selon l'art. 43 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix. Aux termes de l'art. 43 al. 4 1ère phrase 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 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. L'art. 49 aLAMal 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

A/1834/2012 - 7/9 - 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 (ATFA non publié K 113/06 du 5 décembre 2007, consid. 3.3). d) Comme cela ressort de l'art. 39 al. 1 LAMal, sont considérés comme des hôpitaux les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation.

E. 6

En l'espèce, l'intimée ne conteste pas, à juste titre, que des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 2 aLAMal dictaient l'intervention chirurgicale à Zurich. En effet, selon la jurisprudence, il est admis que des soins médicaux ne peuvent être fournis dans le canton de résidence d'un assuré, autrement dit que des raisons médicales existent, lorsque ce canton ne

peut offrir aucune mesure thérapeutique ou lorsque le traitement qui est proposé n'apparaît pas adéquat (ATFA non publié K 14/05 du 22 juin 2005, consid. 4.1). Il n'est pas inutile de préciser que ce n'est que le 1er janvier 2012 que la clinique Hirslanden a été intégrée avec un mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal dans la liste zurichoise des hôpitaux (cf. Präsentation zur Medienkonferenz vom 6.10.2011 zur Festsetzung der Zürcher Spitallisten 2012, document disponible sur le site de la direction de la santé du canton de Zurich [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/strukturbericht.html]). Cet établissement ne figurait pas non plus dans la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) selon l'Arrêté du Conseil d'Etat du 21 janvier 2004, publiée dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève (FAO du 26 janvier 2004), en vigueur au moment de l'intervention litigieuse. Ainsi, avant le 1er janvier 2012, l'offre de la Clinique Hirslanden n'était pas directement soumise à la planification hospitalière et les prestations prodiguées en son sein étaient celles qu'elle était en droit de fournir en vertu de l'autorisation d'exploiter délivrée par les instances cantonales compétentes, sans restriction due aux impératifs de la planification (RAMA 2002 n° KV 217 p. 284, consid. 7.2). Or, l'admission à pratiquer des seules divisions privées et semi-privées d'un établissement a pour autre conséquence que la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du traitement hospitalier ne saurait se calculer sur la base d'une convention tarifaire établie en conformité avec l'art. 49 LAMal (ATFA non publié K 28/05 du 14 septembre 2005, consid. 4.1). Si l'assuré séjourne dans une clinique privée, il n'a droit qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de

A/1834/2012 - 8/9 - l'affection, qui, si elles n'étaient pas octroyées lors d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune et facturées à l'assureur-maladie (contribution dite de base, "Sockelbeitrag"; ATF 123 V 290 consid. 6b/dd). Cette contribution est déterminée dans le cas concret par un tarif de référence, applicable à un établissement comparable admis pour sa division commune sur la liste cantonale (Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 438). Dans des situations similaires au cas d'espèce, le Tribunal fédéral a admis le renvoi au tarif à la charge de l'assurance de base pour des hospitalisations en clinique privée (ATFA non publiés K 113/06 et K 115/06 du 5 décembre 2007). Partant, le calcul opéré en l'espèce par l'intimée, qui se fonde sur le tarif de la division commune d'une clinique privée genevoise – dont le montant n'est pas contesté – ne prête pas flanc à la critique. Les arguments avancés par la recourante ne permettent pas de conclure différemment. En effet, comme on l'a vu, les raisons médicales imposant une opération dans un établissement situé hors du canton de Genève ont été dûment prises en compte par l'intimée puisqu'elle a admis son obligation de participer à la prise en charge des soins prodigués hors du canton de domicile de la recourante. Quant à l'intérêt d'un assuré "d'être soigné aux frais de l'assurance", s'il n'est pas contesté, il n'entraîne pas pour autant un droit à la prise en charge illimitée par l'assurance de tout traitement, fût-il médicalement indispensable. A titre d'exemple, on citera les prestations fournies à l'étranger lorsqu'elles ne sont pas disponibles en Suisse, qui sont alors prises en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (cf. art. 36 al. 1 et 4 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102]). On ajoutera que même l'obligation du canton de résidence de prendre en charge la différence des coûts entre les tarifs du canton où est sis l'hôpital et celui de résidence, conformément à l'art. 41 al. 3

aLAMal, n'existe que pour les traitements appliqués dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, même si ce sont pour des raisons médicales que lorsque l'assuré se rend dans un hôpital privé non public ou non subventionné (cf. ATF non publié 9C_456/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3.1).

E. 7

Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée s'avère conforme au droit, de sorte que le recours doit être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1834/2012 - 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.