

GE_GERICHTE A/1599/2007 vom 15. November 2007

GE Cour de justice, 2007-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1599_2007

FR: GE_GERICHTE A/1599/2007 du 15 novembre 2007

IT: GE_GERICHTE A/1599/2007 del 15 novembre 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.11.2007
A/1599/2007

A/1599/2007 ATAS/1272/2007 du 15.11.2007 (LAMAL) , REJETE Recours TF déposé le 27.12.2007, rendu le 30.07.2008, REJETE, 9C_915/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1599/2007 ATAS/1272/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 15 novembre 2007 En la cause Monsieur S_____, soit pour lui son père, M. S_____, domicilié , GENÈVE recourant contre SWICA ORGANISATION DE SANTE, sise boulevard de Grancy 39, LAUSANNE intimé EN FAIT L'enfant S_____ est assuré auprès de SWICA, ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : l'assureur) depuis le 1 er février 2006 pour l'assurance obligatoire des soins dans le cadre d'un contrat HMO (pièces 101 et 102 ass.). Le 15 juin 2006, l'enfant a été victime d'un malaise et un cardiomobile a été dépêché sur les lieux. Après que les premiers soins lui ont été prodigués, l'enfant a été transporté en ambulance aux ("établissement hospitalier"). Une première facture, d'un montant de 590 fr. (333 fr. [forfait intervention comprenant les frais de véhicule et d'ambulancier] + 257 fr. [honoraires du médecin]), établie par les "établissement hospitalier" en application de la convention SMUR, a été adressée à SWICA (pièce 103 ass.). Une seconde facture, d'un montant de 708 fr. 90 (frais de transport sanitaire, taxe de base pour une heure de service, comprenant matériel, nettoyage et désinfection, amortissement et maintenance du véhicule) a été établie par l'entreprise AS AMBULANCE SERVICES SA (AS; pièce 104 ass.). SWICA a payé ces deux factures ainsi qu'une troisième portant sur un examen pratiqué le 15 juin au ("établissement hospitalier"; pièce 105 ass.). Par courrier du 19 octobre 2006, Monsieur S_____, père de l'enfant, a fait part à SWICA de ses inquiétudes quant au bien-fondé de ces différentes factures, dont il a estimé qu'elles "faisaient double emploi" et a expliqué avoir débuté une "enquête" à cet égard afin d'éclaircir les "graves anomalies" présentées (pièce 107 ass.). Le 6 novembre 2006, après examen du cas, l'assureur lui a confirmé que les factures étaient conformes aux conventions et tarifs en vigueur dont elle lui a fait parvenir une copie. L'assureur a expliqué à l'intéressé que les deux facturations se justifiaient dans la mesure où la première concernait les frais d'intervention du SMUR et la seconde le transport en ambulance (pièce 108 ass.). Par courriers des 6 et 12 décembre 2006, Monsieur S_____ a contesté les remboursements et a demandé une décision formelle en exigeant de l'assurance qu'elle procède à des "investigations" concernant la tarification pratiquée, qu'il a qualifiée "d'extorsion de fond à caractère d'escroquerie" (pièces 109 et 110 caisse). Le 29 décembre 2006, l'assureur a rendu une décision dans laquelle il a expliqué qu'il lui appartenait de payer à AS 319 fr. (50% du montant réclamé, moins la quote-part de 10%; cf. décompte du 15 juillet 2006) et aux "établissement hospitalier", 381 fr. 35 (50% des frais du véhicule et l'intégralité des honoraires médicaux, moins la quote-part de 10%;

cf. décompte du 5 septembre 2006). Les décomptes se sont présentés de la manière suivante : Fournisseur de prestations Montant des factures A charge de l'AOS Quote-part En faveur de l'assuré AS 708.90 354.45 35.45 319.- "établissement hospitalier"-SMUR (cardiomobile) 590.- véhicule : 333.- honoraires médicaux : 257.- 166.50 257.- 16.65 25.70 149.85 231.50 381.35 Le 25 janvier 2007, le père de l'enfant a fait opposition à cette décision. Il a conclu à ce que SWICA réponde "à toutes ses questions dans tous les détails" afin qu'il se détermine sur le plan juridique, sous-entendant que la convention SMUR aurait été la conséquence d'une manipulation. Par courrier du 1^{er} février 2007, SWICA a accusé réception de cette opposition et a adressé à l'assuré une copie des dispositions légales topiques, de la facture de 590 fr. concernant l'intervention du cardiomobile et de la convention fixant ce tarif, de la facture de 708 fr. 90 concernant le transport en ambulance ainsi qu'un extrait du décompte qui lui a été adressé le 16 août 2006 concernant les soins dispensés le 15 juin 2006 par les "établissement hospitalier" et qui ont donné lieu à une facture de 238 fr. 25. L'assureur a enfin attiré l'attention de l'assuré sur le fait que son courrier ne sollicitant que la transmission de pièces, il ne satisfaisait pas aux conditions d'une opposition à une décision et lui a imparti un délai au 20 février 2007 pour lui adresser, le cas échéant, une opposition en bonne et due forme (pièces 112 et 113 ass.). Par courrier du 10 février 2007, Monsieur S_____ a confirmé qu'il formait opposition et a demandé à pouvoir la formuler par oral. Il a proposé que la collaboratrice signataire du courrier du 1^{er} février 2007 se déplace à Genève chez lui ou qu'il puisse venir chez SWICA aux frais de cette dernière. Par ailleurs, il a demandé à obtenir "tous les détails demandés", à savoir "la justification des prix (ambulance, médecin) au cent mètres précis, à la minute près, au centime près de tous les postes comprenant les prestations fournies (exclusifs) sans les prestations fictifs" (sic). Il a prétendu que les documents "fantaisistes" (sic) que l'assurance lui avait fournis n'avaient aucune valeur légale (pièce 114 ass.). Par décision sur opposition du 21 mars 2007, SWICA a rejeté l'opposition de l'assuré dans la mesure où elle était recevable (pièce 115 ass.). Par courrier du 30 mars 2007 posté le 2 avril 2007, l'assuré s'est une nouvelle fois adressé à la caisse, laquelle lui a répondu par courrier du 12 avril 2007 qu'elle estimait avoir répondu à toutes ses questions et que si sa décision ne le satisfaisait pas, il avait la possibilité d'interjeter recours (pièces 116 et 117 ass.). Par courrier déposé au guichet du Tribunal de céans le 20 avril 2007, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la caisse. En substance, il fait valoir que la SWICA n'a pas répondu aux questions qu'il posait et demande "l'inculpation définitive des organisateurs bénéficiaires directs ou indirects, complices et corrupteurs passifs sans responsabilité précise" pour "diverses infractions par voie fédérale et cantonales non respectées". En substance, le recourant considère que les tarifs pratiqués sont excessifs et en veut pour preuve les tarifs appliqués par la société MOBILITY dont il produit un exemplaire. Invitée à se prononcer, l'assurance, dans sa réponse du 10 mai 2007, a conclu au rejet du recours dans la mesure où celui-ci est recevable. Elle fait remarquer qu'elle a répondu à plusieurs reprises aux demandes d'explications de l'assuré, lui a expliqué en détail les décomptes qui lui ont été adressés et lui a au surplus communiqué une copie des dispositions légales applicables, de sorte qu'on ne peut lui reprocher d'avoir failli à son devoir d'information. Par courrier du 29 mai 2007, l'assuré a posé encore un certain nombre de questions aux termes desquelles il conclut à ce que le Tribunal condamne l'assurance à répondre à sa demande de renseignements, à ce que les "personnes - groupes - administrations - sociétés - etc." répondent à ses demandes d'investigations ou à ce que le Tribunal de céans s'en charge lui-même. Une audience de comparution personnelle a eu lieu le 28 juin 2007 à l'issue de laquelle le recourant a persisté dans ses conclusions en alléguant

que l'assurance ne pouvait se contenter d'appliquer la convention tarifaire en vigueur, dont il prétend qu'elle est contraire au droit fédéral. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA). Le litige porte en l'espèce sur les montants réclamés dans deux factures adressées à l'assurance suite à l'intervention du 15 juin 2006, le recourant alléguant que l'assureur aurait dû les contester. Les art. 24 à 31 LAMAL énumèrent les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'art. 34 ch. 1 LAMAL précise 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. L'art. 25 ch. 2 let g LAMAL prévoit le versement d'une contribution aux frais de transports médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. Par ailleurs, l'art. 64 LAMAL mentionne que les assurés participent au coût des prestations dont ils bénéficient et que leur participation comprend : a) un montant fixe par année (franchise) b) 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Il est précisé que pour les enfants, aucune franchise n'est exigée. Enfin, l'art. 29 OPAS stipule que l'assurance prend en charge, en Suisse, 50% des frais de sauvetage, le montant maximal étant de 5'000 fr. par année civile. En l'espèce, après l'intervention du cardiomobile, l'enfant a dû être transporté en ambulance aux "établissement hospitalier" pour être examiné, ce qui a donné lieu à une facture pour ce transport de 708 fr. 90. C'est AS AMBULANCE SERVICES SA qui en a été chargée. Quant à la facture des "établissement hospitalier", d'un montant de 590 fr., elle concerne uniquement l'intervention du cardiomobile. Force est de constater qu'elle a été établie conformément à la convention relative au renforcement médical des services d'ambulances effectué par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) de la Brigade sanitaire cantonale conclue entre les "établissement hospitalier" et SANTÉSUISSE, puis ratifiée par la Commission cantonale de négociation en charge du dossier et la direction de SANTÉSUISSE. En effet, aux termes de cette convention, les tarifs suivants ont été négociés (cf. pce 106 ass.): intervention du véhicule : 333.- (forfait par intervention incluant véhicule et ambulancier) + taxe supplémentaire de 3.- par km si la distance est supérieure à 20 km. intervention du médecin : 257.- (forfait basé sur la position TARMED 00.1380) Ainsi que l'a déjà expliqué l'intimée au recourant, les prix pratiqués à Genève relèvent exclusivement de la politique cantonale et les prix de MOBILITY ne sauraient être déterminants pour un transport en ambulance. Contrairement à ce que prétend le recourant, il est également manifeste qu'il n'y a pas lieu de facturer seulement le forfait pour réanimation qui ne couvre manifestement pas l'intégralité des services des "établissement hospitalier". Selon les dispositions légales mentionnées plus haut, l'assurance obligatoire prend en charge 50% des frais de sauvetage (257.- + 708.90). La quote-part de 10% est déduite de ces frais ainsi que du forfait véhicule et ambulancier (333.-). Sur le total des frais (333.- + 257.- + 708.90), l'assureur a ainsi versé à l'assuré le montant de 700 fr. 35 (149.85 + 231.50 + 319.-), ce qui correspond en tous points à ce qui est prévu par les dispositions légales précitées et par la convention tarifaire appliquée dans le Canton de Genève, qu'il n'appartient pas au Tribunal de céans de contester. Enfin, compte tenu des efforts déployés par l'intimée pour expliquer en détail la facturation à laquelle il a été procédé, on ne saurait

lui reprocher une quelconque violation de son obligation de renseigner. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Janine BOFFI La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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