

GE_GERICHTE A/1834/2012 vom 20. Juni 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1834_2012

FR: GE_GERICHTE A/1834/2012 du 20 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1834/2012 del 20 giugno 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à GENEVE, représentée par Madame C _____ de l'ASSUAS, Association suisse des assurés recourante contre ASSURA-BASIS SA, sise En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE intimée EN FAIT

1. Madame B _____ (ci-après l'assurée), née en 1967, est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT (ci-après l'assurance) depuis 1998. !endif>!if> 2. En raison des ménorragies et métrorragies de l'assurée, le Pr L _____, médecin auprès des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a pratiqué le 8 décembre 2010 une hystérectomie totale interannexielle par laparoscopie. Au surplus, le 31 janvier 2011, il a pratiqué par laparoscopie une désunion du dôme vaginal. !endif>!if> 3. Le Dr M _____, spécialiste FMH en gynécologie, consulté par la suite par l'assurée en mars et avril 2011, a relaté que cette dernière se plaignait de douleurs importantes au niveau du bas ventre et du dôme vaginal à la suite de l'intervention. !endif>!if> 4. Le 30 mai 2011, le Dr O _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a indiqué au Pr L _____ que l'assurée souffrait depuis la dernière intervention de douleurs pelviennes irradiant au périnée et à l'anus du côté gauche. La douleur était constante et s'aggravait dans la journée. L'examen neurologique objectivait une légère diminution de la sensibilité crurale interne proximale gauche. Au plan diagnostique, la douleur décrite évoquait une origine neuropathique irradiant dans le territoire du nerf Pudendal gauche. Des anesthésies transvaginales ciblées auraient lieu afin de déterminer l'origine des douleurs et il convenait également de réaliser un bloc du plexus hypogastrique gauche. !endif>!if> 5. A la demande du Pr L _____, le Dr N _____, spécialiste FMH en gynécologie et neuropelvéologie, a reçu l'assurée à la clinique Hirslanden, à Zurich, le 7 juillet 2011. L'assurée se plaignait d'une douleur pudendale de type neuropathique avec des troubles vésicaux. L'examen neurologique n'objectivait aucune lésion axonale dans les différentes dermatoses sacrées. A l'examen gynécologique, une névralgie du nerf honteux pouvait être exclue. En revanche, la palpation des racines sacrées S3 et S4 gauches était très douloureuse et reproduisait les douleurs de l'assurée. L'examen urodynamique confirmait une irritation de ces racines. Le Dr N _____ a émis l'avis qu'il pouvait s'agir d'une lésion opératoire des racines sacrées, ce qu'une exploration coelioscopique permettrait de confirmer. !endif>!if> 6. Le 11 juillet 2011, le Pr L _____ s'est adressé au médecin-conseil de l'assurance afin d'obtenir la prise en charge à la clinique Hirslanden de la laparoscopie évoquée par le Dr N _____ afin d'explorer les racines nerveuses sacrées à la recherche de varices ou d'inflammation. Il a expliqué qu'il n'existait pas de neurochirurgiens spécialistes du pelvis en Suisse romande. Il a en outre précisé qu'une laparoscopie exploratrice pratiquée le 31 mars 2011 avait révélé quelques implants d'endométriose péritonéale et qu'une infiltration avec anesthésiques locaux, réalisée le 7 juin 2011, s'était avérée inefficace.

7. Par courrier du 20 juillet 2011, l'assurance a répondu au Pr L. _____ qu'elle était prête à allouer ses prestations pour le séjour de l'assurée à la Clinique Hirslanden. Toutefois, à défaut de couverture d'assurance pour une hospitalisation en clinique, seules les prestations dues au titre de l'assurance de base, soit le forfait genevois de 714 fr. 30 par jour, seraient versées.

8. L'assurée a séjourné à la clinique Hirslanden du 23 au 25 août 2011, où elle a été opérée par le Dr N. _____ le 23 août 2011.

9. La clinique Hirslanden a établi une facture en date du 16 septembre 2011 pour un montant total de 21'877 fr. 20, comprenant notamment trois taxes journalières à 665 fr., trois taxes journalières à 475 fr. et les honoraires du Dr N. _____.

10. Le 10 janvier 2012, l'assurée a requis de l'assurance la prise en charge des frais d'intervention sous l'angle de la nécessité médicale. Elle a affirmé que la radiculopathie sacrale était une maladie rare avec un très mauvais pronostic et que cette maladie déclenchait des douleurs difficilement supportables. Elle ressentait encore des douleurs mais il était probable qu'elles disparaissent entièrement dans les six mois et elle avait pu reprendre son activité professionnelle le 2 janvier 2012. Le Dr N. _____ était le seul chirurgien en Suisse à même de pratiquer l'intervention destinée à la soulager et ce traitement était uniquement proposé à Zurich.

11. Par décision du 2 février 2012, l'assurance a confirmé limiter sa prise en charge à concurrence du tarif socle genevois, de 714 fr. 30 par jour. Elle a relevé que si la particularité du cas permettait de comprendre pourquoi l'assurée avait été adressée à un spécialiste, les soins prodigués devaient néanmoins être indemnisés dans la limite prévue par l'assurance obligatoire des soins. Si, pour des raisons médicales, un assuré recourait à un fournisseur de prestations hors de son canton, l'assureur devait prendre en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur. Le Dr N. _____ n'opérait qu'à la clinique Hirslanden, soit un établissement privé ne figurant pas dans la planification hospitalière du canton de Genève. L'assurée n'avait droit qu'à la seule indemnisation de la division commune au titre de l'assurance obligatoire des soins et il n'appartenait pas à l'assurance de financer un séjour en clinique privée ainsi que les honoraires privés des médecins intervenants.

12. Cette décision a été confirmée sur opposition le 14 mai 2012. L'assurance a admis que l'assurée ne pouvait être soignée dans son canton de domicile et que le choix du fournisseur de prestations reposait sur des raisons médicales. Elle a cependant constaté que la clinique Hirslanden ne figurait pas sur la planification hospitalière du canton de Genève et n'était pas un hôpital public ou subventionné. L'assurance a rappelé qu'en cas de traitement en division commune d'un hôpital admis ne bénéficiant d'aucune contribution d'exploitation de la collectivité publique, l'assureur-maladie doit payer les frais effectifs fixés conformément au tarif applicable, étant entendu que l'assurance obligatoire ne doit pas prendre à sa charge les prestations hôtelières dans une mesure excédant la valeur de celles fournies en division commune de l'établissement choisi ou d'un établissement subventionné. Les frais effectifs sont dus à la condition que la clinique privée soit en mesure de fournir des données détaillées et toutes les pièces comptables susceptibles d'établir les coûts afférents à une hospitalisation en division commune. Or, la clinique Hirslanden ne bénéficie pas d'un tel tarif et la facture du 16 septembre 2011 mentionne un séjour en division privée. En l'absence d'un tarif conventionnel ou officiel, la contribution de base se détermine par renvoi à des tarifs de référence pour des hôpitaux comparables admis pour leur division commune. En l'occurrence, l'assurance s'est donc référée au tarif de la division commune d'une clinique privée genevoise, soit un montant forfaitaire de 714 fr. 30 par jour. L'assurance a souligné

que si le canton devait respecter ses obligations légales indépendamment de la division choisie par l'assuré, la jurisprudence n'imposait pas pour autant à l'assurance-maladie de prendre en charge les coûts d'une division privée. Elle a enfin rappelé qu'en cas de violation du devoir d'information du fournisseur de soins, lequel portait également sur les aspects pécuniaires, ce dernier était responsable des frais non pris en charge par l'assurance. C'était ainsi au Pr N_____, voire au Pr L_____, d'attirer l'attention de l'assurée sur sa couverture d'assurance, étant entendu que l'assurance avait précisé l'étendue de ladite couverture dans son courrier du 20 juillet 2011. 13. Par écriture du 14 juin 2012, l'assurée a interjeté recours en concluant à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais de son traitement, soit 21'877 fr. 20. Elle allègue qu'elle n'avait pas la possibilité de se faire soigner dans un établissement public à moindres frais. 14. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 juillet 2012, a conclu au rejet du recours. Elle soutient que le séjour de la recourante à la Clinique Hirslanden a été indemnisé de manière conforme au droit et reprend les arguments développés dans sa décision sur opposition. 15. Le 14 septembre 2012, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions. Elle répète que c'est pour des raisons médicales et non par convenance qu'elle a été opérée à la clinique Hirslanden. Elle soutient que ne pas prendre en charge ses frais reviendrait à considérer qu'elle ne peut bénéficier d'aucun soin dès lors qu'elle ne dispose pas d'une assurance complémentaire. Or, l'intérêt du patient en Suisse est d'être soigné aux frais de l'assurance, notamment lorsque le traitement est vital et très onéreux, comme dans son cas. 16. Le 17 septembre 2012, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée et la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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). 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). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur la prise en charge des frais de séjour et de traitement de la recourante à la clinique Hirslanden. 5. a) Le montant du tarif forfaitaire de référence pour les cliniques privées genevoises, soit 714 fr. 30 par jour, n'est en revanche pas litigieux. 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 1^{er} janvier 2009. Toutefois, en vertu des dispositions transitoires, la réglementation prévue à l'art. 41 al. 1 bis 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 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 1^{er} 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 1^{ère} 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 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. 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 1^{er} 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/interne/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 1^{er} 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 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).

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. **!**[endif]>!**[if**> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **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.