

GE_GERICHTE A/241/2005 vom 4. Oktober 2005

GE Cour de justice, 2005-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_241_2005

FR: GE_GERICHTE A/241/2005 du 4 octobre 2005

IT: GE_GERICHTE A/241/2005 del 4 ottobre 2005

Regeste

MALADIE; ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER; URGENCE; TARIF(SOINS) ; AM | LAMal.25; OCP.3

Erwägungen

E. 11

A défaut de convention tarifaire relative aux prestations fournies en cas d'hospitalisation entre l'Hôpital de la Tour et l'intimée, fait qui a été confirmé par le Conseil d'Etat, il convient d'examiner s'il existe un tarif hospitalier édicté par le gouvernement cantonal qui autorise l'assureur à appliquer rétroactivement le forfait journalier dès l'admission au service des urgences. a. A Genève, le tarif des prestations fournies aux assurés selon la LAMal en cas d'hospitalisation en division commune, en l'absence de régime conventionnel, qui prévoit l'application rétroactive du forfait hospitalier au jour de l'admission, a fait l'objet d'un règlement du Conseil d'Etat du canton de Genève (J 3 05.04). Il vise cependant les prestations fournies par les HUG et n'est par conséquent pas applicable au cas d'espèce non plus. b. Par contre, il existait un règlement fixant le tarif des traitements ambulatoires et des interventions de chirurgie ambulatoire pratiqués dans les cliniques privées à charge de l'assurance obligatoire des soins (J 3 05.14) lequel prévoyait en son art. 2 al. 3 que « les patients admis au sein d'une clinique privée pour y subir un traitement ambulatoire (...) et qui doivent être soignés sous un régime stationnaire, en raison de complications, sont considérés comme patients hospitalisés dès leur admission auprès de la clinique. Les dispositions légales ou conventionnelles relatives à un séjour hospitalier leur sont applicables dès ce moment là ». c. Ce règlement a toutefois cessé de déployer ses effets le jour de l'entrée en vigueur du nouveau tarif médical et hospitalier (TARMED), soit le 1^{er} janvier 2004. Les assureurs et les hôpitaux ont élaboré, dans le cadre de la révision totale du tarif médical et du catalogue des prestations hospitalières (CPH), une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse, destinée à remplacer les différentes structures tarifaires AA/AM/AI, les tarifs médicaux cantonaux pour l'assurance-maladie et le catalogue des prestations hospitalières (CPH). Une convention-cadre a été conclue entre santésuisse les assureurs-maladie suisses (ci-après santésuisse) et l'association H+ Les Hôpitaux suisses dont l'Hôpital de la Tour est membre. Ni la convention-cadre, ni ses annexes ne prévoient une réglementation identique à ce que prévoyait l'art. 2 al. 3 du règlement fixant le tarif des traitements ambulatoires et des interventions de chirurgie ambulatoire pratiqués dans les cliniques privées à charge de l'assurance obligatoire des soins (J 3 05.14).

E. 12

Reste dès lors à examiner comment la LAMal ou d'autres dispositions légales règlent la prise en charge des factures litigieuses. a. Selon l'art. 3 de l'ordonnance sur le calcul des

coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 (OCP – RS 832.104), sont réputés traitements hospitaliers au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Cette ordonnance s'applique à l'Hôpital de la Tour en vertu des art. 1 al. 2 OCP et 39 al. 1 LAMal, dès lors que cet établissement figure sur la liste hospitalière établie par arrêté du Conseil d'Etat du 15 décembre 1997. b. A teneur de l'art. 25 al. 1 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. Ces prestations comprennent notamment le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let e LAMal). Ainsi, pour un séjour en division privée d'un établissement hospitalier, les assurés obtiennent au titre de l'assurance obligatoire des soins un remboursement calculé sur la base du forfait journalier qui aurait été applicable à leur cas s'ils avaient été hospitalisés en division commune (ATF 125 V 101 consid 3e). c. En l'espèce, l'hospitalisation de la recourante ayant suivi sans interruption son admission aux urgences, il y a lieu de constater que la durée du séjour a dépassé les 24 heures, de sorte que celui-ci doit être considéré comme un traitement hospitalier dès le 1^{er} jour, en vertu de l'art. 3 OCP. Un tel traitement est pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins par le remboursement du forfait journalier qui aurait été versé si la recourante avait été hospitalisée dans la division commune des HUG et ce, dès le 1^{er} jour.

E. 13

L'intimée a par conséquent rempli les obligations qui lui incombait en vertu de la LAMal en versant le forfait journalier de 488 fr. dès le 1^{er} jour et était fondée à refuser la prise en charge de la facture relative aux soins prodigués par le service des urgences et des deux factures du laboratoire. Les patients qui séjournent en division privée d'un établissement hospitalier ou dans une clinique privée ne sont en effet pas visés par le régime et la protection tarifaire découlant de la LAMal (ATF 125 V 101 consid. 3e).

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