RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1765/2004-2-LAMAL **ATAS/784/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 5 octobre 2004

En la cause

Madame D_____ recourante

contre

KPT/CPT, caisse-maladie ayant son siège principal Tellstrasse 18 à Berne, intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

ATTENDU EN FAIT

Que Mme D_____ (ci-après la recourante), née le 24 juin 1928, est assurée auprès de la caisse-maladie KPT/CPT (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-près LAMal) ;

Qu'en date du 6 novembre 2003, la recourante a subi une opération de la cataracte en ambulatoire, auprès de la clinique Générale-Beaulieu ;

Que la clinique a établi pour cette opération une facture d'un montant de 1'588 fr. 15, que la caisse a retournée à la clinique, en date du 12 janvier 2004, en lui demandant de la corriger et de la rendre conforme à la décision du Département fédéral de justice et police du 4 août 2003 ;

Qu'en date du 22 janvier 2004, la recourante, représentée par son époux, a demandé à la caisse le remboursement sans délai de la facture en question ;

Qu'un échange de correspondance s'ensuivit ;

Qu'il en ressort en substance que la caisse ne s'acquitte pas du montant de cette facture, dont elle conteste le montant de 1'051 fr. 05, au motif que la clinique n'aurait pas respecté le tarif applicable aux prestations ambulatoires de moins de 24 heures, et qu'en outre, ni la franchise ni la quote-part ne devaient être remboursées à l'assurée, celle-ci contestant pour sa part être concernée par le litige qui oppose les assureurs maladie et les cliniques privées ;

Qu'à la demande de l'assurée, la caisse a rendu une décision le 10 mai 2004 refusant le remboursement de la différence de 1'051 fr. 05, correspondant à la part contestée de la facture de la clinique Générale-Beaulieu n° 543413/O S2, dans l'attente de la décision du Tribunal arbitral, saisi de la question de la facturation de la clinique Générale-Beaulieu pour les opérations ambulatoires, et refusant également le remboursement de la participation aux coûts (franchise et quote-part) ;

Que l'assurée a fait opposition à cette décision, et que la caisse a rendu une décision sur opposition en date du 16 août 2004, confirmant sa décision et sa position ;

Que dans son recours du 19 août 2004, l'assurée, représentée par son époux, demande que la caisse soit condamnée à assumer les conséquences du litige qui l'oppose à la clinique Générale-Beaulieu de sorte que la somme qui lui est due lui soit remboursée ;

Qu'elle expose avoir dû déposer un acompte à la clinique, sans lequel l'opération n'était pas possible, de sorte que l'avertissement de la caisse visant à ne pas opérer de dépôt était impraticable ;

Qu'elle soutient que les assurés ne sauraient en aucun cas subir les conséquences du litige opposant les caisses maladies aux cliniques privées ;

Que dans sa réponse du 21 septembre 2004, la caisse conclut au rejet du recours. Qu'elle explique que son refus de procéder au remboursement de la part contestée de la facture est effectivement liée au litige qui l'oppose actuellement à la clinique pendant devant le Tribunal arbitral du canton de Genève, et qu'à son avis l'éventuel remboursement de la part contestée de la facture dépend de l'issue du litige pendant devant cette juridiction :

Qu'elle considère qu'en versant comme acompte un montant de 1'700 fr. l'assurée a pris un risque financier malgré la mise en garde de l'assurance, qu'elle doit maintenant accepter ;

Qu'en outre le versement d'un acompte est contraire à la protection tarifaire mise en place par l'art. 44 LAMal, qui prévoit que le fournisseur de prestation ne peut pas facturer à l'assuré davantage que le montant dû par la caisse-maladie selon le tarif, comme l'a précisé le Tribunal fédéral ;

Qu'après transmission de cette écriture à l'assurée en date du 24 septembre 2004, la cause a été gardée à juger ;

Que vérification faite il apparaît qu'effectivement un litige est pendant entre la caisse-maladie KPT/CPT et la clinique Générale-Beaulieu par-devant le Tribunal arbitral du canton de Genève, sous la cause A/500/04, actuellement en cours d'instruction ;

Que dans le cadre de cette procédure la caisse a pris des conclusions en paiement correspondant aux sommes qu'elle a dû rembourser aux assurés jusqu'à fin 2003 et excédant le tarif ainsi qu'au paiement d'un montant à titre de dommage.

CONSIDERANT EN DROIT

Qu'interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 56 & 60 de la LPGA).

Qu'aux termes de la LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles, en particulier les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient (art. 25 al. 1 et 2 lettre a LAMal) ;

Que l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, et qu'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 (art. 41 al. 1 LAMal) ;

Que sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations, et a dans ce cas le droit d'être remboursé par son assureur (art. 42 al. 1 LAMal) ;

Que les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal), qu'une convention tarifaire peut être conclue entre les parties (art. 46 LAMal), mais qu'en l'absence de convention tarifaire c'est le gouvernement cantonal qui fixe le tarif (art. 47 LAMal), ce qui est le cas en l'espèce ;

Que les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente, et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi (art. 44 LAMal) ;

Qu'en outre les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient, par le paiement d'un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (art. 64 al. 1 et 2 LAMal) ;

Qu'enfin, en cas de litige entre assureurs et fournisseurs de prestations, le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué doit être saisi (art. 89 LAMal) ;

Qu'en l'espèce seule la question du tarif appliqué par le clinique Générale-Beaulieu est en cause, et non l'opération proprement dite ;

Qu'au vu des règles légales rappelées ci-dessus et compte tenu de l'avance que l'assurée a dû effectuer auprès de la clinique, la caisse doit être condamnée à rembourser l'assurée, excepté la franchise et la quote-part ;

Que l'assuré n'est en effet pas partie au litige qui oppose la caisse et la clinique et ne saurait pâtir de ce différent ;

Qu'en outre aucun dommage ne surviendra pour la caisse puisque, soit le Tribunal arbitral lui donne gain de cause et la clinique devra réduire sa facture, soit le Tribunal la déboute et l'assurance aura remboursé le montant en cause à juste titre, la caisse ayant par ailleurs pris de conclusions en paiement devant le Tribunal.

*****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet.

3. Condamne la caisse-maladie KPT/CPT à rembourser à Mme D_____ le montant litigieux de la facture n° 543413/ O S2, sous déduction de la franchise et de la quote-part dues par l'assurée.

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier: La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe