RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/241/2005 **ATAS/848/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 4 octobre 2005

En la cause

Madame H_____, représentée par Maître Roland BUGNON-ASSISTA TCS SA, Service juridique, en les bureaux duquel elle élit domicile	recourante
contre	
ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise Z.I. En Budron A1 à Le Mont s/ Lausanne	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame H_____ est affiliée auprès d'ASSURA (ci-après l'assurance) depuis le 1er janvier 2004 ; elle est au bénéfice de la catégorie d'assurance Basis, assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), avec une franchise de 300 fr., risque accidents inclus.

2. Le 5 juillet 2004, l'assurée consulta le service des urgences de l'Hôpital de la Tour pour une suspicion de bronco-pneumonie.

3. Le médecin fit procéder à diverses analyses et décida de l'hospitaliser. L'hospitalisation perdura jusqu'au 16 juillet 2004.

4. L'établissement hospitalier en cause établit une facture de 286 fr. 90 pour les soins dispensés au service des urgences le 5 juillet 2004 et une facture de 15'388 fr. 35 pour l'hospitalisation du 6 au 16 juillet 2004.

5. Unilabs Laboratoires d'analyses médicales (ci-après le laboratoire) adressa à l'assurée une première facture de 290 fr. datée du 14 juillet 2004, puis une seconde d'un montant de 312 fr. datée du 19 juillet 2004.

6. Le 16 août 2004, l'assurance-maladie prit en charge, sous réserve de la participation de 10%, la facture du service des urgences de l'Hôpital de la Tour d'un montant de 286 fr. 90 et la facture du laboratoire du 14 juillet 2004 d'un montant de 290 fr.

7. En date du 3 septembre 2004, l'assurance annula le décompte du 16 août 2004 et refusa l'indemnisation des deux factures susmentionnées au motif que ces frais étaient compris dans le forfait journalier conventionnel de 488 fr. alloué pour l'hospitalisation du 5 au 16 juillet 2004. Le décompte rectificatif précisait « la totalité des frais survenus durant l'hospitalisation (chambre et pension, soins divers, honoraires des médecins) sont indemnisés forfaitairement par le versement du montant journalier conventionnel garantissant la prise en charge d'un séjour en division générale des hôpitaux publics ».

8. Sanitas, assurance-maladie complémentaire, refusa, le 27 septembre 2004, la prise en charge des deux factures du laboratoire et de celle du service des urgences au motif qu'elles concernaient l'assurance des soins obligatoire.

9. Par décision du 18 octobre 2004, l'assurance rappela à l'assurée que son séjour hospitalier avait été indemnisé à hauteur du forfait journalier de 488 fr. dû en division générale d'un établissement public, soit un total de 5'856 fr. tout compris, les factures établies lors de l'admission étant comprises dans ledit forfait. Elle précisa que les factures litigieuses ne relevaient pas de ses obligations et devaient être annulées par l'établissement hospitalier.

10. Suite à l'opposition formée par l'assurée le 8 novembre 2004, l'assurance-maladie a rendu une décision le 21 décembre 2004, confirmant intégralement la décision initiale.

11. Par mémoire du 27 janvier 2005, l'assurée recourt au Tribunal de céans et conteste le refus de prise en charge par l'assurance-maladie de la facture relative aux soins dispensés lors de la consultation en urgence et des deux factures du laboratoire mandaté par le service des urgences. Elle estime que les trois factures en cause doivent être prises en charge par l'assurance-maladie au titre de traitement ambulatoire indépendamment du séjour hospitalier qui a suivi.

12. Dans sa réponse du 17 février 2005, l'intimée considère qu'elle s'est acquittée de l'intégralité de ses obligations légales par le versement des 5'856 fr. correspondant au forfait journalier de 488 fr. par jour pour la division générale d'hôpitaux publics dans le canton de Genève dû selon la couverture d'assurance de l'intéressée. Elle relève qu'il n'y a eu aucune interruption entre l'admission aux urgences et l'hospitalisation et qu'en conséquence les mesures effectuées au service des urgences ne peuvent faire l'objet d'une rémunération distincte de celle octroyée par le versement du forfait journalier au titre de l'assurance obligatoire.

13. Par réplique du 21 mars 2005, la recourante conteste pour l'essentiel l'argumentation développée par l'intimée en se référant à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médicaux-sociaux (OCP – RS 832.104) qui définit ce qu'est un traitement hospitalier et conclut que la consultation effectuée en urgence doit être considérée comme un traitement ambulatoire distinct du séjour hospitalier qui a suivi.

14. Dans son courrier du 27 avril 2005, valant duplique, l'intimée a relevé que l'ordonnance précitée, qui est du reste contestée par les divers partenaires du système de la santé, est irrelevante. Elle a maintenu l'entier de ses déterminations et conclusions.

15. Par courrier du 28 juin 2005, le Tribunal de céans a demandé au Conseil d'Etat, en sa qualité d'autorité compétente pour approuver une convention tarifaire, si une convention relative aux frais d'hospitalisation entre les assureurs-maladie et l'Hôpital de la Tour avait été conclue et approuvée par ses soins.

16. En date du 25 juillet 2005, le Conseiller d'Etat en charge du département de l'action sociale et de la santé a indiqué qu'aucune convention tarifaire n'avait été approuvée par le Conseil d'Etat concernant les frais d'hospitalisation à l'Hôpital de la Tour et a transmis la convention et ses annexes tarifaires, du 24 février 2005, conclue entre les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et santésuisse concernant l'hospitalisation en division commune.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

3. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Ratione temporis, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables.

6. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance-maladie était en droit de refuser la prise en charge de la facture du service des urgences de l'Hôpital de la Tour et les deux factures du laboratoire mandaté par celui-ci au motif que sa seule obligation consiste à verser le forfait prévu pour l'hospitalisation en division commune des HUG.

7. A teneur de l'art. 41 al. 1 LAMal, l'assuré a le 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. En cas de traitement hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

8. Selon l'art. 43 al. 4 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.

9. Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits calculés sur la base

des coûts applicables à la division commune (art. 49 al. 1 LAMal). Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue, le gouvernement cantonal fixe le tarif après avoir entendu les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Les conventions tarifaires ou les tarifs hospitaliers édictés par un gouvernement cantonal à défaut de convention ont pour objet de réglementer les prestations fournies en cas d'hospitalisation en division commune et dont la prise en charge incombe obligatoirement aux assureurs-maladie en vertu de l'art. 25 al. 2 let. e LAMal.

10. En l'espèce, les conditions spéciales d'assurance catégorie B « Basis », assurance obligatoire des soins de l'intimée, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (ci-après CSA), à laquelle est affiliée la recourante, prévoient que l'assurance assume, sur la base des tarifs et de la législation applicables, la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal (art. 5 CSA).

    Pour une hospitalisation en division privée d'un établissement hospitalier public ou en clinique, l'assurance verse l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale de l'hôpital public le plus proche du lieu de séjour de l'assuré (art. 6 CSA).

    En complément à ses articles 5 et 6 CSA, l'intimée applique par analogie la convention relative à l'hospitalisation en division commune des Hôpitaux universitaires genevois applicable en 2004, conclue entre les HUG et les assureurs-maladie, qui prévoit que le forfait d'hospitalisation comprend les frais des soins au sens des art. 24 à 31 LAMal ainsi que les frais de pension selon l'art. 49 al. 1 LAMal (art. 3 ch. 1 de la convention) et, en son article 3 ch. 5, que lorsque le séjour excède 24 heures ou est suivi d'une hospitalisation dans une unité de soins, le tarif pour l'hospitalisation s'applique avec effet rétroactif au jour de l'admission.

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 1er 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).

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 1er 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 1er 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 1er jour.

13. L'intimée a par conséquent rempli les obligations qui lui incombaient en vertu de la LAMal en versant le forfait journalier de 488 fr. dès le 1er 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).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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).

La greffière : La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Catherine VERNIER BESSON

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