

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3618/2015

ATAS/430/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} juin 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX

recourant

contre

ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, domicilié à Versoix (GE), est assuré auprès d'Assura-Basis SA (ci-après : l'assureur), depuis le 1^{er} janvier 2000, pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), y compris le risque accident, selon le système du tiers garant.
2. En prévision d'une intervention chirurgicale qu'il allait subir en ambulatoire à la Klinik Pyramide am See de Zurich, l'assuré a signé, le 30 septembre 2014, un document en allemand aux termes duquel il prenait note et se déclarait d'accord que les frais d'une éventuelle hospitalisation dans ladite clinique, pour le cas où elle interviendrait, serait à sa charge, à savoir CHF 1'180.- par nuit dans une chambre double, lesdits frais ne pouvant être mis sur le compte d'aucune assurance.
3. L'assuré a subi l'intervention considérée, liée à une maladie grave et non évitable du système de la mastication, le 4 novembre 2014, dans ladite clinique zurichoise, dans laquelle il a ensuite passé la nuit du 4 au 5 novembre 2014.
4. Pour ladite intervention chirurgicale, le docteur B_____ de ladite clinique a adressé à l'assuré une facture de CHF 18'634.-, relative à des prestations fournies exclusivement le 4 novembre 2014 et calculée selon le tarif TARMED.
5. Pour ledit séjour d'une nuit en clinique, la Klinik Pyramide am See a facturé à l'assuré, le 3 février 2015, un montant forfaitaire de CHF 1'000.-.
6. Par courrier du 23 avril 2015, consécutif à l'envoi de différentes factures pour remboursement, l'assureur a indiqué que la facture de CHF 1'000.- relative au « forfait/chambre » de la Klinik Pyramide am See ne relevait pas de ses obligations légales « dans le cadre d'un traitement ambulatoire ».
7. L'assuré ayant contesté cette non-prise en charge de cette facture de CHF 1'000.-, l'assureur a rendu, le 23 juillet 2015, une décision refusant de la lui rembourser, pour le motif que l'intervention chirurgicale avait été effectuée ambulatoirement et que la mise à sa disposition d'une chambre pour confort personnel, selon accord entre lui et ladite clinique, ne pouvait être prise en charge par l'assureur, ainsi que ladite clinique l'en avait d'ailleurs averti par écrit.
8. Par courrier du 29 juillet 2015, l'assuré a recouru contre cette décision à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en avançant le motif que l'assureur cherchait « à nouveau par tous les moyens de ne pas rembourser ce qu'elle (devait) », plus précisément qu'il lui refusait le remboursement d'une facture relative à sa prise en charge dans une salle de réveil suite à son opération.
9. Par arrêt du 18 août 2015 (ATAS/590/2015), la chambre des assurances sociales a déclaré le recours irrecevable, faute d'être dirigé contre une décision sur opposition, et a transmis le recours à l'assureur en tant qu'opposition, pour raison de compétence.

10. Par courrier du 28 août 2015, l'assuré a réitéré son opposition au refus de l'assureur du 23 juillet 2015 « de prise en charge de (sa) soi-disante chambre de confort personnel, alors (qu'il n'y était) pas resté plus de 24 h dans cette clinique et qui (était) en fait une chambre de ... réveil ou plutôt de surveillance ». L'assureur était de mauvaise foi. La « dernière fois dans cette même clinique (...) cette chambre de luxe pavée d'or et de diamants, (il la lui avait) remboursée en 2004 pour l'avant-dernière opération ».
11. Par décision sur opposition du 18 septembre 2015, l'assureur a confirmé qu'il ne lui appartenait pas, au titre de l'assurance obligatoire des soins, de prendre en charge la facture de CHF 1'000.- pour la mise à disposition d'une chambre par la Klinik Pyramide pendant une nuit ; il a rejeté l'opposition de l'assuré.
12. Par une lettre du 12 octobre 2015, déposée au guichet de la chambre des assurances sociales le 16 octobre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition. Après son opération, ayant eu lieu le 4 novembre 2014 à 8h30, il avait passé une nuit dans une chambre de réveil, où il avait séjourné moins de 24 h, sous surveillance ; il s'était réveillé à 8 h et s'était rendu en taxi dans un hôtel, où il avait séjourné « plus d'une semaine en cas de complications dans la ville de Zurich ». Les affirmations de l'assureur étaient mensongères. Le refus de la prise en charge de la facture considérée était sans fondement, même s'il avait signé des documents en allemand qu'il n'avait pas compris.
13. Dans sa réponse au recours, du 9 novembre 2015, l'assureur a expliqué les bases sur lesquelles les fournisseurs de prestations établissent leurs factures, à savoir des tarifs ou des prix fixés principalement par des conventions tarifaires. Depuis le 1^{er} janvier 2004, les prestations médicales ambulatoires fournies tant dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux étaient facturés selon le tarif TARMED, valable dans toute la Suisse, alors que la rémunération de traitements hospitaliers (y compris le séjour et les soins à l'hôpital) reposait sur des forfaits par cas liés au diagnostic (« Diagnosis Related Groups », DRG), qui se basaient sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. L'intervention chirurgicale qu'avait subie l'assuré le 4 novembre 2014 à la Klinik Pyramide am See avait été effectuée sous forme ambulatoire ; s'il avait été nécessaire que l'assuré occupe un lit durant une nuit, la facture aurait été établie en application non du TARMED mais d'un tarif forfaitaire « SwissDRG » rémunérant les prestations hospitalières. La facture de CHF 1'000.- pour la nuit passée à ladite clinique, établie selon un tarif forfaitaire libre, concernait la rémunération d'une chambre dont l'assuré avait souhaité disposer pour une nuit dans cette clinique selon accord avec cette dernière par convenance personnelle. Elle ne relevait pas d'une prestation devant être remboursée au titre de l'assurance obligatoire des soins. La Klinik Pyramide am See en avait d'ailleurs averti l'assuré. L'assureur n'avait pas remboursé de forfait à l'assuré pour la mise à disposition d'une chambre pour une nuit dans cette même clinique lors de sa première opération en janvier 2004 ; cela n'obligerait de toute façon pas l'assureur à prendre en charge la facture litigieuse.

14. Le 20 novembre 2015, en réponse à la demande de la chambre des assurances sociales, la Klinik Pyramide am See a produit une copie du document en allemand par lequel l'assuré avait pris note et s'était déclaré d'accord que les frais d'une éventuelle hospitalisation dans ladite clinique, pour le cas où elle interviendrait, serait à sa charge, lesdits frais ne pouvant être mis sur le compte d'aucune assurance.
15. Dans des observations du 17 décembre 2015, l'assuré a fait valoir qu'il ne parlait pas l'allemand, en admettant que, pour se faire opérer, il avait accepté de signer des documents qu'il n'avait pas compris, notamment en lien avec un éventuel échec ou des complications qui se présenteraient lors ou après l'opération à subir. Il était resté moins de 24 h dans ladite clinique, de plus non dans une chambre double mais « simplement dans une salle de réveil » ; or, on ne laisserait pas une personne « après une opération aussi lourde (...) se réveiller dehors ». L'assureur voulait avoir le maximum d'adhérents mais un minimum de prestations à rembourser.
16. Le 2 mars 2016, l'assuré a fait parvenir à la chambre des assurances sociales un courrier par lequel il se plaignait de l'attitude et apparemment de refus de l'assureur d'assumer diverses prestations. Ledit courrier et ses annexes se sont révélés ne pas concerner la facture litigieuse de CHF 1'000.- relative à la nuit passée par l'assuré à la Klinik Pyramide am See du 4 au 5 novembre 2014. L'assureur s'est engagé à fournir à l'assuré un certain nombre d'explications et des documents (relevés de compte, décomptes de prestations, mandat de paiement postal, etc.) devant lui permettre de vérifier la prise en charge et le remboursement de ses factures.
17. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, étant précisé que l'acte attaqué est une décision sur opposition, sujette à recours (art. 56 al. 1 LPGA), rendue en application de la LAMal.
- b. Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10), par une personne ayant qualité pour recourir (art. 59 LPGA).
- c. Il est donc recevable.

2. Le présent recours porte sur la question de savoir si la facture de CHF 1'000.- relative à la nuit du 4 au 5 novembre 2014 passée par le recourant dans une chambre mise à sa disposition dans la clinique dans laquelle, le 4 novembre 2014, il avait subi une intervention chirurgicale sous anesthésie complète doit être prise en charge par son assurance-maladie au titre de l'assurance obligatoire des soins.
3. a. L'art. 24 LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). D'après l'art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'art. 34 al. 1 LAMal prévoit 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.
 - b. Concernant la rémunération des fournisseurs de prestations, l'art. 42 al. 1 et 2 LAMal prévoit 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 (système du tiers garant), et que assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.
 - c. Dans l'assurance obligatoire, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 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 les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 4 LAMal). Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (art. 43 al. 5^{bis} LAMal, introduit par modification du 23 décembre 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (art. 44 al. 1 phr. 1 LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le

Conseil fédéral ; l'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal).

Selon l'art. 49 LAMal, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfaits par cas (al. 1 phr. 1 et 2). L'art. 49 al. 2 phr. 1 LAMal précise que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures (donc du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, SwissDRG SA, dont les actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH).

À teneur de l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier ; si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable, ce qui signifie que, comme en cas de séjour dans un établissement médico-social, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. Les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 et 4 LAMal épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi (art. 49 al. 5 LAMal). Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire (art. 49 al. 6 LAMal).

d. Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49 al. 6 LAMal les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers, les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit étant également réputés traitement ambulatoire (art. 5 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, du 3 juillet 2002 - OCP - RS 832.104). Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, notamment les séjours d'au moins 24 heures et de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit (art. 3 OCP).

e. Pour la facturation des prestations ambulatoires tant dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux, un tarif médical dit TARMED a été établi par la Fédération des médecins suisses (FMH), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), les Hôpitaux de Suisse (H+) et les assureurs sociaux (AA, AM, AI) représentés au sein de la Commission des tarifs médicaux (CTM) de la SUVA. Le Conseil fédéral en a approuvé le 30 septembre 2002 la version destinée à être introduite, c'est-à-dire la version 1.1, devant être appliquée dans l'assurance-accidents obligatoire, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, ainsi que dans

l'assurance obligatoire des soins. Le tarif TARMED a remplacé par une structure uniforme valable pour toute la Suisse les tarifs médicaux qui jusqu'ici différaient d'un canton à l'autre ; la valeur du point peut, elle, varier, car elle est négociée au niveau cantonal par les partenaires tarifaires et doit recevoir l'approbation des autorités compétentes. Depuis le 1^{er} janvier 2004, date d'entrée en vigueur du TARMED pour l'assurance-maladie, les partenaires tarifaires ont adapté certaines positions du TARMED et les ont soumises à l'approbation du Conseil fédéral ; la structure n'a toutefois jamais été révisée dans son ensemble. Malgré plusieurs demandes de la part du Conseil fédéral, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à formuler de proposition commune pour une structure tarifaire adaptée. Aussi le Conseil fédéral a-t-il fait usage de sa compétence subsidiaire et procédé lui-même aux adaptations nécessaires, en adoptant, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014 (RS 832.102.5), comportant en annexe les adaptations apportées à la version 1.08 du TARMED, qu'il avait approuvée le 15 juin 2012, consultable à l'adresse www.tarmedsuisse.ch (version 1.08.0000).

f. Pour la rémunération des traitements hospitaliers, SwissDRG SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (Diagnosis Related Group) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan médical et économique (Bettina HOLZER, SwissDRG – L'essentiel en bref, in Bulletin des médecins suisses 2012 p. 1079 ss).

4. a. En l'espèce, ce n'est pas parce que le recourant a passé une nuit en clinique suite à son opération à la Klinik Pyramide am See que, dans la perspective de la facturation des prestations lui y ayant été fournies, il a bénéficié d'un traitement hospitalier, et non ambulatoire.
- b. Il résulte de l'écrit que lui a remis le Dr B_____ de ladite clinique, et que le recourant a signé le 30 septembre 2014, que l'intervention chirurgicale que ce dernier allait y subir et qu'il y a effectivement subie le 4 novembre 2014 était un traitement ambulatoire. Il ne résulte aucunement du dossier – et le recourant n'a pas rendu ne serait-ce que hautement vraisemblable ni même d'ailleurs allégué – que des complications sont survenues au cours et/ou des suites de cette opération, qui justifiaient une surveillance médicale en milieu hospitalier. La mise à la disposition du recourant d'une chambre pour une nuit dans ladite clinique n'a pas reposé sur une indication médicale. Preuve en est que l'intimé n'a pas facturé ses prestations selon le système SwissDRG, à savoir d'après un tarif forfaitaire rémunérant des prestations hospitalières, mais a adressé au recourant – et non à l'assureur – une facture établie selon le tarif TARMED. Cette facture de CHF 18'634.- fait référence exclusivement à des prestations fournies le 4 novembre 2014, aucunement à des

prestations qui auraient été dispensées notamment dans une salle de réveil jusqu'au matin du 5 novembre 2014.

Aussi l'intimé a-t-il retenu à bon droit que l'intervention chirurgicale considérée a été effectuée sous la forme ambulatoire.

c. Le fait que, le 30 septembre 2014, le recourant a signé l'écrit précité rédigé en allemand prétendument sans l'avoir compris – comme il dit avoir signé d'autres documents rédigés en allemand – n'est pas propre à modifier l'appréciation qu'il y a lieu de donner de cette question.

d. La facture litigieuse de CHF 1'000.- a été établie pour un forfait-chambre selon une convention passée entre la clinique et le recourant. Elle ne relève pas de l'assurance obligatoire des soins. L'intimé n'a pas à en assurer le remboursement au recourant.

Peu importe que, le cas échéant, il en aurait été différemment d'une nuit passée par le recourant dans la même clinique en janvier 2004 dans le contexte d'une première opération. Ceci est d'ailleurs contesté par l'intimé, et le recourant n'a fait que d'affirmer le contraire, sans du tout le rendre ne serait-ce que vraisemblable.

5. La décision attaquée est donc bien fondée. Le présent recours doit être rejeté.
6. La procédure est gratuite, dans la mesure où, quoique s'étant montré excessif, le recourant ne peut être qualifié en l'espèce de plaideur ayant agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À 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 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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