Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 28/05

Arrêt du 14 septembre 2005
IIe Chambre

Composition
MM. les Juges Borella, Président, Lustenberger et Frésard. Greffier : M. Piguet

Parties
S._____, recourant,

contre

INTRAS ASSURANCES, rue Blavignac 10, 1227 Carouge, intimée

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 25 janvier 2005)

Faits:
A.
S._____, né en 1932, est assuré auprès de Intras Assurances (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.
Souffrant d'une cataracte à l'oeil gauche, le prénommé a été opéré le 12 février 2004 par le docteur P._____, à l'Hôpital X._____, établissement privé figurant sur la liste hospitalière du canton de Genève. L'intervention a consisté en l'extraction du cristallin et en l'implantation d'une lentille de chambre postérieure. Le patient a séjourné dans l'établissement précité du 12 au 13 février 2004.
Le 23 mars 2004, S._____ a requis de la caisse la prise en charge des frais d'intervention pour un montant total de 6'865 fr. 20.
Par décision du 25 juin 2004, confirmée sur opposition le 2 août suivant, la caisse s'est déclarée disposée à rembourser l'équivalent du forfait journalier d'hospitalisation applicable en division commune d'un hôpital public du canton de Genève, soit 488 fr. par jour. Compte tenu de la participation aux coûts de l'assuré, elle lui a versé un montant de 338 fr. 40.
B.
S._____ a déféré la décision sur opposition au Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève, qui l'a débouté par jugement du 25 janvier 2005.
C.
S._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation. Il conclut à la prise en charge intégrale des frais relatifs à l'intervention chirurgicale subie le 12 février 2004 à l'Hôpital X._____.
La caisse conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.
Dans la procédure de recours concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances n'est pas limité à la violation du droit fédéral - y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation - mais s'étend également à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est alors pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction inférieure, et il peut s'écarter des conclusions des parties à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 OJ).
2.
2.1 Selon 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 notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 2ème et 3ème phrase LAMal).
2.2 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 (art. 39 al. 1 LAMal). Leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseurs de prestations présuppose notamment qu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal).
2.3 Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations 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 LAMal 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 (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 n°KV 181 p. 426 consid. 3.2.1).
3.
De manière implicite, le recourant conteste avoir subi en l'espèce un traitement hospitalier. Selon lui, il y a lieu de distinguer deux prestations distinctes, à savoir, d'une part, l'intervention chirurgicale elle-même, dont il demande le remboursement intégral des frais, et, d'autre part, le séjour hospitalier, qu'il a contracté pour des raisons de convenance et réglé de manière séparée.
3.1 Il est dans l'intérêt tant des assurés que des assureurs-maladie de distinguer clairement les notions de traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. La loi, respectivement les conventions tarifaires et les tarifs édictés par les gouvernements cantonaux font une nette distinction entre ces trois formes de traitements médicaux et prévoient des modalités d'indemnisation des assurés et de prise en charge des frais fort différentes (RAMA 1991 n°K 869 p.164 consid. 1a et les références). Cette distinction est en particulier nécessaire pour déterminer le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations, l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et la participation aux coûts des assurés (Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 376 ss).
L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un

assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b, 120 V 206 consid. 6a et les références). En principe, le séjour à l'hôpital doit durer au moins 24 heures; il peut être inférieur à cette durée si un lit est occupé durant une nuit ou en cas de transfert dans un
autre hôpital ou de décès (art. 3 de l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie [OCP; RS 832.104]; voir également RAMA 1991 n°K 869 p. 164 consid. 1a et les références; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]. Soziale Sicherheit. p. 68, n. 134).
Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit par conséquent pas à ouvrir le droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait maladie nécessitant un traitement hospitalier. Aussi, la prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (Longchamp, op. cit., p. 380).
3.2 L'opération de la cataracte, à l'instar de nombreuses opérations ophtalmologiques, se pratique le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation de jour (ou semi-hospitalisation). Toutefois, cette opération, pratiquée chez des personnes âgées, avec des pathologies multiples, peut justifier une prolongation de séjour en hôpital au delà de 24 heures (voir Vaucher/Zollikofer (éd.), Que paie l'assurance-maladie? Manuel des médecins-conseils suisses, Bâle 2004, p. 203 sv.).
3.3 Comme le recourant l'a précisé dans son recours de droit administratif, la nuit qu'il a passée à l'Hôpital X._____ reposait sur une indication médicale : son état de santé requérait en effet une surveillance postopératoire en raison de son âge. Dès lors, son séjour à l'hôpital pendant la nuit du 12 au 13 février 2004 faisait partie intégrante du traitement médical et était une conséquence nécessaire de l'intervention chirurgicale qu'il avait subie. C'est donc à juste titre que les premiers juges ont considéré que l'opération du recourant et le séjour hospitalier consécutif devait être pris en charge par l'intimée au titre d'un traitement hospitalier.
4.
La juridiction cantonale a estimé que la caisse intimée avait satisfait à ses obligations en versant au recourant un montant équivalant au forfait applicable en division commune d'un hôpital public du canton de Genève, à savoir 488 fr. par jour.
4.1 Il n'est pas contesté ni contestable que le recourant a droit à une contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du traitement hospitalier et du séjour à l'Hôpital X._____. En effet, cet établissement figure sur la liste hospitalière du canton de Genève et est admis à fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (selon la Liste des hôpitaux admis à l'assurance-maladie selon les art. 39 al. 1 ou 101 al. 2 LAMal [état au 10 septembre 2004], publiée par la Conférence suisse des directeurs sanitaires CDS, p. 25 sv.). En revanche, en tant que l'Hôpital X._____ est admis pour ses seules divisions privées et semi-privées, l'inscription sur la liste hospitalière du canton de Genève a pour seul effet d'indiquer qu'il remplit les exigences de la LAMal fixées à l'art. 39 al. 1 let. a à c. La liste hospitalière ne lui attribue pas de mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, car l'offre qu'il représente n'est pas directement soumise à la planification hospitalière. Les prestations qu'il peut dispenser à charge de l'assurance-maladie correspondent en principe à celles qu'il est 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. 283 consid. 7.1 et 7.2). L'admission à pratiquer des seules divisions privées et semi-privées de l'Hôpital X._____ 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 (cf. consid. 2.3).
4.2 L'assuré 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 304 consid. 6b/dd).
En l'absence d'un tarif conventionnel ou officiel, la contribution de base doit être calculée selon un tarif de référence à fixer par l'assureur-maladie, ou, en cas de contestation, par le tribunal cantonal des assurances compétent et, en dernière instance, par le Tribunal fédéral des assurances. La contribution de base se détermine concrètement au cas par cas, par renvoi à des tarifs de référence applicables à des hôpitaux comparables admis pour leur division commune. Dans un arrêt du 12 février 2004 concernant le séjour d'un assuré dans une clinique privée qui ne figurait sur la liste hospitalière du canton qu'avec la division privée et semi-privée et sans

mandat de prestations (RAMA 2004 n°KV 281 p. 208), le Tribunal fédéral des assurances a admis que soit prise en compte comme tarif de référence la moyenne des tarifs de la division commune des hôpitaux publics du canton (voir également RAMA 2001 n°KV 181 p. 427 consid. 3.2.3 et 3.2.4 avec renvoi aux ATF 123 V 304 consid. 6b/dd et 125 V 103 consid. 2).
4.3 En l'absence d'un tarif conventionnel ou officiel applicable, il n'y a pas lieu de procéder différemment dans le cas d'espèce. Il convient par conséquent de reconnaître au recourant, au titre de l'assurance obligatoire des soins, un remboursement calculé sur la base du forfait journalier qui aurait été applicable à son cas s'il avait été hospitalisé dans la division commune des hôpitaux publics du canton de Genève. Selon la Convention relative à l'hospitalisation en division commune des HUG (1.1.2004 - 31.12.2004) liant les Hôpitaux Universitaires de Genève et Santésuisse, unique tarif de référence applicable en l'espèce, le montant du forfait journalier d'hospitalisation s'élevait en 2004 à 488 fr.
5.
Lorsqu'un traitement médical d'une certaine catégorie est dispensé par un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics et que l'assuré recourt néanmoins aux services d'un hôpital privé, il n'appartient en principe pas à l'assurance obligatoire des soins de supporter les coûts plus élevés entraînés par ce choix. En l'occurrence, il n'existe aucun motif de s'écarter de cette règle. Comme cela ressort du dossier, le recourant a choisi de subir une intervention chirurgicale à l'Hôpital X._____ afin de pouvoir bénéficier des services du docteur P._____, alors même que l'opération de la cataracte pouvait être pratiquée aux Hôpitaux Universitaires de Genève, hôpital public du canton de Genève disposant d'une division commune. Le recourant a sollicité des prestations dont les coûts dépassent la mesure de ce qui peut être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
6.
Au vu de ce qui précède, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle par conséquent mal fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève et à l'Office fédéral de la santé publique.
Lucerne, le 14 septembre 2005
Au nom du Tribunal fédéral des assurances
Le Président de la IIe Chambre: Le Greffier: