

BGE 105 V 193

Bundesgericht (BGE), 1979-08-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_105 V 193](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_105_V_193)

FR: ATF 105 V 193

IT: DTF 105 V 193

Regeste

Regeste Art. 12bis und 26 KUVG, Art. 16 Vo III. - Die Bestimmungen betreffend die Überversicherung entziehen den Kassen nicht die Möglichkeit, die Gewährung des Taggeldes vom Bestehen eines Lohn- oder Gewinnausfalls abhängig zu machen. - Voraussetzungen der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Überversicherung (Aufrechterhaltung der Globalrechnung in diesem Bereich). - Kosten, die in die Berechnung einbezogen werden dürfen (Beweisanforderungen).

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 12 al. 1 LAMA, les caisses doivent prendre en charge au moins les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière. Elles sont libres de pratiquer soit l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, soit l'assurance d'une indemnité journalière, soit les deux genres d'assurance à la fois. Dans ce dernier cas, le membre de la caisse a le droit d'être assuré aussi bien dans l'une que dans l'autre assurance pour les prestations minimales prévues par les statuts (art. 1 Ord. III). Si la caisse pratique l'assurance d'une indemnité journalière, l'art. 12bis al. 1 LAMA lui prescrit d'allouer au membre assuré à ce titre une indemnité d'au moins 2 fr. par jour en cas d'incapacité totale de travail. L'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques est destinée à couvrir les frais de traitement. L'assurance de base d'une indemnité journalière sert par nature avant tout à compenser une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie, même si ce genre d'assurance n'est pas toujours conçu uniquement comme assurance de la perte de gain (voir par exemple H. GIORGIO, Les assurances sociales en Suisse, dans "La Suisse économique et sociale", 1926, pp. 688-689; K. BONER/W. HOLZHERR, L'assurance-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, 1969, pp. 51-53). Par conséquent, la Cour plénière a constaté qu'on ne saurait BGE 105 V 193 S. 196 interdire à une caisse de limiter le versement des prestations de l'une ou l'autre de ces assurances à ce qui est nécessaire pour couvrir les frais de traitement, respectivement une perte de salaire ou de gain, ou encore de définir de façon précise et exhaustive les frais ou le préjudice économique justifiant l'octroi des prestations convenues. Le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les cotisations correspondantes n'ouvre donc pas forcément droit au versement d'une "somme assurée"; il justifie seulement l'indemnisation du dommage subi du fait de la maladie aux conditions fixées par les statuts, qui seront interprétés selon les principes déjà posés en cette matière par le Tribunal fédéral des assurances, les circonstances dans lesquelles l'assurance a été souscrite pouvant jouer un rôle important à cet égard. En l'espèce, rien dans les dispositions internes de la caisse ne permet d'admettre que l'indemnité journalière doit être versée uniquement lorsqu'une perte de salaire ou de gain est établie. Contiendraient-elles du reste une telle limitation, il serait

pour le moins douteux que cette dernière puisse être opposée à une ménagère, dont l'assurance d'une indemnité journalière aurait été conclue ou maintenue par une caisse sachant l'intéressée sans activité lucrative. Quand une caisse-maladie est en principe tenue de payer l'indemnité journalière souscrite et que les statuts ne limitent pas valablement le versement de cette prestation à ce qui est nécessaire pour couvrir une perte de salaire ou de gain, à l'exclusion de tout autre dommage, alors seulement se pose le problème de la surindemnisation, réglé à l'art. 26 LAMA. L'al. 1 de cette disposition précise que l'assurance ne doit pas être une source de gain pour les assurés. Et l'art. 16 Ord. III définit le gain d'assurance comme étant toute prestation dépassant le montant intégral de la perte de gain, des frais médico-pharmaceutiques et des autres frais entraînés par la maladie qui ne sont pas couverts par ailleurs. Quant à la preuve de l'existence des frais à porter en compte, la Cour plénière a décidé qu'il y a lieu de s'en tenir à la jurisprudence suivant laquelle les autres frais dus à la maladie qu'on ne peut exactement prouver doivent être pris en considération s'ils découlent du mode de vie courant et se tiennent dans les limites usuelles (RJAM 1977 No 296, p. 149). Il ne se justifie pas de fixer une limite au-delà de laquelle ces principes ne seraient plus valables. Il ne sied pas BGE 105 V 193 S. 197 non plus de prévoir un montant fixe, payable systématiquement, alors même que l'expérience de la vie nierait la vraisemblance de frais que ce montant serait censé couvrir ou qu'il apparaîtrait que des frais présumés auraient déjà été remboursés par ailleurs.

E. 2

Appliqués au cas d'espèce, les principes exposés ci-dessus conduisent à rejeter le recours. En effet, on l'a vu, aucune norme interne de la caisse ne limite l'octroi de l'indemnité journalière assurée à l'existence d'une perte de salaire ou de gain. L'assurée fait valoir dans son recours de première instance et répète devant la Cour de céans que l'indemnité journalière de 3 fr., pour laquelle elle a régulièrement payé les cotisations, est une indemnité qui lui est due sans conditions en cas d'incapacité de travail due à la maladie. Or l'expérience apprend qu'une ménagère incapable de vaquer à ses occupations est généralement amenée à effectuer des dépenses aptes à lui causer un préjudice économique atteignant, sous réserve de circonstances spéciales dont rien ne permet de penser qu'elles existent en l'espèce, un montant journalier de 3 fr. Il n'est par ailleurs pas établi que ce dommage ait été indemnisé en l'occurrence par un tiers. Dispositiv

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