

BGE 98 V 150

Bundesgericht (BGE), 1972-09-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_98 V 150](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_98_V_150)

FR: ATF 98 V 150

IT: DTF 98 V 150

Regeste

Regeste Art. 19bis KUVG: Heilanstalt. Begriff der "allgemeinen Abteilung" im Sinne dieses Artikels (Erw. 1). Art. 19bis Abs. 4 und 5 KUVG. - Muss sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine bestimmte Heilanstalt begeben, welche mit seiner Kasse keinen Tarifvertrag hat und keine allgemeine Abteilung führt, so sind die Taxen der allgemeinen Abteilung der Vertragsanstalt anzuwenden, die dem Wohnort des Versicherten am nächsten liegt. - Anwendbarer Tarif, wenn der Versicherte nicht in seinem Wohnsitzkanton hospitalisiert ist (Erw. 2). Art. 19bis Abs. 2 KUVG: Vertrag mit der Heilanstalt. Der in den Jahren 1969/1970 geltende Waadtländer Vertrag ist nicht bundesrechtswidrig (Erw. 3).

Erwägungen

E. 1

Les parties, le Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg et l'Office fédéral des assurances sociales admettent que la recourante Yolande Naef, alors domiciliée à Brougg AG, a dû être hospitalisée à la clinique X., à Lausanne, pour des raisons médicales impérieuses. Le Tribunal fédéral des assurances n'a pas de motifs de revenir sur cette constatation. L'art. 19bis al. 5 LAMA est donc applicable, aux termes duquel: "Si l'assuré doit, pour des raisons médicales, se rendre dans un établissement hospitalier déterminé, la caisse doit calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de cet établissement." Pour la caisse-maladie, les premiers juges et l'Office fédéral des assurances sociales, la clinique X. n'avait pas de salle commune. La recourante, en revanche, entend qu'on assimile à une salle commune l'existence à la clinique X. d'un tarif réduit en faveur des patients de condition financière modeste. Ainsi, la première question qui se pose est celle de l'existence à la clinique X. d'une salle commune, ce qui exige que soit préalablement défini le concept de la salle commune. Or, la notion de salle commune s'est développée de façon empirique, sans être jamais définie dans la loi (cf. art. 19bis LAMA et BGE 98 V 150 S. 153 14 al. 2 LAI). La réunion d'un plus grand nombre de malades dans une chambre et le fait que les médecins sont payés par l'hôpital et ne présentent pas de note au patient sont souvent des caractéristiques de la salle commune, mais non toujours. Le seul critère valable en matière d'assurance-maladie est donc l'existence d'une convention entre l'établissement hospitalier et la caisse-maladie (art. 12 al. 2 ch. 2 LAMA) ou d'un tarif cantonal (art. 22quater al. 3 LAMA), déterminant les prestations pour les soins donnés en division économique. En revanche, la seule existence d'un tarif réduit, fixé unilatéralement par l'établissement comme ce serait le cas à la clinique X., ne saurait être déterminante, car ce tarif réduit pourrait n'en être pas moins très élevé et le but recherché par la loi - limiter les prestations des caisses - ne serait alors pas atteint (cf. Message du Conseil fédéral du 5 juin 1961, FF 1961 I 1436). En conséquence, il n'y a pas à la clinique X. de salle commune, au sens de

l'art. 19bis LAMA.

E. 2

La recourante s'est vue contrainte de se rendre, pour des raisons médicales, dans un établissement hospitalier déterminé (art. 19bis al. 5 LAMA), établissement non conventionnel et dépourvu de salle commune. Dans un cas semblable, où il s'agissait d'un assuré résidant à Fribourg et hospitalisé dans une clinique privée à Lausanne, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré applicables les taxes de la division commune des hôpitaux cantonaux vaudois ou fribourgeois (RO 96 V 8, en particulier consid. 3b p. 12). Il faut sans doute entendre par là que l'art. 19bis al. 4 LAMA est, en telles circonstances, applicable par analogie, avec toutefois cet assouplissement, dicté par l'équité, qu'entre le tarif applicable de l'établissement le plus proche du lieu de résidence et celui de l'établissement le plus proche de la clinique où a lieu l'hospitalisation, il y a lieu de choisir le plus favorable à l'assuré. En l'occurrence, la recourante résidait à Brougg lorsqu'elle a été hospitalisée à Lausanne et, à cette époque, la convention argovienne prévoyait un forfait journalier de 37 fr. Il apparaît donc que la convention vaudoise lui était plus favorable, puisqu'elle prévoit au moins un forfait journalier de 40 fr.

E. 3

L'Etat de Vaud, la Société vaudoise de médecine, le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois et les caisses membres de la Fédération vaudoise des caisses-maladie ont conclu, le 23 décembre 1968, une convention d'hospitalisation, BGE 98 V 150 S. 154 au sens des art. 19bis al. 2 et 22quater al. 5 LAMA, valable en 1969 et 1970. Selon cette convention, qui distingue, d'une part, les relations entre caisses-maladie et hôpitaux et, d'autre part, les relations entre caisses-maladie et assurés, la caisse-maladie verse à l'hôpital le prix forfaitaire total et récupère auprès de l'assuré, à ses risques et périls, le montant non couvert au regard des statuts ou de la loi. Les art. 4 à 5 bis de la convention reviennent à fixer à 70 fr. le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation. Il faut déduire de ce montant, dans le cas des assurés vaudois ou domiciliés dans le canton, une somme de 20 fr., que l'Etat prend à sa charge. Dans le cas des autres assurés, la caisse verse 70 fr. et récupère 20 fr. de l'assuré. Le prix forfaitaire à la charge de la caisse est ainsi en définitive de 50 fr., soit 40 fr. supportés par l'assurance ordinaire et 10 fr. par l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Si cette dernière fait défaut, l'assuré doit rembourser ces 10 fr. à la caisse-maladie; l'Etat intervient en lieu et place de l'assuré si celui-ci n'est pas en mesure d'effectuer ce remboursement et est vaudois ou domicilié dans le canton de Vaud. Une convention de ce type, qui revient à fixer à 40 fr. le forfait journalier dû par l'assurance de base, n'est pas contraire au droit fédéral. En l'espèce, la caisse intimée a accepté de verser 50 fr. à la recourante au titre de l'assurance de base. Elle s'est donc montrée large. Il y a lieu de relever en outre que des prestations beaucoup plus importantes ne pourraient être fournies par l'assurance A sans une hausse générale des cotisations. Cela serait préjudiciable à la majorité des assurés, qui peuvent être soignés en division commune et s'en contentent.

Dispositiv

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