

# **BGer K 140/03 vom 25. April 2005**

Bundesgericht, 2005-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_K\\_140\\_03](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_140_03)

FR: TF K 140/03 du 25 avril 2005

IT: TF K 140/03 del 25 aprile 2005

## **Regeste**

Assurance-maladie | Assurance-maladie

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La LAMal régit l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières ( art. 1a al. 1 LAMal ; avant l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, voir l'ancien art. 1 al. 1 LAMal [RO 1995 p. 1328]). En revanche, les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la LCA ( art. 12 al. 2 et 3 LAMal ). Les litiges qui pourraient survenir dans ce domaine entre assureurs et assurés sont donc du ressort du juge civil et ne peuvent pas faire l'objet d'un recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances (cf. art. 47 LSA ; ATF 124 III 232 consid. 2b, 124 V 135 consid. 3, 123 V 328 consid. 3a).

### **E. 1.2**

Certains cantons ont désigné, pour trancher les litiges relatifs aux assurances complémentaires, la même autorité que le tribunal des assurances qui est compétent pour connaître des contestations entre assurés et assureurs dans l'assurance sociale (cf. art. 57 LPGA ; pour la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, voir l'ancien art. 86 LAMal [RO 1995 p. 1356]). Le canton de Genève a ainsi confié les contentieux de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires au Tribunal administratif cantonal, puis au Tribunal cantonal des assurances (art. 56v al. 1 let. a et c de la loi cantonale sur l'organisation judiciaire [RS GE E 2 05]; pour la période précédent l'entrée en vigueur de cette disposition, le 1er août 2003, cf. RAMA 1998 no KV 50 p. 502 consid. 1 et les références). Cette attribution de compétence, au niveau cantonal, ne suffit toutefois pas à ouvrir la voie du recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances, pour ce qui a trait aux assurances complémentaires.

### **E. 2.1**

En l'occurrence, le jugement entrepris condamne la recourante à prendre en charge la totalité des frais d'intervention sur la personne de l'assurée, ce qui représente, pour l'assurance obligatoire des soins, 1635 fr. La recourante ne conteste pas devoir assumer ces frais. Elle fait uniquement valoir que cette obligation résulte de la seule intervention pratiquée sur le sein gauche de l'assurée, à l'exclusion de la réduction de symétrisation du sein droit, tout en précisant qu'une mastectomie unilatérale ou bilatérale entraîne des coûts identiques pour l'assurance obligatoire des soins. Dans cette mesure, ses conclusions n'ont donc pas pour objet le dispositif du jugement entrepris, mais sa seule motivation, de sorte qu'elles sont irrecevables (cf. ATF 111 II 399 sv. consid. 2; consid. 2c non publié de l'ATF

127 III 90 ; RAMA 1987 n° K 727 p. 167).

### **E. 2.2**

En réalité, le litige opposant les parties porte sur les obligations de la recourante découlant de l'assurance combinée d'hospitalisation HC 2, plutôt que sur les prestations dues au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ce contentieux ne peut toutefois pas être soumis au Tribunal fédéral des assurances par un recours de droit administratif, dès lors qu'il concerne des rapports juridiques régis par la LCA. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, la reprise, dans les conditions particulières de l'assurance complémentaire, de certaines conditions posées par la LAMal pour l'assurance obligatoire des soins, ou le renvoi à certaines dispositions légales en la matière, ne change pas la nature du litige et ne permet pas d'étendre le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances à un contentieux relevant du droit privé. De ce point de vue également, le recours est irrecevable.

### **E. 2.3**

La recourante fait valoir qu'un nouveau système de facturation des prestations hospitalières est à l'étude, qui prendrait en considération non plus un forfait par jour d'hospitalisation, mais par pathologie traitée. Il s'ensuivrait, dans une situation analogue au cas d'espèce, qu'une mastectomie bilatérale serait plus onéreuse qu'une mastectomie unilatérale pour l'assurance obligatoire des soins. Cette argumentation ne justifie toutefois pas d'entrer en matière sur le recours, dès lors qu'elle porte sur une situation hypothétique qui ne correspond pas au litige tranché par la juridiction cantonale.

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