

NE_GERICHTE CDP.2016.38 vom 18. April 2014

NE Tribunal cantonal, 2014-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2016.38_d20140418

FR: NE_GERICHTE CDP.2016.38 du 18 avril 2014

IT: NE_GERICHTE CDP.2016.38 del 18 aprile 2014

Regeste

Frais de traitement hospitalier (classe d'hospitalisation).

Erwägungen

E. 1

a) La Cour de droit public du Tribunal cantonal connaît en instance unique des actions fondées sur le droit administratif et portant, notamment, sur des prestations découlant de contrats de droit public (art. 58 let. b LPJA en relation avec l'art. 47 OJN). b) Selon l'article premier de la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 1 er novembre 2016, entrée en vigueur le 1 er mars 2017, "Hôpital neuchâtelois" (ci-après HNE) est un établissement de droit public cantonal, indépendant de l'Etat et doté de la personnalité juridique. L'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM) et HNE sont la même entité juridique dont seule la dénomination a changé d'une loi à l'autre pour faire correspondre l'appellation légale à celle en usage au quotidien (arrêt de la CDP du 28.04.2017 [CDP.2016.79] cons. 2). Il en découle que HNE, nouvelle appellation de EHM, a qualité pour agir dans la présente action déposée sous son ancienne dénomination. Les relations que HNE noue avec ses patients pour se faire soigner constituent des contrats de droit public ou administratif (Moor , Droit administratif, vol. 3, 1992, p. 343, no 7.2.2.2; Knapp , Précis de droit administratif,

E. 4

Ainsi, il y a lieu d'admettre la demande en ce sens que le défendeur est condamné à payer au demandeur la somme de 3'500 francs avec intérêts à 5 % dès le 14 avril 2015. Selon la jurisprudence (ATF 109 V 46 , 107 III 60), il convient de prononcer la mainlevée définitive de l'opposition du défendeur à la poursuite no [xxxx] à concurrence de 3'500 francs avec intérêt à 5 % dès le 14 avril 2015.

E. 5

Vu le sort de la cause, le défendeur qui succombe partiellement supportera une part réduite des frais de procédure (art. 47 LPJA). Ceux-ci sont fixés à 700 francs auxquels s'ajoutent les débours par 70 francs (art. 13 TFrais par le renvoi des articles 48 et 49 TFrais). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens (art. 48 al. 1 LPJA a contrario).

E. 25

jours au tarif de 140 francs l'unité pour "Chambre seule différence chambre demi-privée à privée" pour un total de 3'500 francs. Pour justifier l'hospitalisation en division privée, le demandeur fait valoir que le patient, interrogé par deux fois, a déclaré en signant à deux reprises le document "Engagement relatif aux conditions d'admission" les 14 avril et 22 avril 2014, qui porte une croix dans la case de la division "privée", qu'il bénéficiait d'une

couverture maladie complémentaire privée.

b) Bien que remplis par une tierce personne (probablement le personnel du service des admissions), ces deux documents portent effectivement la signature du défendeur, ce qu'il ne conteste du reste pas, et comportent les mentions précitées. Le défendeur fait valoir que sa couverture d'assurance-maladie aurait passé de "privé" à "demi-privé" en 2013 sans dire clairement si l'établissement hospitalier se serait trompé, ou lui-même. Dans sa réponse, il allègue que son état de santé ne lui permettait pas de se déterminer valablement sur ce qui lui était demandé. Par ailleurs, son épouse aurait signalé immédiatement qu'il devait être hospitalisé en division demi-privée.

L'erreur du service des admissions, qui se serait basé sur la situation existant en 2010, n'est pas crédible, à mesure qu'il est notoire que chaque médecin et a fortiori chaque établissement hospitalier s'enquiert des conditions d'assurance d'un patient au début d'un traitement. Quant à l'erreur de l'assuré, elle ne peut être exclue du fait que certaines clauses des polices d'assurance complémentaire d'Assura ne sont pas toujours claires, ainsi que le relève le demandeur. Cela étant, l'assuré est lié par son choix, quand bien même il n'est pas établi qu'il en ait mesuré toutes les conséquences. Son erreur ne lui permettrait pas de se libérer à mesure qu'il est en principe le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations (art.42 al. 1 LAMal).

c) La capacité de l'assuré à s'engager valablement par sa signature est plus délicate. Son épouse fait valoir qu'il était sous morphine lors de son entrée à Pourtalès et qu'à son retour de l'hôpital de l'Isle, il était "très diminué dans sa mobilité et dans sa tête, il voyait des choses qui n'existaient pas, il a giflé son fils et il ne savait plus l'heure et le jour qu'il vivait, etc." Cette description reflète l'état du patient lors de son admission et de sa réadmission, mais les formulaires sont datés du lendemain et on peut présumer qu'à ce moment, le défendeur avait recouvré la capacité de se déterminer. En tous les cas, aucun document médical ne met en doute son entière capacité de discernement au moment de la signature. Il fait valoir que son épouse aurait signalé le 14 avril à la réception de la division de médecine, où il était hospitalisé, l'erreur de classe de traitement qu'elle aurait relevée, mais aucun élément au dossier ne vient confirmer cette allégation. C'est du reste le 14 avril 2014 que le défendeur a signé le premier "Engagement relatif aux conditions d'admission" et si un doute existait, le demandeur s'est enquis par fax auprès d'Assura des modalités de couverture d'assurance-maladie du défendeur. Selon la mention manuscrite qui figure sur la réponse qui lui est parvenue le 24 avril 2014 sous forme de garantie de paiement pour la division demi-privée, un entretien téléphonique antérieur avait déjà confirmé la classe d'assurance du défendeur.

d) Dans ces circonstances, on doit admettre qu'en requérant le 14 avril 2014 la confirmation du défendeur qu'il demandait bien son hospitalisation en division privée, HNE a fait toutes les démarches utiles et adéquates envers le patient pour s'assurer de sa classe d'hospitalisation. Comme déjà dit, aucun rapport médical au dossier ne permet de douter de sa capacité de discernement à ce moment-là. La signature donnée une nouvelle fois le 22 avril 2014 sur un formulaire pré-rempli confirmait les informations données antérieurement. Le renvoi de la garantie de paiement par l'assureur le 24 avril 2014 n'a fait que confirmer les informations fournies antérieurement par téléphone.

Aucun reproche ne pouvant être fait à l'égard de HNE eu égard aux informations données par le défendeur, la demande doit être admise en ce qu'elle réclame au défendeur le

supplément d'hospitalisation en division privée pour ses séjours du 13 avril au 13 mai 2014.

3. La demande est admise et défendeur est condamné à payer au demandeur la somme de 140 francs par jour pour la période du 13 au 18 avril 2014 puis du 22 avril au 13 mai 2014, soit 25 jours, aboutissant à un total de 3'500 francs.

b) Les obligations pécuniaires de droit public donnent lieu, en règle générale, au paiement d'intérêts moratoires si le débiteur est en demeure (arrêt du TA du 29.08.2002 [TA.2002.251] cons. 4; RJN 1995, p. 274 et les références). La demeure survient par l'interpellation (art.102 al. 1 CO), autrement dit par la déclaration du créancier manifestant clairement sa volonté d'obtenir le versement de la prestation (Thévenoz, in Thévenoz/Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, n. 19 ad art. 102). En l'espèce, la première mise en demeure qui ressort du dossier est le rappel du 15 décembre 2014, mais le demandeur ne réclame le paiement d'intérêts que dès le commandement de payer notifié le 14 avril 2015, de sorte que les intérêts à 5 % sont dus dès cette date.

c) Le demandeur réclame le paiement de 73.30 francs représentant les frais de la poursuite en cours (poursuite no [xxxx]). En règle générale, les frais de la poursuite sont à la charge du poursuivi, bien qu'ils doivent être avancés par le poursuivant (art.68 LP). Le poursuivi n'est toutefois obligé de payer que les frais qu'il a occasionnés, et non les frais supplémentaires causés uniquement par le fait du poursuivant (Gilliéron, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, 1992, no 14 ad art.68).

En l'espèce, les frais de notification du commandement de payer suivent le sort de la poursuite (RJN 1982, p. 290).

4. Ainsi, il y a lieu d'admettre la demande en ce sens que le défendeur est condamné à payer au demandeur la somme de 3'500 francs avec intérêts à 5 % dès le 14 avril 2015.

Selon la jurisprudence (ATF 109 V 46,107 III 60), il convient de prononcer la mainlevée définitive de l'opposition du défendeur à la poursuite no [xxxx] à concurrence de 3'500 francs avec intérêt à 5 % dès le 14 avril 2015.

5. Vu le sort de la cause, le défendeur qui succombe partiellement supportera une part réduite des frais de procédure (art. 47LPJA). Ceux-ci sont fixés à 700 francs auxquels s'ajoutent les débours par 70 francs (art. 13TFrais par le renvoi des articles 48 et 49 TFrais). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens (art. 48 al. 1LPJAa contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Condamne X. à payer à HNE la somme de 3'500 francs avec intérêts à 5 % dès le 14 avril 2015.

2. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition formée par X. à la poursuite no [xxxx] à concurrence de 3'500 francs avec intérêts à 5 % dès le 14 avril 2015.

3. Met à la charge de X. les frais de procédure par 700 francs et les débours par 70 francs.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 25 juillet 2017

1 Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier.

2 Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur

est mis en demeure par la seule expiration de ce jour.

1Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.³

2Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.⁴

3Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails.⁵

3bisLes fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.⁶

4L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.⁷

5Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'art. 57.

6En dérogation à l'art. 29, al. 2, LPGA, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations.⁸

1Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1erjanv. 2005 (RO20051071;FF20044019).²RS830.¹³Phrase introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023371; FF1991III 181 888,1994V 897,19994168).⁴Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).⁵Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).⁶Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2013 (RO20124085;FF201167936801).⁷Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2013 (RO20124085;FF201167936801).⁸Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023371; FF1991III 181 888,1994V 897,19994168).

1Les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Le créancier en fait l'avance. L'office peut différer toute opération dont les frais n'ont pas été avancés; mais il doit en aviser le créancier.

2Le créancier peut prélever les frais sur les premiers versements du débiteur.

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