

## **NE\_GERICHTE TA.1996.180 vom 26. April 1994**

NE Tribunal cantonal, 1994-04-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TA.1996.180\\_d19940426](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.1996.180_d19940426)

FR: NE\_GERICHTE TA.1996.180 du 26 avril 1994

IT: NE\_GERICHTE TA.1996.180 del 26 aprile 1994

### **Regeste**

Débiteur de la facture d'hôpital en cas de traitement nécessité par un accident. Tarif applicable au séjour hospitalier lorsque celui-ci est couvert aussi bien par une caisse-maladie que par un assureur privé (assurance RC du tiers responsable).

### **Volltext**

Neuchâtel Tribunal Cantonal Tribunal administratif 24.07.1997 TA.1996.180 (INT.1997.650)

Débiteur de la facture d'hôpital en cas de traitement nécessité par un accident. Tarif applicable au séjour hospitalier lorsque celui-ci est couvert aussi bien par une caisse-maladie que par un assureur privé (assurance RC du tiers responsable).

A. L. S., né en 1984, fils de C. S., a été renversé par une voiture alors qu'il traversait une route au Bémont, le 26 avril 1994. Transporté à l'Hôpital X., il a été soigné dans cet établissement du 26 au 30 avril 1994. Sachant la cause de l'accident, l'hôpital a demandé à l'assureur en responsabilité civile (RC) de la conductrice présumée responsable de l'accident, l'assurance Z. de garantir la prise en charge du cas, ce que l'assurance Z. a refusé, faisant valoir d'abord que l'hôpital devait s'adresser à l'assurance-accidents des parents du patient, puis qu'il fallait faire intervenir en premier lieu la caisse-maladie, l'intéressé étant couvert pour le risque accident. L'hôpital a rétorqué qu'il s'en tenait à la réglementation instituée par la Convention neuchâteloise d'hospitalisation et aux règles d'interprétation édictées par la Commission paritaire, qui veille à l'application de cette convention, règles selon lesquelles, lorsque le patient est couvert uniquement par une caisse-maladie mais qu'un tiers est totalement ou partiellement responsable, l'hôpital doit envoyer une demande de prise en charge à la compagnie privée, la facture étant établie par ailleurs au tarif non conventionnel. L'hôpital a établi le 31 mai 1994 sa facture, d'un montant de 4'131.80 francs, que l'assurance Z. a derechef refusé de payer et qu'elle a transmise à la caisse-maladie, la Caisse-maladie Y. à Lucerne, en l'invitant à payer la facture et à faire valoir ensuite ses prétentions récursoires contre elle. L'assurance Z. préconisait au surplus l'application du tarif hospitalier en vigueur pour les caisses-maladie. La caisse-maladie Y. ne s'est pas opposée à la prise en charge des frais de traitement, à condition que soit appliqué le tarif conventionnel. L'hôpital a maintenu son point de vue selon lequel la facture devait être établie conformément au tarif non conventionnel. L'assurance Z. est cependant restée sur sa position. B. Après avoir tenté en vain d'obtenir le paiement de sa facture par C. S., l'hôpital - plus précisément la Ville X., agissant pour le compte de celui-ci - ouvre action en paiement devant le Tribunal administratif contre C. S., concluant à ce que celui-ci soit condamné à lui payer la somme de 4'131.80 francs avec intérêts à 5 % dès le 31 mai 1994, sous suite de frais. En résumé, la demanderesse fait valoir que les prestations fournies et facturées n'ont jamais été contestées;

qu'il est en droit d'appliquer le tarif prévu pour les assurances privées et non pas le tarif conventionnel des caisses-maladie, la Convention neuchâteloise d'hospitalisation n'étant pas applicable aux assurés couverts totalement ou partiellement par une assurance privée et le tarif conventionnel étant réservé aux caisses-maladie; qu'il s'agit en outre d'éviter que des arrangements entre assureurs portent un préjudice financier aux hôpitaux en faisant bénéficier les compagnies privées d'un tarif conventionnel. C.

Le défendeur conclut au rejet de l'action, en demandant que le tribunal dise que l'hôpital doit établir une nouvelle facture au tarif applicable à la caisse-maladie, sous suite de frais et dépens. Il soutient, en résumé, qu'il ne s'est pas engagé à payer personnellement la facture de l'hôpital; que la caisse-maladie a accepté de payer la facture pour autant qu'elle soit établie au tarif conventionnel; que son enfant n'est pas couvert par une compagnie d'assurance privée au sens de la convention, qui ne saurait viser l'assurance RC du responsable de l'accident; qu'une telle couverture n'existe pas en l'espèce déjà par le fait que l'assurance Z. a refusé la prise en charge; qu'il peut prétendre au règlement de la facture par la caisse-maladie au tarif prévu par la convention d'hospitalisation. Les parties ont répliqué et dupliqué. C O N S I D E R A N T en droit 1.

a) Les relations que nouent les patients avec l'Hôpital X. relèvent du droit public. Ledit hôpital est un établissement public, sans personnalité juridique, dépendant de la Ville X., laquelle est habilitée à agir en paiement de factures adressées aux patients de l'hôpital. Il s'agit d'une action de droit administratif au sens de l'article 58 litt.b LPJA, dont le Tribunal administratif peut connaître quand bien même le défendeur n'est pas domicilié dans le canton (sur ces différents points, v. RJN 1995, p.269 ss). b) L'action, ouverte conformément aux exigences légales, est en l'espèce recevable. Quant au fond, elle est dirigée contre le père et représentant légal de L. S., dont la qualité pour défendre n'est pas contestée. 2.

a) La convention neuchâteloise d'hospitalisation, du 1er janvier 1994, passée entre l'Etat, les caisses-maladie reconnues, les établissements hospitaliers et la Société neuchâteloise de médecine, a pour but de régler les relations en matière d'hospitalisation entre les différents partenaires susmentionnés, notamment aux fins de participer à la couverture des coûts d'exploitation des établissements hospitaliers pour les assurés des caisses-maladie, en conformité aux législations fédérale et cantonale (art.1). Elle est applicable aux traitements et/ou aux mesures diagnostiques des malades assurés auprès d'une caisse-maladie, domiciliés dans le canton de Neuchâtel et hospitalisés en catégorie commune d'un hôpital (art.2). Aux termes de l'article 3, la convention n'est pas applicable dans les cas suivants : aux assurés hospitalisés pour des affections résultant d'accidents soumis à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), ou couverts totalement ou partiellement par une compagnie d'assurance privée (litt.a); lors d'une hospitalisation à seule fin d'expertise lorsqu'elle est requise par une autorité judiciaire ou administrative (litt.b); aux assurés hospitalisés sur leur demande, en catégorie privée ou demi-privée (litt.c); lorsque le traitement n'est pas à la charge de la caisse-maladie selon les législations fédérale et cantonale en vigueur (litt.d). La Commission paritaire de la convention neuchâteloise d'hospitalisation, qui établit des règles d'interprétation de celle-ci, a édicté une directive (modalités d'application no 3, du 1.1.1994) concernant la facturation des cas pris en charge en partie par une caisse-maladie et en partie par une assurance privée. Pour "éviter que des arrangements, souvent conclus entre les caisses-maladie conventionnelles et les compagnies d'assurance privées pour des cas d'accidents, portent un préjudice financier aux hôpitaux en faisant bénéficier les compagnies privées du tarif conventionnel réservé aux seules caisses-maladie", elle a prescrit une marche à suivre différente selon que le patient est ou non couvert totalement ou

partiellement par un assureur privé. Si le patient est couvert uniquement par une caisse-maladie, l'hôpital envoie un avis d'entrée à la caisse-maladie en cochant la case "accident". Si la caisse-maladie accepte le cas, parce qu'il relève effectivement de ses obligations, l'hôpital facture au tarif conventionnel (ch.2.1.); si le patient est couvert uniquement par une caisse-maladie, mais dont un tiers (recte : mais qu'un tiers) est totalement ou partiellement responsable, l'hôpital envoie une demande de prise en charge à la compagnie privée. L'assurance privée, selon les circonstances, assume le paiement total de la note et trouve un arrangement avec la caisse-maladie. L'hôpital établit sa facture au tarif non conventionnel (ch.2.2.). Si le patient est couvert en partie par une caisse-maladie et en partie par une assurance privée, l'hôpital envoie un avis d'entrée à la caisse-maladie et une demande de prise en charge à la compagnie privée. L'hôpital établit sa facture au tarif non conventionnel (ch.2.3.). b) En l'espèce, l'hôpital a établi sa facture au tarif non conventionnel et l'a adressée à l'assurance Z., assureur RC du responsable de l'accident, se conformant au chiffre 2.2. de la directive précitée. Ni l'assureur RC ni la caisse-maladie (interpellée par celui-ci) n'ayant réglé la facture, l'hôpital en réclame le paiement au patient. Selon la demanderesse, cette manière de procéder est en l'occurrence conforme à la Convention neuchâteloise d'hospitalisation, qui l'autorise à appliquer le tarif des assurances privées. Elle relève que l'Etat (et donc l'ensemble des contribuables neuchâtelois) verse des subsides d'hospitalisation qui permettent d'établir un tarif préférentiel pour les assurés des caisses-maladie. Appliquer ce tarif à un assureur RC reviendrait à accorder à celui-ci un avantage qui doit être réservé aux seuls assurés des caisses-maladie. La demanderesse fait valoir en outre que l'assurance Z. a reconnu par ailleurs la responsabilité entière de la personne qu'elle assure en responsabilité civile. Le défendeur soutient qu'il n'est pas "couvert totalement ou partiellement par une compagnie d'assurance privée" au sens de l'article 3 litt.a de la convention, l'assureur RC du responsable ne l'assurant pas lui-même. Par conséquent, étant couvert pour le risque accident également auprès de sa caisse-maladie, c'est le tarif conventionnel qui doit s'appliquer et la facture de l'hôpital doit être établie conformément à ce tarif et supportée par la caisse-maladie. Admettre le contraire équivaudrait, selon le défendeur, à imposer aux membres de la caisse-maladie l'obligation d'entreprendre de coûteuses démarches judiciaires envers un responsable pour récupérer des frais pour lesquels il s'était assuré. 3. a) Dans la mesure où la solution du présent litige résulte de dispositions du droit fédéral, il convient de se référer à la LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, puisque le cas concerne un traitement effectué en 1994, soit antérieurement à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1996, de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (art.103 al.1 LAMal). La LAMA n'obligeait pas les caisses-maladie à fournir les prestations d'assurance lorsqu'un tiers était (totalement) responsable civilement de l'accident à assurer. Les caisses pouvaient cependant s'y obliger par le truchement de leurs statuts. La question de savoir si elles pouvaient être tenues d'avancer provisoirement les prestations avait été laissée indécise (ATF 114 V 173, cons.2a). Cette solution résultait du fait que ni la loi ni les ordonnances d'exécution ne traitaient des relations entre les caisses-maladie et les tiers responsables; en particulier, il n'existait pas de disposition sur la subrogation des caisses-maladie. En outre, il convenait de tenir compte de l'interdiction de la surindemnisation et, d'autre part, de l'autonomie des caisses-maladie en ce qui concerne la couverture du risque d'accident. Dans le cas présent, la caisse-maladie du défendeur n'est pas partie à la procédure. Il résulte cependant du dossier - et cela n'est d'ailleurs pas contesté - que la caisse-maladie n'a pas nié devoir ses prestations pour l'accident assuré. Elle s'était même déclarée disposée à régler la

facture de l'hôpital si celle-ci était établie conformément au tarif conventionnel (lettre à l'Hôpital X. du 31.8.1994). On ne saurait admettre que, en pareil cas, le fournisseur de prestations refuse d'établir une facture à l'intention de la caisse-maladie pour le seul motif qu'il doit pouvoir appliquer un autre tarif. Il n'appartient pas au fournisseur de prestations (l'hôpital) de décider, à lui seul, et de surcroît déjà au moment de l'entrée à l'hôpital, si un cas relève ou non de la responsabilité d'un tiers. Cette responsabilité peut au demeurant n'être que partielle, situation dans laquelle la caisse-maladie ne peut de toute façon pas se soustraire à son obligation de verser ses prestations (ATF 114 V 175). Par conséquent, il convient d'exiger que l'hôpital annonce le cas non seulement à l'assureur RC éventuel, mais aussi à la caisse-maladie, qui doit pouvoir se déterminer sur la prise en charge. A cet égard, la directive de la commission paritaire (ch.2.2.) ne peut pas être suivie. Cela s'impose d'autant plus que le fournisseur de prestations ne peut, à défaut de prise en charge par la caisse-maladie, agir que contre le patient et non pas contre le tiers responsable. Certes, dans le nouveau droit le Conseil fédéral a introduit la possibilité d'une action récursoire du fournisseur de prestations contre le tiers responsable pour "l'éventuelle différence entre le tarif valable pour lui et le tarif appliqué par l'assureur-maladie" (art.126 OAMal). Cependant, selon la doctrine (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p.128 ss) cette disposition est contraire à la loi parce que dépourvue de base légale, et d'ailleurs inopportune. Quoi qu'il en soit, cette question n'a pas à être tranchée en l'espèce, l'assurance Z. n'étant, pas davantage que la caisse-maladie du défendeur, partie à la présente procédure. Il n'y a pas lieu non plus de se prononcer ici, étant donné que le litige n'est pas soumis à la LAMal, sur le sens et la portée de la subrogation introduite à l'article 79 al.1 LAMal, disposition qui prévoit que dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. On relèvera tout au plus que cette règle présuppose - dans l'intérêt évident des patients - que les caisses-maladie accordent une garantie de paiement et fassent l'avance des frais de traitement. b) Cela ne signifie pas, toutefois, que l'hôpital doit s'en tenir au tarif conventionnel. Il est exact, comme le relève la demanderesse, que le tarif conventionnel ne s'applique qu'à l'égard des caisses-maladie. D'autres conventions s'appliquent, par exemple, dans l'assurance-accidents obligatoire (tarif LAA) ou dans l'assurance-militaire. Les assureurs privés qui ne sont pas partie à ces conventions ne peuvent s'en prévaloir, car l'assurance sociale obéit à des règles de financement et de subventionnement spécifiques et déterminantes pour les conventions tarifaires. En ce qui concerne les hôpitaux, des prix de pension différents peuvent donc être pratiqués lorsque les frais de l'hospitalisation doivent être pris en charge par un tiers qui ne bénéficie pas des conventions applicables aux assurances sociales. Il s'agit des prix de pension concernant les patients non conventionnels des établissements hospitaliers neuchâtelois, adaptés périodiquement et sanctionnés par le Département de la justice, de la santé et de la sécurité. c) Cela étant, la demanderesse aurait dû, comme le proposait la caisse-maladie, obtenir de celle-ci le règlement du cas par le paiement des frais d'hospitalisation conformément au tarif conventionnel. Il appartiendra à la demanderesse de déterminer, en s'adressant à la caisse-maladie, quel est ce montant. La part de la facture du 31 mai 1994 qui ne sera pas couverte par les prestations de la caisse-maladie pourra être facturée par l'hôpital au patient, lequel dispose d'une action directe contre l'assureur RC du responsable de l'accident en paiement des frais qu'il a dû supporter lui-même. 4. Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de la demanderesse qui succombe pour l'essentiel et au regard de ses conclusions, s'agissant d'une action de droit administratif à laquelle s'appliquent les règles

valables en matière civile (art.18 de l'arrêté concernant le tarif des frais de procédure). Le défendeur a droit à des dépens (art.48 LPJA). Par ces motifs, LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF 1. Dit que le défendeur doit à la demanderesse, pour l'hospitalisation du 26 au 30 avril 1994, la part des frais d'hospitalisation non couverts par la caisse-maladie. 2. Rejette la demande pour le surplus. 3. Met à la charge de la demanderesse un émolument de décision de 400 francs et les débours par 40 francs. 4. Alloue au défendeur une indemnité de dépens de 500 francs.

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