

VS_GERICHTE S2 15 18 vom 23. Dezember 2016

VS Kantonsgericht, 2016-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_15_18

FR: VS_GERICHTE S2 15 18 du 23 décembre 2016

IT: VS_GERICHTE S2 15 18 del 23 dicembre 2016

Regeste

S2 15 18 JUGEMENT DU 23 DÉCEMBRE 2016 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Maître M _____ contre Y _____ SA, intimée (art. 34 al. 2 et 49 al. 2 LAMal, art. 36 al. 2 et 4 OAMal ; traitement d'urgence à l'étranger, tarification des prestations hospitalières en soins somatiques)

Erwägungen

E. 1

let. a OAMal) ; le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (art. 59c al. 1 let. b OAMal) ; un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (art. 59c al. 1 let. c OAMal). Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'alinéa 1, lettres a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications (art. 59c al. 2 OAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour ou les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des

- 19 - hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1, 1ère, 2ème, 3ème et 5ème phrases LAMal). Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe (art. 49 al. 2 LAMal). En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'alinéa 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (art. 49 al. 4, 1ère phrase LAMal). Les rémunérations au sens de l'article 49 alinéa 1 sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour

les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55% au moins (art. 49a al.

E. 2

au 9 mai 2013 n'en énumère que onze. Compte tenu de ce qui a été tranché au considérant 2.2, l'intimée doit prendre en charge, au titre de traitement d'urgence à l'étranger au sens de l'article 36 alinéas 2 et

E. 4

OAMal, le double du montant de 4969 fr. 31, soit 9938 fr. 62. Il faut encore déduire de ce montant les différentes participations de l'assuré à cette prestation, participations que l'intimée a pertinemment exposées, bases légales à l'appui, dans sa réponse du

E. 8

mai 2015. Il s'agit de la contribution journalière de 15 fr. pour l'hospitalisation du 30 avril au 9 mai 2015 par 150 fr. au total, de la franchise de 1500 fr. et du montant annuel maximal de la participation aux coûts, soit 700 francs. Pour cette hospitalisation d'urgence à l'étranger, Y_____ SA doit donc intervenir à concurrence de 7588 fr. 62. Quant à l'hospitalisation du 13 au 22 mai 2013, elle ne pouvait, comme retenu plus haut, être considérée comme un traitement d'urgence à l'étranger et aurait eu lieu en Valais, canton de domicile de l'assuré. La disposition précitée ne s'y applique donc pas et les frais inhérents à cette hospitalisation ne doivent pas être doublés en vue de leur prise en charge.

Contrairement à l'argumentation développée à ce sujet par l'intimée dans ses écritures des 9 octobre 2015 et 7 novembre 2016, ce séjour hospitalier serait intervenu dans un autre établissement que le précédent et, en partie du moins, pour d'autres MDC, à savoir une candidose et une bactériémie. Le regroupement en un seul DRG de ces deux hospitalisations datant de mai 2013 n'entre ainsi pas en ligne de compte dans le présent cas. S'il est vrai que les troubles respiratoires qui ont conduit l'assuré à être admis une nouvelle fois pour un traitement stationnaire ne constituent pas un diagnostic en soi, ils étaient sans nul doute liés à l'une au moins des affections dont celui-ci souffrait alors. Le fait que ces atteintes figurent à titre de diagnostics supplémentaires dans la tarification de l'hospitalisation en question selon SwissDRG et que ce système ait sélectionné, en tant que diagnostics principaux, la cirrhose biliaire ainsi que les varices oesophagiennes et gastriques, susceptibles de provoquer de tels troubles, correspond donc à la réalité, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. De plus, c'est la survenance d'une candidose et d'une bactériémie staphylocoque qui a entraîné la prolongation de ce séjour hospitalier jusqu'au 22 mai 2013. Ces diagnostics (pneumopathie due à des staphylocoques, infection bactérienne et candidose) figurent bien dans la tarification, à

- 22 - hauteur de 7773 fr. 10, de l'hospitalisation du 13 au 22 mai 2013. Après déduction de la contribution de 150 fr. pour ce séjour hospitalier de dix jours, c'est un montant de 7623 fr. 10 que l'intimée doit encore rembourser à la recourante. 4. La prise en charge totale incombant à Y_____ SA pour les hospitalisations successives du 30 avril au 9 mai 2013 puis du 13 au 22 mai 2013 se monte par conséquent à 15 211 fr. 72 (7588 fr. 62 plus 7623 fr. 10). Cette assurance a déjà versé la somme de 7428 fr. 70, soit 6545 fr. 70 (pièce 10) et 883 fr. selon le courrier de cette assurance du 9 octobre 2015. Le montant encore dû à X_____ par Y_____ SA est finalement de 7783 fr. arrondi (15 211 fr. 72 moins 7428 fr. 70). La recourante ne pouvait ainsi s'attendre, alors que Y_____ SA avait refusé d'intervenir pour le rapatriement de l'assuré et garanti les frais hospitaliers à hauteur

de 9060 fr. 70 (pièces 6 et 7), à ce que celle-ci remboursât intégralement, à charge de l'assurance-maladie sociale de base, les frais notoirement élevés d'un traitement stationnaire dans une clinique américaine, lesquels ont finalement atteint l'équivalent de 71 024 fr. 95 (pièce 10). Tel que relevé au début du considérant 2.1, l'objet de la contestation et du litige consistait dans ce montant de 71 024 fr. 95, sous déduction des 7428 fr. 70 déjà versés. La recourante a donc réclamé implicitement la prise en charge des 63 596 fr. 25 restants. Elle obtient par le présent jugement l'octroi de 7783 fr., soit du 12% seulement du montant réclamé. Partant, le recours est très partiellement admis et les décisions de Y_____ SA des

E. 9

septembre 2014 et 26 janvier 2015 sont annulées. 2. Y_____ SA doit verser à X_____ le montant de 7783 francs. 3. Il n'est pas perçu de frais. 4. Y_____ SA versera à X_____ des dépens de 550 francs.

Sion, le 23 décembre 2016

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