Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 113/06

Arrêt du 5 décembre 2007
IIe Cour de droit social

Composition
MM. les Juges U. Meyer, Président,
Borella et Kernen.
Greffier: M. Cretton.

Parties
R._____,
recourant,

contre

PHILOS, Caisse maladie-accident, Section FRV, avenue du Casino 13, 1820 Montreux,
intimée.

Objet
Assurance-maladie,

recours de droit administratif contre le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 23 juin 2006.

Faits:
A.
L'Hôpital X._____ est un établissement privé, non subventionné, figurant dans la liste hospitalière vaudoise pour sa division privée exclusivement. A la demande de l'Association des cliniques privées vaudoises (AVCP), le Bureau de la Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHo) a élaboré un tarif de référence par forfaits, à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour les hospitalisations en clinique privée.

R._____ est assuré auprès de Philos Caisse maladie-accident (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Le 5 juin 2003, il a subi une intervention chirurgicale à l'Hôpital X._____, établissement dans lequel il a séjourné en division privée jusqu'au lendemain. La facture de l'établissement s'est élevée à 11'777 fr. 45.

Par décision du 6 juillet 2003 confirmée sur opposition le 10 juillet suivant, la caisse a pris en charge le séjour de l'assuré à l'Hôpital X._____ selon le tarif de référence précité à hauteur de 1'524 francs.
B.
Par jugement du 23 juin 2006, dont la rédaction a été approuvée le 3 août suivant, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par R._____ contre la décision sur opposition de la caisse.
C.
R._____ a interjeté un recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Il a conclu à son annulation et «au renvoi de la cause aux premiers juges en vue de la fixation d'un tarif chambre commune fondé sur les principes de la LAMal en matière d'économie d'entreprise, de protection tarifaire et d'égalité de traitement».

La caisse a conclu à l'application du tarif de l'Hôpital Y._____; elle a subsidiairement proposé le renvoi de l'affaire à la juridiction cantonale afin de fixer le «tarif de référence applicable à la contribution de base due aux assurés lors d'une hospitalisation dans une clinique privée figurant sur la liste hospitalière pour sa

division privée ou mi-privée uniquement».
D.
L'Office fédéral de la santé publique s'est exprimé sur la procédure et les allégués de la caisse. Dans le cadre d'un second échange d'écritures, les parties se sont à nouveau déterminées.

Considérant en droit:
1.
La loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2005, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; ATF 132 V 393 consid. 1.2 p. 395).
2.
Dans une procédure de recours concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances n'est pas limité à la violation du droit fédéral - y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation - mais s'étend également à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est alors pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction inférieure, et il peut s'écarter des conclusions des parties à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 OJ).
3.
3.1 Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a), ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1, 1ère phrase LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1, 2ème et 3ème phrase LAMal).
3.2 Sont considérés comme des hôpitaux les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal). Leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseurs de prestations présuppose notamment qu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal).
3.3 Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit qu'il appartient au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits, qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, la procédure décrite ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 101 consid. 3e p. 106; RAMA 2001 n°KV 181 p. 426 consid. 3.2.1).
4.
Les premiers juges ont estimé que la caisse intimée avait satisfait aux obligations de l'assurance obligatoire des soins en prenant en charge l'hospitalisation du recourant à hauteur de 1'524 fr., montant composé selon le tarif forfaitaire de référence pour les cliniques privées d'une taxe d'admission de 630 fr. et à deux forfaits journaliers de 447 francs.
4.1 Il n'est pas contestable que le recourant a droit à une contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du traitement hospitalier et du séjour à l'Hôpital X._____. En effet, l'établissement figure sur la liste hospitalière du canton de Vaud et est admis à fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 3 ch. 3, 6 ch. 2, 8 et 11 de l'arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du Canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, toujours en vigueur en 2003). En

revanche, en tant qu'il est admis pour sa seule division privée, l'inscription sur la liste hospitalière a pour seul effet d'indiquer qu'il remplit les exigences de la LAMal fixées à l'art. 39 al. 1 let. a à c. La liste hospitalière ne lui attribue aucun mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, car l'offre qu'il représente n'est pas directement soumise à la planification hospitalière. Les prestations qu'il peut dispenser à charge de l'assurance-maladie correspondent en principe à celles qu'il est en droit de fournir en vertu de l'autorisation d'exploiter délivrée par les instances cantonales compétentes, sans restriction due aux impératifs de la planification (RAMA 2002 n°KV 217 p. 283 consid. 7.1 et 7.2). L'admission à pratiquer de la seule division privée a pour autre conséquence que la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du traitement hospitalier ne peut être calculée sur la base d'une convention tarifaire établie en conformité avec l'art. 49 LAMal (cf. consid. 3.3).
4.2 L'assuré n'a droit qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection, qui, si elles n'étaient pas octroyées lors d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune et facturées à l'assureur-maladie (contribution dite de base, « Sockelbeitrag »; ATF 123 V 290 consid. 6b/dd p. 304). En l'absence d'un tarif conventionnel ou officiel, la contribution de base doit être calculée selon un tarif de référence à fixer par l'assureur maladie, ou, en cas de contestation, par le tribunal cantonal des assurances compétent et en dernière instance, sous l'empire de l'OJ, par le Tribunal fédéral. La contribution de base se détermine concrètement au cas par cas, par renvoi à des tarifs de référence applicables à des hôpitaux comparables admis pour leur division commune.

S'agissant d'une clinique privée admise sur une liste cantonale pour ses divisions semi-privées et privées uniquement, il est exclu de déterminer la contribution de base en fonction d'un tarif calculé d'après les coûts imputables à une division commune fictive de l'établissement, c'est-à dire comme si celui-ci était admis pour sa division commune (RAMA 2001 KV 181 p. 417 consid. 3.2, décision du Conseil fédéral du 28 juin 2000). Dans un arrêt du 12 février 2004 concernant le séjour d'un assuré dans une clinique privée qui ne figurait sur la liste hospitalière du canton qu'avec la division privée et semi-privée et sans mandat de prestations (RAMA 2004 n°KV 281 p. 208), le Tribunal fédéral des assurances a admis que soit prise en compte comme tarif de référence la moyenne des tarifs de la division commune des hôpitaux publics du canton (voir également RAMA 2001 n°KV 181 p. 427 consid. 3.2.3 et 3.2.4 avec renvoi aux ATF 123 V 290 consid. 6b/dd p. 304 et 125 V 101 consid. 2 p. 103).
4.3 Dans le cas d'espèce, les premiers juges se sont basés sur le «tarif à la charge de l'assurance de base pour des hospitalisations en clinique privée» 2003.
4.3.1 Le tarif comprend un forfait d'admission et un forfait journalier; il a été calculé sous cette forme par le Bureau de la CVHo à la demande de l'AVCP; celle-ci souhaitait en effet un tarif de référence pour ses membres, lesquels ne disposaient pour la plupart que d'une division privée ou semi privée et n'avaient pas conclu de convention avec les assureurs maladie pour les prestations relevant de la LAMal. Le tarif a été établi après discussion entre les parties à la CVHo, soit l'Etat de Vaud, Santésuisse, les Hospices/CHUV, la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et la Société vaudoise de médecine (SVM) puis, en tant qu'il figure dans les directives administratives CVHo, adopté à l'unanimité. Le tarif de référence a été calculé en divisant la participation des assureurs maladie au financement des patients A (aigus) LAMal vaudois hospitalisés en chambre commune dans les hôpitaux de soins somatiques de la CVHo par le nombre de journées prévues, après déduction du produit du nombre de cas par le forfait d'admission (lettres du Service de la santé publique du canton de Vaud du 6 mars 2003 et 7 septembre 2004).
4.3.2 Il n'y a pas lieu de s'écarter de la voie suivie par les juges cantonaux, quand bien même les partenaires tarifaires vaudois sont en train de généraliser un système de forfait par pathologie. La solution retenue s'inscrit dans la jurisprudence rendue dans des cas similaires (RAMA 2004 n°KV 281 p. 208), dès lors qu'elle aboutit, au titre de la contribution de base pour des hospitalisations dans un établissement dont l'offre n'est pas directement soumise à la planification hospitalière, à l'application de la participation moyenne des assureurs maladie au financement des hospitalisations en division commune. La participation financière exprimée sous la forme d'un forfait journalier combiné à un forfait par admission, n'est pas si différente des forfaits journaliers moyens appliqués dans des cas précédents (RAMA 2004 n°KV 281 p. 208, consid. 6, K 34/02), dans la mesure où ces derniers étaient le résultat d'un calcul basé sur une moyenne de coûts.

En outre, le tarif de référence pour les cliniques privées a été discuté et élaboré par les parties à la CVHo, c'est-à-dire qu'il a été conçu par les partenaires dans le canton de Vaud aux conventions tarifaires des prestations de l'assurance obligatoire des soins, soit des organismes rompus aux questions tarifaires et forfaitaires de l'assurance obligatoire des soins. Enfin, le tarif de référence est inscrit dans des directives administratives, où il peut être consulté; il est connu des cliniques privées qui peuvent ainsi informer de manière sûre les futurs patients de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du séjour dans leur établissement et respecte le principe de l'égalité de traitement (à ce propos, cf. ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 p. 114, 129 I 113 consid. 5.1 p. 125 et la jurisprudence citée) dans le sens que tous les patients séjournant dans une clinique privée, dont l'offre n'a pas été retenue par la planification cantonale au titre de la division commune, sont traités d'une manière identique. Ce principe n'interdit pas des différences dans le remboursement de prestations de l'assurance obligatoire des soins selon que le patient a été hospitalisé en division commune d'un hôpital inclus dans la planification hospitalière cantonale ou en division privée ou semi-privée d'une clinique privée ne faisant pas partie d'une telle planification (cf. ATF 125 V 101 consid. 3e p. 105 sv.).

4.3.3 Le recourant demande que son séjour soit pris en charge selon un tarif propre à la «division commune» de l'Hôpital X._____. Celle-ci ne figure dans la liste hospitalière que pour sa division privée; une hypothétique section de l'établissement portant l'intitulé «commune» ne relèverait pas de la planification cantonale et ne constituerait pas une division commune au sens de l'art. 39 LAMal dont les prestations ressortiraient à une convention tarifaire établie en conformité avec l'art. 49 LAMal (cf. consid. 4.1). Aussi, la contribution ne peut-elle être calculée selon un tel tarif. Il en va de même d'une contribution calculée selon un tarif élaboré spécialement pour l'Hôpital X._____ et fondé sur les principes de la LAMal en matière d'économie d'entreprise, de protection tarifaire et d'égalité de traitement; une telle démarche aboutirait à un détournement de la planification cantonale - allant à l'encontre des objectifs qui visent à limiter les capacités hospitalières dans le domaine des soins somatiques aigus - et reviendrait en fait à inclure de manière artificieuse dans la liste cantonale au titre de la division commune un établissement que les autorités vaudoises compétentes n'ont justement pas entendu retenir. Il en
irait de même de l'application du tarif du seul établissement privé admis dans le canton de Vaud pour sa division commune, car celui-ci ne peut être compris sans se référer aux nombreux mécanismes de régulation et de compensation entre les parties prévus par les partenaires conventionnels.

5.

Au vu de ce qui précède, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle par conséquent mal fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours de droit administratif est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 5 décembre 2007

Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Président: Le Greffier:

Meyer Cretton