Urteilskopf

112 V 188

34. Arrêt du 10 septembre 1986 dans la cause D. contre Caisse-maladie du personnel de la Confédération et des entreprises suisses de transport (CPT) et Tribunal cantonal valaisan des assurances
Regeste (de):
Art. 19bis KUVG: Wahl der Heilanstalt. Umfang der Leistungen für den Aufenthalt in einer andern als in einer Vertragsheilanstalt am Wohnort (Erw. 2b, c).

Art. 12 Abs. 6 KUVG, Art. 22 Vo III, Art. 1 ff. Vo VIII: Anwendungsbereich der Spezialitätenliste. Die in der Spezialitätenliste aufgeführten Preise und die entsprechenden Mengen sind bei Behandlungen durch Heilanstalten nicht anzuwenden (Erw. 2d).

Rückvergütung der von einer Krankenkasse geleisteten Vorschüsse. Keine analoge Anwendung von Art. 47 Abs. 1 AHVG, wenn eine Krankenkasse von einem Mitglied die Rückvergütung von (nicht versicherten) Leistungen verlangt, welche sie einer Heilanstalt aufgrund einer Kostengutsprache vorgeschossen hat. Die Möglichkeit eines Erlasses ist daher ausgeschlossen (Berichtigung der Rechtsprechung; Erw. 3).

Regeste (fr):
Art. 19bis LAMA: Choix de l'établissement hospitalier. Etendue des prestations en cas d'hospitalisation ailleurs que dans l'un des hôpitaux conventionnés du lieu de résidence (consid. 2b, c).

Art. 12 al. 6 LAMA, art. 22 Ord. III, art. 1er ss Ord. VIII: Champ d'application de la liste des spécialités. Les prix et les quantités correspondantes mentionnés sur la liste des spécialités ne s'appliquent pas aux traitements hospitaliers (consid. 2d).

Remboursement de frais avancés par une caisse-maladie. Il n'y a pas lieu d'appliquer par analogie l'art. 47 al. 1 LAVS lorsqu'une caisse-maladie demande à un affilié le remboursement de prestations (non assurées) qu'elle a avancées à un établissement hospitalier, en vertu d'une garantie de paiement. La possibilité d'une remise est donc exclue (rectification de la jurisprudence; consid. 3).

Regesto (it):
Art. 19bis LAMI: Scelta dello stabilimento di cura. Entità delle prestazioni in caso di ospedalizzazione fuori da uno degli ospedali convenzionati al luogo di residenza (consid. 2b, c).

Art. 12 cpv. 6 LAMI, art. 22 Ord. III, art. 1o e segg. Ord. VIII: Campo d'applicazione della lista delle specialità. I prezzi e le corrispondenti quantità, menzionati nella lista delle specialità, non si applicano alle cure ospedaliere (consid. 2d).

Rimborso delle spese anticipate dalla cassa malati. L'art. 47 cpv. 1 LAVS non si applica per analogia quando una cassa malati chiede all'affiliato il rimborso di prestazioni (non assicurate) anticipate ad un istituto ospedaliero in forza di una garanzia di pagamento. La possibilità di condono è pertanto esclusa (rettificazione della giurisprudenza; consid. 3).

Sachverhalt ab Seite 189

BGE 112 V 188 S. 189

A.- Georgette D., domiciliée à Sion, est assurée contre la maladie auprès de la Caisse-maladie du personnel de la Confédération et des entreprises suisses de transport (CPT) pour les soins médicaux et pharmaceutiques, une indemnité journalière de 2 francs et une indemnité complémentaire en cas d'hospitalisation de 80 francs par jour. Souffrant d'une tumeur maligne de la jambe gauche, elle a été admise à l'hôpital de Sion, où elle a séjourné du 27 mars au 14 avril 1983. Elle a ensuite été transférée à Bâle pour y être hospitalisée, successivement, au "Felix-Platter-Spital" et à l'hôpital cantonal, du 15 avril au 3 octobre 1983. La CPT a pris en charge les frais de l'hospitalisation de l'assurée à Sion. Elle a également réglé directement les factures que lui ont adressées les deux établissements bâlois précités (139'406 fr. 10 au total), eu égard au fait qu'elle avait délivré à chacun d'entre eux une garantie de paiement, au mois d'avril 1983. Le 10 avril 1984, la CPT a envoyé à Georgette D. un décompte par lequel elle lui réclamait, au titre de "frais non assurés", le remboursement d'une partie des prestations facturées par le "Felix-Platter-Spital" et l'hôpital cantonal de Bâle, soit 39'603 fr. 05. Le montant à restituer s'élevait toutefois à 39'023 fr. 05,

BGE 112 V 188 S. 190

après déduction de l'indemnité journalière assurée de 2 francs (380 francs au total) et prise en charge de frais d'ambulance (200 francs).

B.- Georgette D. a recouru devant le Tribunal des assurances du canton du Valais. Après avoir admis que le décompte du 10 avril 1984 valait décision au sens de l'art. 30 LAMA, le tribunal a rejeté le pourvoi par jugement du 15 mai 1985, considérant que la demande de restitution de la CPT était bien fondée; il a ainsi condamné l'assurée à rembourser à la caisse la somme de 39'023 fr. 05, tout en réservant la possibilité d'une demande de remise au sens de l'art. 47 al. 1 LAVS.

C.- Georgette D. interjette recours de droit administratif contre ce jugement en concluant à la suppression de toute obligation de restituer. La caisse intimée conclut au rejet du recours. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il propose de l'admettre et de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire et nouveau jugement.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. A l'appui de ses conclusions, la recourante se prévaut de la garantie de paiement donnée par la CPT au "Felix-Platter-Spital" et à l'hôpital cantonal de Bâle, au mois d'avril 1983, et se plaint de ne pas avoir été informée de ce que "ces bons de garantie ne consistaient en fait qu'en de simples cautionnements". Ce moyen n'est pas fondé. Selon la jurisprudence, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse vis-à-vis de cet établissement et non pas un engagement définitif envers l'assuré de prendre en charge les frais. Demeurent réservées, il est vrai, des circonstances particulières où la garantie de paiement peut avoir la portée d'un tel engagement et où, par conséquent, le droit à la protection de la bonne foi peut être invoqué par l'assuré (ATF 111 V 28). De telles circonstances n'existent toutefois pas en l'occurrence: à elle seule, une éventuelle omission - non répréhensible - de la caisse d'informer ses assurés sur la nature et la portée d'une garantie de paiement ne constitue pas une violation du droit à la protection de la

bonne foi (sur les conditions de ce droit, voir ATF 111 V 71, ATF 108 V 182).

2. a) Le "Felix-Platter-Spital" et l'hôpital cantonal de Bâle ont l'un et l'autre facturé à l'intimée une taxe forfaitaire de

BGE 112 V 188 S. 191

350 francs par jour d'hospitalisation (60'200 francs pour 172 jours d'hospitalisation), plus diverses prestations médicales (79'206 fr. 10), dont 64'613 fr. 60 de médicaments. De son côté, l'intimée a admis de prendre en charge la taxe forfaitaire de 350 francs; elle a demandé à la recourante le remboursement de la moitié des prestations médicales facturées séparément (39'603 fr. 05). En procédure cantonale, elle a motivé son point de vue de la manière suivante: "Les hôpitaux bâlois facturent 350 francs par jour, montant réglé intégralement par notre caisse. Néanmoins, ces hôpitaux exigent pour les patients domiciliés hors du canton de Bâle la totalité des prestations accessoires en sus, et cela également en division commune. Ces prestations accessoires s'élèvent à 79'206 fr. 10. Les hôpitaux en question ont refusé de donner les renseignements à la caisse sur la composition de ce montant, à l'exception toutefois d'un montant de 64'613 fr. 60 pour les médicaments. Sur ce montant, 47'606 fr. 40 représentent la somme consacrée à un médicament - le méthotréxate - qui ne figure pas dans la liste des spécialités. La différence n'a, on l'a vu, pas été expliquée." Quant aux juges cantonaux, ils se sont fondés sur l'art. 55 des statuts de l'intimée, qui est ainsi rédigé: "Lorsque, dans le compte de l'établissement hospitalier, les frais de traitement médical et de médicaments ne sont pas détaillés ou ne le sont qu'en partie, la caisse détermine elle-même le montant qu'elle doit payer." En outre, les premiers juges ont retenu que - contrairement aux affirmations de la caisse - le "méthotréxate" figurait sur la liste des spécialités; ils ont toutefois constaté que ce médicament avait en l'occurrence été administré sous forme d'ampoules de 500 mg, alors que ladite liste mentionnait des quantités de 100 mg au plus. La juridiction cantonale en a conclu que la caisse n'était de toute façon pas tenue, légalement, de prendre en charge des prestations à ce titre. b) Aux termes de l'art. 12 al. 1 ch. 2 LAMA, les caisses-maladie reconnues par la Confédération doivent prendre en charge, en cas de traitement dans un établissement hospitalier, les prestations fixées par la convention passée entre cet établissement et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin, y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, conformément aux taxes de la salle commune, ainsi qu'une contribution journalière minimale aux autres frais de soins. L'art. 19bis LAMA donne aux assurés le droit de choisir librement l'établissement hospitalier en Suisse (al. 1). Cependant, si la caisse-maladie a passé une convention avec des établissements

BGE 112 V 188 S. 192

hospitaliers du lieu de résidence de l'assuré et que ce dernier se rende dans un autre établissement, il faut distinguer selon que ce choix est dicté par des motifs de convenance personnelle ou imposé par des raisons médicales. Dans le premier cas, la caisse peut, en principe, calculer ses prestations suivant les taxes de la salle commune de l'établissement conventionné le plus proche où l'assuré aurait pu se rendre (art. 19bis al. 3 LAMA); dans le second cas, suivant les taxes de la salle commune de l'établissement où il a dû se rendre (art. 19bis al. 5 LAMA). Une hospitalisation ailleurs que dans l'un des hôpitaux conventionnés du lieu de résidence est due à des raisons médicales lorsque aucun de ces établissements-là n'est en mesure d'effectuer le traitement indiqué ou que, vu l'urgence, il est dangereux d'y transporter le patient (RAMA 1985 No K 625 p. 115 consid. 1b). c) Dans le cas particulier, on ignore les motifs pour lesquels l'assurée s'est fait soigner à Bâle plutôt que dans un établissement de son lieu de résidence. Or, cette question - qui n'a fait l'objet d'aucun examen de la

part des juges cantonaux - est pourtant décisive pour l'issue du présent litige. En effet, en l'absence de raisons médicales au sens de l'art. 19bis al. 5 LAMA, la caisse serait fondée à calculer ses prestations suivant les taxes de l'établissement conventionné le plus proche où l'assurée aurait pu se rendre. En revanche, si la recourante a été contrainte, pour de telles raisons médicales, de séjourner dans un établissement bâlois (in casu le "Felix-Platter-Spital" ou l'hôpital cantonal), l'intimée devrait calculer ses prestations en fonction des taxes de la salle commune de cet établissement et non pas, par exemple, sur la base de celles d'un établissement de référence. Que les tarifs des salles communes des hôpitaux prévoient généralement une différence selon l'origine des malades (ressortissants du canton, habitants d'autres cantons, étrangers; cf. art. 24 al. 2 Ord. III) n'est à cet égard pas déterminant: la solution adoptée à l'art. 19bis al. 5 LAMA par le législateur s'explique par le fait que, en présence de raisons médicales, l'assuré n'a pas toujours la possibilité de séjourner dans un hôpital conventionné ou dans l'établissement public le plus proche, de sorte qu'il serait inéquitable, le cas échéant, de limiter son droit aux prestations (voir le message du Conseil fédéral concernant un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, FF 1961 I 1438; cf. également RJAM 1980 No 412 p. 133 et 1979 No 368 p. 131).

Ainsi donc, dans l'hypothèse envisagée par l'art. 19bis al. 5 LAMA, l'intimée ne pourrait se limiter, comme elle l'a fait, à la prise en charge d'un forfait et au versement de prestations dont le montant serait laissé à son appréciation. Tout au plus ne serait-elle pas tenue - sauf disposition contraire des statuts et pour autant que ces frais ne soient en l'espèce pas entièrement couverts par l'assurance complémentaire dont bénéficie la recourante - de fournir des prestations pour l'entretien et le logement (ATF 108 V 39 et la jurisprudence citée). d) Quant aux motifs invoqués par la caisse et les premiers juges, ils ne sauraient, en tout état de cause, être décisifs. En particulier, l'art. 55 des statuts de l'intimée, précité, ne trouve guère application en l'occurrence. En effet, la caisse a réglé les factures que lui ont adressées le "Felix-Platter-Spital" et l'hôpital cantonal de Bâle. Dès lors, si elle entend exiger de l'assurée le remboursement d'une partie des frais encourus, c'est à elle qu'il appartient de justifier sa demande, et non pas à l'assurée de prouver que ces frais sont en réalité à la charge de la caisse. En ce qui concerne d'autre part le médicament "méthotréxate", il est inscrit, comme l'ont constaté les premiers juges, sur la liste des spécialités dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie (art. 12 al. 6 LAMA; art. 22 Ord. III; art. 1er ss Ord. VIII). En outre, il résulte des statuts de l'intimée que celle-ci prend en charge les médicaments figurant sur ladite liste (art. 42). Enfin, comme le relève pertinemment l'Office fédéral des assurances sociales, les prix - et les quantités correspondantes - mentionnés dans cette liste ne concernent en l'occurrence que la dispensation par les pharmaciens ou les médecins propharmaciens (art. 3 al. 2 Ord. VIII); ils ne s'appliquent pas aux médicaments dispensés par les établissements hospitaliers et dont les tarifs sont fixés par les conventions conclues entre les caisses et les hôpitaux ou par le gouvernement cantonal intéressé (art. 22quater al. 3 LAMA). e) Au vu de ce qui précède, il s'impose de renvoyer la cause à la caisse intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire et se prononce à nouveau, par voie de décision, sur le montant qui devra éventuellement être remboursé par la recourante.

3. Selon l'art. 47 al. 1 LAVS, les rentes et allocations pour impotents indûment touchées doivent être restituées; la restitution peut ne pas être demandée lorsque l'intéressé était de bonne foi et

qu'il serait mis dans une situation difficile. Cette disposition est également applicable, par analogie, aux prestations d'assurance-maladie versées à tort (voir p.ex. ATFA 1967 p. 5; RAMA 1984 No K 578 p. 109; RJAM

1982 No 490 p. 140 consid. 2). Aussi les premiers juges sont-ils de l'avis que la recourante conserve, en tout état de cause, la faculté de demander une remise de son obligation de rembourser. Cette manière de voir ne peut pas être partagée. Sans doute le Tribunal fédéral des assurances a-t-il admis - sans autre examen - d'appliquer l'art. 47 al. 1 LAVS dans l'arrêt publié au RJAM 1982 No 490 p. 136 ss et qui avait pour objet une affaire semblable à la présente cause. Mais cette jurisprudence ne saurait être confirmée. En effet, lorsqu'elle verse des prestations à un établissement hospitalier en vertu d'une garantie de paiement, la caisse-maladie ne fait le plus souvent qu'avancer, en lieu et place du patient, les frais de traitement encourus par ce dernier (cf. ATF 111 V 31), sans examiner préalablement si le montant de cette avance correspond à celui des prestations assurées dans un cas concret: du moment que la garantie de paiement ne représente pas un engagement définitif envers l'assuré de prendre en charge ces frais (voir ci-dessus, consid. 1), il est logique d'admettre que la caisse se réserve la possibilité d'en demander le remboursement à ce dernier. Dans ces conditions, on ne saurait parler de prestations versées sans droit, ce qui suffit à exclure une application, même par analogie, de l'art. 47 al. 1 LAVS. D'ailleurs, l'éventualité d'une remise (sur les conditions d'une telle remise, en particulier la notion de situation difficile, voir ATF 111 V 130 ss) ne pourrait qu'inciter les caisses-maladie à se montrer restrictives en matière de garanties de paiement, dès lors qu'elles n'ont aucune obligation légale à cet égard. Cela irait toutefois à l'encontre des intérêts des assurés et, plus particulièrement, du but social qui est censé être visé par la délivrance de telles garanties. Il n'en demeure pas moins que, indépendamment de l'art. 47 al. 1 LAVS, les caisses-maladie sont en droit - et ont même l'obligation - d'exiger le remboursement de prestations non assurées dont elles ont fait l'avance: une telle créance résulte du principe de la mutualité qui interdit qu'un assuré jouisse d'avantages que la caisse n'accorde pas à ses autres affiliés se trouvant dans une situation comparable (VIRET, Le principe de la mutualité dans l'assurance-maladie sociale, Mélanges André Grisel, p. 609).

Ainsi donc, si la caisse intimée maintient sa demande de restitution, au terme de l'instruction prescrite ci-dessus, et que la recourante en admette le bien-fondé, celle-ci n'aura pas la possibilité de présenter une demande de remise.

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: I. Le recours est partiellement admis et le jugement du Tribunal des assurances du canton du Valais du 15 mai 1985, ainsi que le décompte de la Caisse-maladie du personnel de la Confédération et des entreprises suisses de transport du 10 avril 1984, sont annulés. II. La cause est renvoyée à la Caisse-maladie du personnel de la Confédération et des entreprises suisses de transport pour instruction complémentaire et décision éventuelle au sens des motifs.