Urteilskopf

125 V 101

14. Arrêt du 19 mars 1999 dans la cause K. contre Helsana Assurances SA et Tribunal administratif du canton de Genève
Regeste (de):
Art. 129 Abs. 1 lit. b OG: Verfügungen über Tarife. Zulässigkeit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zur Anfechtung einer in Abhängigkeit des Alters des Patienten unterschiedlichen Tagespauschale.

Art. 39, 43 und 47 KVG; Art. 4 Abs. 1 BV: Unterschiedliche Spitaltagespauschale für über 62/65-jährige (vorliegend 310 Franken) und für jüngere Personen (vorliegend 349 Franken). Es liegt keine Ungleichbehandlung vor, wenn einer mehr als 62-jährigen Versicherten nach einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG vom Krankenversicherer ein geringerer Pauschalbetrag als einer jüngeren Person zugestanden wird.

Regeste (fr):
Art. 129 al. 1 let. b OJ: décision concernant des tarifs. Recevabilité d'un recours de droit administratif lorsqu'une différence de forfait journalier en fonction de l'âge du patient est contestée.

Art. 39, 43 et 47 LAMal; art. 4 al. 1 Cst.: montant différent du forfait hospitalier pour les personnes âgées de plus de 62/65 ans (in casu 310 francs) et pour les personnes plus jeunes (in casu 349 francs). Il n'y pas d'inégalité de traitement dans le cas d'une assurée âgée de plus de 62 ans, qui a séjourné dans la division privée d'un établissement hospitalier et qui se voit rembourser par l'assureur-maladie, au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, un montant forfaitaire inférieur à celui qui serait remboursé à une personne plus jeune.

Regesto (it):
Art. 129 cpv. 1 lett. b OG: decisione concernente tariffe. Ricevibilità di un ricorso di diritto amministrativo ove sia contestata una tariffa forfetaria giornaliera differenziata in funzione dell'età del paziente.

Art. 39, 43 e 47 LAMal; art. 4 cpv. 1 Cost.: Tariffa forfetaria ospedaliera per le persone che hanno oltrepassato l'età di 62/65 anni (in casu 310 franchi) dissimile da quella applicata alle persone più giovani (in casu 349 franchi). Non sussiste disparità di trattamento nel caso di un'assicurata che, oltrepassata l'età di 62 anni, è stata degente nel reparto privato di un ospedale e che, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie giusta la LAMal, si vede rimborsare un importo forfetario inferiore a quello che sarebbe spettato a una persona più giovane.

Sachverhalt ab Seite 101

BGE 125 V 101 S. 101

A.- K., née en 1922, était assurée auprès de la caisse-maladie Helvetia. Depuis le 1er janvier 1996, elle était notamment au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins et d'une assurance complémentaire pour frais de traitement en cas d'hospitalisation, d'un montant de 5'000 francs. Du 10 au 22 octobre 1996, K. a été hospitalisée, comme patiente privée, à l'Hôpital T. Les frais facturés par cet établissement se sont élevés à 14'914 fr.

90. Par la suite, l'assurée a été une nouvelle fois hospitalisée, du 12

BGE 125 V 101 S. 102

au 22 février 1997, cette fois à la clinique C., également comme patiente privée. Les frais de ce second séjour se sont élevés à 8'191 fr. 45. Pour ces deux hospitalisations, l'Helvetia a remboursé à son assurée l'équivalent du forfait journalier applicable en cas de séjour à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, pour les patients âgés de plus de 62/65 ans, soit 310 francs par jour. Elle lui a en outre versé la somme de 5'000 francs au titre de l'assurance complémentaire pour frais de traitement en cas d'hospitalisation.

B.- L'assurée a contesté les décomptes établis par la caisse et elle a saisi le Tribunal administratif du canton de Genève. Par jugement du 28 avril 1998, le tribunal a rejeté le recours en tant qu'il portait sur le remboursement de prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (cause A/59/1998). Par jugement du même jour, il a rejeté la demande de l'assurée en tant qu'elle visait le remboursement de frais en vertu d'assurances complémentaires à la LAMal (cause A/58/1998).

C.- Le 12 mai 1998, K. a déposé un recours devant le Tribunal fédéral, en produisant en annexe les deux arrêts susmentionnés du Tribunal administratif. Elle a conclu au paiement par la caisse d'un montant supplémentaire de 39 francs par jour d'hospitalisation, soit 936 francs au total. Constatant que le jugement rendu dans la cause A/58/1998, concernant l'assurance-maladie complémentaire, n'était pas remis en cause, la IIe Cour de droit civil du Tribunal fédéral n'a pas ouvert de procédure à cet égard et elle a transmis l'affaire au Tribunal fédéral des assurances comme objet de sa compétence. Helsana Assurances SA, successeur juridique de l'Helvetia, a conclu au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé à son sujet.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Il ressort des motifs invoqués par la recourante que celle-ci conteste uniquement le jugement portant sur le remboursement de prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (cause A/59/1998) et contre lequel la voie du recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances est en principe ouverte (art. 128 OJ; art. 91 LAMal). Tel n'est pas le cas, en revanche, du jugement du Tribunal administratif rendu dans la cause A/58/1998, en matière d'assurances complémentaires, jugement

BGE 125 V 101 S. 103

qui n'est au demeurant pas remis en question par la recourante (voir pour le surplus, au sujet des voies de droit en matière d'assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie et régies par la LCA: ATF 124 V 134).

2. A l'occasion de ses deux séjours successifs à l'hôpital, l'assurée a été traitée en division privée. La caisse lui a remboursé les prestations qu'elle aurait dû allouer en vertu de la LAMal, au titre de l'assurance obligatoire des soins (cf. ATF 123 V 304 consid. 6b/dd; voir aussi EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 325; MAURER, Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 714; DUC, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, et LAMal, dans le même recueil, p. 349 ss). En l'occurrence, le forfait journalier de référence pris en considération est celui de la division commune de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève; il se montait, en 1996 et 1997, à 310 francs pour les personnes ayant atteint l'âge d'ouverture du droit à une rente de vieillesse (62/65 ans).
Par un unique moyen, la recourante reproche à l'intimée de rembourser aux personnes ayant atteint l'âge de 62/65 ans un montant forfaitaire de 39 francs inférieur à celui accordé aux personnes plus jeunes. Elle se prévaut d'une inégalité de traitement et conclut au remboursement de la différence entre les deux montants forfaitaires, soit 936 francs au total (39 francs x 24 jours d'hospitalisation).

3. a) Selon l'art. 43 al. 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (première phrase). Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue, le gouvernement cantonal fixe le tarif après avoir entendu les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits calculés sur la base des coûts applicables à la division commune (art. 49 al. 1 LAMal). Les tarifs sont approuvés par les gouvernements cantonaux ou par une autorité fédérale; les décisions d'approbation des gouvernements cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (art. 53 al. 1 LAMal). En l'espèce, le tarif des prestations par les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) aux assurés selon la LAMal en cas d'hospitalisation en division commune a fait l'objet d'un règlement du Conseil d'Etat du canton de Genève

du 18 décembre 1995 (RS GE J 3 05.04), en l'absence de régime conventionnel à partir du 1er janvier 1996. Sur recours de la Fédération genevoise des caisses-maladie, le Conseil fédéral a refusé un changement de la structure tarifaire en vigueur jusqu'alors - changement de structure qui était contesté par la fédération recourante -, mais il a accepté une augmentation tarifaire par rapport aux normes de l'année 1995, avec effet au 1er janvier 1996 (décision du Conseil fédéral du 13 août 1997, partiellement reproduite dans la RAMA 1997 no KV 17 p. 375). En ce qui concerne l'Hôpital cantonal universitaire, le Conseil fédéral a fixé le forfait journalier à 349 francs pour un séjour de 1 à 30 jours et à 297 francs pour un séjour d'une durée supérieure à 30 jours, cela pour les assurés (résidents) de moins de 62/65 ans; pour les assurés ayant atteint l'âge de 62/65 ans, le forfait a été fixé à 310 francs pour les 30 premiers jours et à 245 francs pour les jours suivants (cf. RAMA 1997 no KV 17, p. 395). b) Selon l'art. 129 al. 1 let. b OJ, le recours de droit administratif n'est pas recevable contre des décisions concernant des tarifs. Toutefois, selon la jurisprudence, le recours de droit administratif n'est irrecevable que contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles. En revanche, la voie du recours de droit administratif est ouverte contre des décisions qui sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète. Il n'en demeure pas moins que, même dans cette éventualité, le Tribunal fédéral des assurances n'a pas le pouvoir de se prononcer sur tous les postes du tarif en question, y compris la relation qui existe entre ceux-ci; il doit bien plutôt se borner à contrôler la légalité du poste tarifaire incriminé, appliqué dans un cas précis (ATF 120 V 47 sv. consid. 1a, 348 sv. consid. 2a, 457 consid. 1, ATF 116 V 133 sv. consid. 2a et les références). Dans cette mesure donc, le présent recours de droit administratif est recevable. c) Ainsi qu'on l'a vu, les taxes applicables pour les prestations médicales sont fixées par convention entre les assureurs et les fournisseurs de soins et, en l'absence d'une convention, au moyen d'un tarif fixé par le gouvernement cantonal. Ce sont donc au premier chef les parties à la convention qui peuvent le mieux apprécier ce qui est équitable et requis dans les circonstances concrètes auxquelles elles ont à faire face. Elles disposent d'un large pouvoir d'appréciation à cet égard. Le juge ne doit, dès lors, s'immiscer dans un tarif conventionnel qu'avec

beaucoup de

BGE 125 V 101 S. 105

circonspection et, en règle ordinaire, uniquement si l'application d'une position tarifaire désavantage ou favorise l'une des parties de manière manifestement contraire au droit ou si elle repose sur des considérations subjectives (voir RAMA 1995 no K 971 p. 182 consid. 4b). Il n'en va pas autrement d'un tarif émanant d'un gouvernement cantonal, qui est fixé après consultation des parties intéressées (art. 47 al. 1 LAMal; cf. RAMA 1995 no K 971 p. 183 en haut). d) En l'espèce, il n'apparaît pas que la différence tarifaire invoquée soit contraire à la loi ou constitutive d'une inégalité de traitement prohibée par l'art. 4 al. 1 Cst. Les instruments que la loi met à la disposition des partenaires de la santé doivent permettre d'aménager les tarifs de manière souple et susceptible d'atténuer la hausse des coûts. Elle leur laisse dès lors une très grande liberté de manoeuvre pour autant qu'ils en usent de manière conforme à l'objectif visé, à savoir que l'offre des soins soit appropriée et d'une qualité de haut niveau, tout en étant la plus avantageuse possible (art. 43 al. 6 LAMal; RAMA 1997 no KV 17 p. 389 sv.). Dans le cas particulier, bien que l'on ne dispose pas d'informations à ce sujet, on est fondé à considérer que la distinction tarifaire en cause repose sur des données statistiques d'où il résulte que les coûts hospitaliers varient selon les classes d'âge concernées (cf. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 80), ce qui rend nécessaire ou, à tout le moins, justifie un traitement différent des situations en présence (voir par exemple, à propos du principe de l'égalité de traitement, ATF 125 I 4 consid. 2b/aa et les références citées). e) Au demeurant, le tarif en question ne désavantage pas, comme tel, les assurés âgés de plus de 62/65 ans par rapport aux assurés plus jeunes, car il est bien évident que les premiers n'ont pas à prendre à leur charge la différence entre les deux montants tarifaires, puisque la rémunération forfaitaire épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune (protection tarifaire; art. 49 al. 4 LAMal). Si, dans le cas particulier, la recourante s'estime lésée, ce n'est que par un effet réflexe: ayant séjourné en division privée d'un établissement hospitalier, elle obtient de sa caisse-maladie, au titre de l'assurance obligatoire des soins, un remboursement calculé sur la base du forfait journalier qui aurait été applicable à son cas si elle avait été hospitalisée dans la division commune de l'Hôpital universitaire de Genève. Mais, pour garantir le but de la loi et des conventions, il est parfaitement admissible de prévoir des tarifs différenciés. Cela peut certes conduire à des différences dans le remboursement de prestations de l'assurance obligatoire des soins pour les

BGE 125 V 101 S. 106

assurés hospitalisés en division privée ou semi-privée. Cette situation n'est toutefois pas incompatible avec l'art. 4 al. 1 Cst. En règle ordinaire, c'est en fonction du but de la norme et de ses destinataires que le respect du principe de l'égalité de traitement doit être examiné (cf. G. MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, art. 4, no 31). Or, les conventions tarifaires avec les hôpitaux selon l'art. 49 LAMal ou les tarifs hospitaliers édictés par un gouvernement cantonal à défaut de convention ont pour objet de réglementer les prestations fournies en cas d'hospitalisation en division commune et dont la prise en charge incombe obligatoirement aux caisses-maladie en vertu de l'art. 25 al. 2 let. e LAMal (voir l'art. 1er du règlement du Conseil d'Etat genevois du 18 décembre 1995). Ces conventions ou tarifs ne doivent donc pas garantir l'égalité de traitement avec les patients qui séjournent en division privée d'un établissement hospitalier ou dans une clinique privée et qui, précisément, ne sont pas visés par le régime et la protection tarifaire découlant de la LAMal. f) Il s'ensuit que le recours est mal fondé.