

Participation aux coûts ;
ordre des différentes
participations ; contribution
aux frais de séjour
hospitalier

**Art. 64 al. 2 et 5 LAMal ;
104 OAMal**

Assuré auprès de la caisse-maladie Assura **avec une franchise de CHF 2'500.-**, A. a séjourné à l'hôpital B. pendant deux jours, les 27 et 28 août 2016 ; deux jours d'hospitalisation pour lesquels l'hôpital B. a, le 27 septembre 2016, établi une facture pour un montant de CHF 1'696.30. Assura a réclamé à son assuré le paiement non seulement de CHF 1'696.30, mais aussi de CHF 30.- de contributions journalières aux frais du séjour hospitalier (soit CHF 15.- par jour conformément à l'art. 104 OAMal). Le Tribunal des assurances du canton de Zurich a prononcé que A. n'avait pas à payer à Assura ce dernier montant. Contre ce jugement, Assura a introduit un recours en matière de droit public auprès du TF.

Le TF a donné tort à Assura, pour la raison que, comme l'avait dit le Tribunal des assurances du canton de Zurich, la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier de l'art. 64 al. 5 LAMal **ne peut être réclamée à l'assuré que lorsque l'assureur a, à travers la facture de l'hôpital, effectivement pris en charge des frais d'hébergement et de nourriture**, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. D'autre part, pour ce qui est de l'ordre dans lequel doivent être pris en compte les trois éléments de participation aux coûts que sont la franchise, le 10 % des coûts qui dépassent la franchise (la quote-part) et la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier, le TF estime que, sous l'angle **d'une interprétation nécessairement téléologique de l'art. 64 al. 5 LAMal (il s'agit, avec l'art. 64 al. 5 LAMal, de faire en sorte que l'assuré participe à des frais d'entretien et de nourriture qu'il devrait, s'il n'était pas à l'hôpital, assumer lui-même mais qu'il économise en étant à l'hôpital)**, c'est le système préconisé par l'assuré lui-même qui doit prévaloir : **à savoir qu'il s'agit de décompter, dans l'ordre, d'abord la contribution journalière au traitement hospitalier de l'art. 64 al. 5 LAMal, et ensuite seulement la franchise et le 10 % des coûts qui dépassent la franchise**. Le système préconisé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et par le Tribunal cantonal, qui consiste à prendre en compte, dans l'ordre, la franchise, le 10 % des coûts qui dépassent la franchise et, seulement à la fin, la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier, ne pouvant qu'aboutir, dit le TF, à une participation de l'assuré aux frais qui **est double, double en ce sens** que la quotité de 10 % de l'art. 64 al. 2 let. b LAMal porterait alors non seulement sur le 10 % des frais dépassant la franchise, mais également sur la contribution journalière au frais d'hospitalisation de l'art. 64 al. 5 LAMal (ce qui obligerait alors l'assuré à payer à sa caisse-maladie, pour chacune des journées d'hospitalisation effectuées, encore 10 % de CHF 15.-) ; une double participation aux frais dont rien n'indique qu'elle ait été voulue par le législateur.

Auteur : Philippe Graf, avocat à Lausanne

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31 August 2018 (KV.2017.00021).

Sachverhalt:

A.

Der 1944 geborene A. ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Assura-Basis SA (nachfolgend: Assura) versichert (Franchise: Fr. 2'500.-). Am 27. und 28. August 2016 wurde er im Spital B. stationär behandelt, wofür dieses am 27. September 2016 Rechnung über Fr. 1'696.30 stellte. Am 26. Oktober 2016 bat die Assura A. um Bezahlung einer Kostenbeteiligung in der Höhe von Fr. 1'726.30 (Fr. 1'696.30 Franchise sowie Fr. 30.- Spitalkostenbeitrag). Dieser beglich den Betrag von Fr. 1'696.30, zeigte sich indessen mit dem fakturierten Spitalkostenbeitrag nicht einverstanden und

verlangte eine anfechtbare Verfügung. Ebenso forderte er eine solche betreffend eine Kostenbeteiligung von Fr. 2'695.60, welche die Assura für eine stationäre Behandlung vom Mai 2015 in Rechnung gestellt hatte. Die Assura verfügte am 24. Januar 2017, A. habe ihr im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt im Spital B. den Spitalkostenbeitrag von Fr. 30.- zu entrichten. Auf das Gesuch um Erlass einer Verfügung in Zusammenhang mit der Behandlung im Jahre 2015 trat sie gleichentags nicht ein. An beiden Verfügungen hielt sie auf Einsprache hin fest (Einspracheentscheide vom 21. Februar 2017).

B.

Die von A. gegen beide Einspracheentscheide vom 21. Februar 2017 erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich insoweit gut, als es den Einspracheentscheid betreffend die Hospitalisation vom August 2016 im Spital B. aufhob und feststellte, A. habe den geforderten Spitalkostenbeitrag von Fr. 30.- nicht zu leisten. Hinsichtlich des Einspracheentscheids betreffend den Spitalaufenthalt vom Mai 2015 schrieb es den Prozess zufolge Beschwerderückzugs ab (Entscheid vom 31. August 2018).

C.

Die Assura führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten und beantragt, es sei unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids festzustellen, dass sie den Spitalkostenbeitrag rechtmässig gefordert habe.

A. ersucht das Bundesgericht um eingehende Prüfung seiner Kritik an der Art und Weise wie der Spitalkostenbeitrag von der Assura an die Versicherten weiter verrechnet werde. Diese sei anzuhalten, ein Vorgehen zu wählen, welches eine widerspruchsfreie Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen erlaube. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt das im angefochtenen Entscheid gewählte Vorgehen, stellt indes keine Anträge.

Erwägungen:

1.

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen). Gleiches gilt für die Eingaben der weiteren Verfahrensbeteiligten (LAURENT MERZ, in: Basler Kommentar zum BGG, 3. Aufl. 2018, N. 8 zu Art. 42 BGG).

2.

2.1. Streitig ist, ob die Vorinstanz zu Recht erkannte, der Versicherte habe für den stationären Aufenthalt im Spital B. vom 27. und 28. August 2016 keinen Spitalkostenbeitrag zu entrichten.

2.2. Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen.

Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Abs. 2 aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Zudem leisten sie gemäss Abs. 5 einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften und vom Bundesrat festzusetzenden Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Gemäss Art. 104 Abs. 1 KVV beträgt dieser Fr. 15.- pro Tag. Keinen Beitrag zu entrichten haben nach Abs. 2 Kinder und junge in Ausbildung stehende Erwachsene sowie Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 7 KVG entfällt.

3.

3.1. Die Vorinstanz erwog, die Abrechnungsmethode der Assura entspreche insoweit der gesetzlichen Vorgabe gemäss Art. 64 KVG, als sie den Spitalkostenbeitrag unabhängig von den übrigen Kostenbeteiligungen erhebe. Es entspreche zudem der Systematik des Gesetzes, dass zuerst die Franchise, dann der Selbstbehalt und schliesslich der Spitalkostenbeitrag berücksichtigt werde. Für die vom Versicherten postulierte abweichende Abrechnungsmethode, wonach der Spitalkostenbeitrag vorab mit der Spitalrechnung zu verrechnen und erst danach Franchise und Selbstbehalt zu berücksichtigen seien, bestehe kein Raum. Weiter erwog das kantonale Gericht, beim Spitalkostenbeitrag handle es sich genau genommen nicht um eine Kostenbeteiligung, sondern um eine Kostenrückerstattung. Eine solche könne nur dort geschuldet sein, wo ein Versicherer gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG die Kosten für Unterkunft und Verpflegung effektiv zu übernehmen respektive wo er mindestens einen Beitrag in der Höhe des Spitalkostenbeitrags zu vergüten habe. Dies sei hier nicht der Fall, sei doch der gesamte vom Spital B. fakturierte Betrag von der vorab zu berücksichtigenden Franchise gedeckt, so dass der Versicherte diesen vollständig selber zu begleichen habe. Unter diesen Umständen dürfe nicht noch ein Spitalkostenbeitrag erhoben werden. Diese Regelung entspreche im Übrigen auch der Empfehlung des BAG, woran sich die Krankenversicherer aus Gründen der Rechtsgleichheit und der Rechtssicherheit halten sollten.

3.2. Die Beschwerdeführerin rügt, die vorinstanzliche Auslegung des Art. 64 KVG in Verbindung mit Art. 104 KVV verstosse gegen das Gleichbehandlungsgebot gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. f des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12), weil versicherte Personen je nach Höhe der Franchise einen Spitalkostenbeitrag zu leisten hätten oder davon befreit seien. Eine Ungleichbehandlung könne zudem auch bei gleicher Franchise aus der Chronologie der Abrechnung bzw. der Behandlung (neben anderen Behandlungen stationärer Aufenthalt am Anfang oder Ende des Jahres) resultieren, was es zu verhindern gelte. Im vorliegenden Fall sei des Weiteren das Legalitätsprinzip verletzt, weil der Versicherte keinen Spitalkostenbeitrag zu leisten habe, obwohl er nicht unter den abschliessenden Ausnahmekatalog von Art. 104 Abs. 2 KVV falle. Gestützt auf diese Ausführungen stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, der Spitalkostenbeitrag sei selbst dann geschuldet, wenn der vom Leistungserbringer fakturierte Betrag - wie im vorliegenden Fall - bereits durch die Franchise vollständig gedeckt sei.

3.3. Wie schon im vorinstanzlichen Verfahren macht der Versicherte mit Stellungnahme vom 30. November 2018 geltend, es sei der Spitalkostenbeitrag vorab mit der Spitalrechnung zu verrechnen und erst danach Franchise und Selbstbehalt zu berücksichtigen. Nur so seien Unstimmigkeiten und Widersprüche je nach Konstellation zu verhindern. Konkret werde durch das vorab Verrechnen des Spitalkostenbeitrags sichergestellt, dass dieser, wie vom Gesetz vorgesehen und von der Beschwerdeführerin postuliert, immer (von den in Art. 104 KVV klar umschriebenen Ausnahmen abgesehen) und unabhängig von Franchise und Selbstbehalt durch die versicherte Person übernommen werde. Zudem werde nur auf diese Weise verhindert, dass von wertmässig festgelegten Kostenbeteiligungsbeträgen (wie der Franchise als Maximalbetrag pro Versicherungsjahr oder dem Spitalkostenbeitrag als Fixbetrag pro Ereignis) zusätzlich eine Selbstbeteiligungsquote eingefordert

werde; eine solche könne sich selbstredend nur auf denjenigen Kostenanteil beziehen, welcher am Schluss durch den Versicherer zu decken sei.

3.4. Am 28. Februar 2019 forderte das Bundesgericht das BAG auf, eine Vernehmlassung insbesondere zu der Eingabe des Versicherten vom 30. November 2018 einzureichen. Dieses unterstützte mit seiner Eingabe vom 28. März 2019 die vom kantonalen Gericht zur Anwendung gebrachte Abrechnungsmethode inklusive der Plafonierung des Spitalkostenbeitrags bis zur maximalen Höhe der Spitalrechnung. Das BAG führte insbesondere aus, sowohl eine grammatikalische als auch eine systematische sowie eine historische Auslegung würden für die Abrechnung des Spitalkostenbeitrags an letzter Stelle sprechen.

4.

Wie das kantonale Gericht richtig erwog, kann die vom Versicherten eingeforderte Beteiligung an seinen Behandlungskosten nicht höher sein, als der Betrag, welcher vom Leistungserbringer überhaupt in Rechnung gestellt wurde. So kann von Seiten des Versicherten nur dann ein Beitrag bzw. eine Rückerstattung (vgl. dazu Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 816 Rz. 1385) geschuldet sein, wenn die Krankenversicherung die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung effektiv übernimmt (vgl. auch UELI KIESER, in: KVG/UVG Kommentar, Kieser/ Gehring/Bollinger [Hrsg.], 2018, N. 3 zu Art. 64 KVG). Alles andere führte in Fällen wie dem vorliegenden zu einer unrechtmässigen Bereicherung des Versicherers zu Lasten des Versicherten. Bereits aus diesem Grund kann der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung, wonach der Spitalkostenbeitrag an letzter Stelle zu berücksichtigen und nicht zu plafonieren sei, nicht gefolgt werden. Zu prüfen bleibt die Reihenfolge der (plafonierten) Kostenbeteiligungen. Dazu ist Art. 64 KVG auszulegen.

4.1. Ausgangspunkt der Gesetzesauslegung ist der Wortlaut der Bestimmung (grammatikalisches Element). Ist er klar, d.h. eindeutig und unmissverständlich, darf vom Wortlaut nur abgewichen werden, wenn ein triftiger Grund für die Annahme besteht, der Wortlaut ziele am "wahren Sinn" der Regelung vorbei. Anlass für eine solche Annahme können die Entstehungsgeschichte der Bestimmung (historisch), ihr Zweck (teleologisch) oder der Zusammenhang mit anderen Vorschriften (systematisch) geben, so namentlich, wenn die grammatikalische Auslegung zu einem Ergebnis führt, das der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann (BGE 142 V 402 E. 4.1 S. 404 f. mit Hinweis; Urteil 9C_891/2017 vom 14. September 2018 E. 4.2.2).

4.2.

4.2.1. Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Abs. 2 aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Zudem leisten sie gemäss Abs. 5 einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften und vom Bundesrat festzusetzenden Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Aus dem Wort "zudem" ("en outre" bzw. "inoltre") lässt sich wohl schliessen, dass die Spitalkosten unabhängig davon zu tragen sind, ob sich die versicherte Person auch nach Art. 64 Abs. 2 KVG an den Kosten zu beteiligen hat; entgegen der Erwägung 4.2 des angefochtenen Entscheids lässt sich daraus aber keine Reihenfolge der Kostenbeteiligungen entnehmen. Ob somit zuerst die Franchise, dann der Selbstbehalt und schliesslich der plafonierte Spitalkostenbeitrag zu erheben sind (so die Vorinstanz und das BAG) oder aber der Spitalkostenbeitrag vorab zu leisten und danach Franchise und Selbstbehalt zu erheben sind (so der Versicherte), ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Wortlaut der Bestimmung.

4.2.2. Abweichend von der vorinstanzlichen Auffassung und jener des BAG lässt sich auch aus einer systematischen Auslegung nichts in Bezug auf die Reihenfolge der Kostenbeteiligungen ableiten. So

handelt Art. 64 Abs. 2 KVG von der allgemeinen Kostenbeteiligung der Versicherten für ambulante und stationäre Behandlungen, während Abs. 5 lex specialis ist für den Fall eines stationären Aufenthalts.

4.2.3. Art. 64 Abs. 5 KVG ist unter teleologischem Blickwinkel zu betrachten: Der in dieser Bestimmung enthaltene Grundsatz, wonach die Versicherten einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital leisten, findet seine Rechtfertigung darin, dass die vom Krankerversicherer zu deckenden Spitalkosten auch die reinen Aufenthalts- und Verpflegungskosten umfassen, welche zu Hause anfallen würden. Da die versicherte Person damit eine Einsparung erzielt, ist eine Beteiligung an den Aufenthaltskosten des Spitals angemessen (vgl. Urteil K 135/06 vom 27. April 2007 E. 2.7 mit Hinweis auf die Botschaft). Würden vorerst Franchise und Selbstbehalt und erst an letzter Stelle der Spitalkostenbeitrag berücksichtigt, hätte sich die versicherte Person insofern doppelt an den Kosten zu beteiligen, als dass sie den Selbstbehalt von 10 % nicht nur auf die die Franchise übersteigenden, vom Versicherer zu übernehmenden Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 2 KVG, sondern auch auf den "zudem" nach Abs. 5 vom Versicherten zu leistenden Beitrag zu entrichten hätte. In den Materialien finden sich keine Hinweise, dass der Gesetzgeber eine solche doppelte Beteiligung (im Ergebnis würde die versicherte Person dadurch 10 % des Spitalkostenbeitrags von Fr. 15.-, d.h. Fr. 1.50 pro Tag mehr bezahlen) gewollt oder in Kauf genommen hätte. Mit Blick darauf ist einzig die vom Versicherten vertretene Reihenfolge, bei welcher der Spitalkostenbeitrag vorab mit der Spitalrechnung zu verrechnen und erst danach Franchise und Selbstbehalt zu berücksichtigen sind, sinnvoll und zweckmässig.

Die vom Versicherten vorgeschlagene Lösung verhindert nicht nur eine doppelte Beteiligung, sondern sie ist auch rechtsgleich und verletzt das Legalitätsprinzip nicht, müssen dadurch doch alle nach Art. 104 KVV Beitragspflichtigen neben und unabhängig von Franchise und Selbstbehalt sowie unabhängig von der Chronologie der Behandlung (nicht massgebend ist indessen die Chronologie der Abrechnung; vgl. Art. 103 Abs. 3 KVV) den Spitalkostenbeitrag entrichten. Sie ist deshalb auch einer weiteren, von den Parteien nicht thematisierten Variante vorzuziehen, bei welcher nach Abzug der Franchise der Spitalkostenbeitrag in Abzug zu bringen und zuletzt der Selbstbehalt von 10 % zu berechnen ist (vgl. dazu GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, N. 4 zu Art. 64 KVG).

4.3. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz im Ergebnis zu Recht erkannte, der Versicherte habe für den stationären Aufenthalt im Spital B. vom 27. und 28. August 2016 keinen Spitalkostenbeitrag zu entrichten.

5.

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.