



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

**CDS** Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Commission « Application de l'assurance-maladie »  
47.3 / HS, FW, PH, GS, PB

15 mars 1996

7 juin 1999 (1<sup>re</sup> révision)

20 février 2003 (2<sup>e</sup> révision)

21 août 2003 (3<sup>e</sup> révision, valable jusqu'au 31.12.2011)

2 septembre 2011 (4<sup>e</sup> révision, **valable dès le 1.1.2012**)

**Recommandations**  
**concernant la procédure relative aux subsides des cantons**  
**en cas de traitement hospitalier hors canton selon l'article 41.3 LAMal**

(version révisée le 2 septembre 2011, valables dès le 1.1.2012)

*L'expérience faite jusqu'ici avec la procédure d'octroi de la garantie de paiement et un important arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 16 décembre 1997 ont incité la commission « Application LAMal » à réviser les recommandations du 15 mars 1996 concernant l'application de l'article 41.3 LAMal ainsi que les indications complémentaires du 28 mai 1996 relatives à l'application de ces dernières recommandations, et à fondre en même temps ces deux textes. Les nouvelles recommandations n'ont pas seulement été modifiées sur la base de l'arrêt du TFA du 16 décembre 1997, mais elles ont encore été précisées de façon à améliorer le déroulement administratif de la procédure d'octroi de la garantie de paiement.*

*Cette première révision des recommandations a été adoptée par décision de la commission du 7 juin 1999 sur la base de divers travaux et documents: (a) des résultats de l'enquête effectuée début 1997 auprès des cantons, (b) des conclusions de la discussion menée au printemps 1997 au sein de l'Association des médecins cantonaux suisses (AMCS), (c) du rapport du 2 juin 1997 d'un groupe de travail du Groupement romand des services de santé publique (GRSP) et enfin (d) des résultats de la consultation sur le projet de recommandations révisées que la commission a engagée à fin 1998 auprès des cantons, de la Fédération des médecins suisses (FMH), de H+ Les Hôpitaux de Suisse ainsi qu'auprès des fédérations d'assureurs.*

*Une deuxième adaptation des recommandations est intervenue le 20.2.2003 en relation avec l'introduction de la libre circulation des personnes dans l'Union européenne. En effet, s'applique dorénavant l'art. 37 OAMal: assimilation de certaines personnes résidant à l'étranger à des assurés domiciliés dans un autre canton (frontalières et frontaliers et leurs familles; personnes qui peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse).*

*Suite aux décisions du Tribunal fédéral des assurances de décembre 2001, une 3<sup>ème</sup> révision est intervenue le 21.08.2003. Il découle des décisions du TFA qu'il y a également lieu d'envisager pour un nombre restreint de traitements ambulatoires hors canton (notamment lors de cas d'urgence) une contribution cantonale (canton du lieu de domicile légal de la personne à traiter) pour le paiement de la différence de tarif. Une procédure unifiée sur le plan national applicable à ces cas n'a pas pu être trouvée malgré les efforts de la CDS.*

*Une quatrième révision des recommandations a été nécessaire après la révision de décembre 2007 relative au financement hospitalier de la Loi sur l'assurance-maladie. De nouvelles règles sont applicables pour la garantie de paiement. En raison du libre choix de*

*l'hôpital, en vigueur dès le 1.1.2012, la garantie de paiement pour les traitements hospitaliers hors canton perd en importance.*

*La garantie de paiement pour les traitements hors canton dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de domicile ne se rapporte dès 2012 plus qu'à la différence des coûts de l'hôpital traitant avec le tarif de référence intracantonal correspondant. Si le tarif de l'hôpital traitant est identique ou inférieur au tarif de référence du canton de domicile, la garantie de paiement n'est pas nécessaire.*

*Dans le cas du rejet d'une garantie de paiement, le canton de domicile prend en charge au maximum les coûts correspondant au tarif de référence pour le traitement dans un hôpital listé du canton de domicile.*

*Tableau1: libre choix de l'hôpital - libre choix et tarifs valables*

<b>Art. LAMal-rév.</b>	<b>lieu du traitement</b>	<b>garantie de paiement (garantie) nécessaire?</b>	<b>décision sur la garantie</b>	<b>tarif applicable pour l'indemnisation à la charge du canton et de l'AOS</b>
41.1bis	interne au canton	non	–	hôpital traitant
41.1bis	hôpital externe au canton sur la liste hospitalière du canton de domicile (« hôpital listé du lieu de domicile »)	Non (dans le cadre du contrat de prestations)	–	hôpital traitant
41.3	hôpital externe au canton uniquement sur la liste du canton d'implantation (hôpital listé)	oui (pour que la couverture des coûts et la protection tarifaire soient pleinement garanties et à moins que le canton ne renonce d'une manière générale à la garantie)	positif/urgence*	hôpital traitant
41.1bis			négatif	au maximum selon tarif de référence du canton de domicile
49a al. 4	hôpital ni sur la liste du canton de domicile ni sur celle du canton d'implantation (hôpital listé d'un canton tiers ou hôpital conventionné)	en règle générale non		pas de part cantonale (uniquement part AOS, reste LCA)
		garantie de paiement en cas d'urgence	positif (cas d'urgence)	hôpital traitant

\* c.-à-d. traitement médicalement indiqué dans un hôpital non répertorié sur la liste du canton de domicile

*On n'établit plus de distinction entre hôpitaux intracantonaux et extracantonaux à titre de limites du territoire cantonal, mais entre les hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière du canton de domicile (hôpital de liste du canton de domicile), les hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière de leur canton d'établissement (hôpital de liste du canton d'établissement) et les hôpitaux qui sont certes autorisés à fournir des prestations au sens de la LAMal mais qui ne figurent ni sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée ni sur celle du canton d'établissement et qui n'ont donc pas de mandat cantonal de prestations. Si ces hôpitaux ont une convention avec une assurance-maladie, ils sont nommés « hôpitaux conventionnés ».*

*Si un traitement est effectué pour des raisons médicales dans la division semi-privée ou privée d'un hôpital qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de domicile, alors le canton de domicile de la personne traitée et la caisse-maladie prennent en charge la*

**différence** avec le coût du séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (LAMal art. 25 al. 2 let. e).

*Les cantons peuvent au moyen d'une décision formelle également renoncer de manière générale à engager encore après le 1.1.2012 des procédures d'octroi de la garantie de paiement. Le tarif de l'hôpital traitant s'applique alors dans chaque cas. Cela est en particulier logique pour les cantons avec un petit nombre (attendu) de patients qui se font traiter hors canton pour des raisons médicalement non indiquées, et pour les cantons dont le tarif de référence potentiel se situerait de toute façon dans la plupart des cas au-dessus du tarif de l'« hôpital hors canton » traitant. Il est recommandé de procéder à la garantie de paiement par voie électronique via eKogu).*

*Par suite de la portée nouvelle de la garantie de paiement, le formulaire d'octroi de la garantie de paiement a également été remanié début 2011.*

*La commission espère que tous les cantons suivront ces recommandations et qu'ils utiliseront le formulaire d'octroi de la garantie de paiement de la CDS dans la mesure où ils continueront à octroyer des garanties de paiement.*

*Pour la commission « Application de la LAMal »  
Michael Jordi*

*Berne, le 2 septembre 2011*

## Recommandations

### Recommandation 1

Lors d'une demande d'octroi de la garantie de paiement selon l'article 41.3 LAMal, une **procédure de contrôle de l'indication médicale** et de **l'octroi de la garantie de paiement** par le **canton de domicile du patient** doit être engagée lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies:

- (1.1) il s'agit d'un **traitement hospitalier**;
- (1.2) pour le traitement en question, il existe une obligation à prestation de **l'assurance obligatoire des soins** (assurance de base);
- (1.3) le traitement est dispensé dans un **hôpital** autorisé à pratiquer à charge de l'assurance-maladie **qui ne figure pas** pour la prestation correspondante **sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée**;
- (1.4) **l'hôpital traitant** figure pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton d'établissement ou, en cas d'urgence, est un hôpital conventionné.

La garantie de paiement complète est octroyée si le traitement est dispensé pour des **raisons médicales** dans un hôpital qui ne figure pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée; sont réputés raisons médicales un **cas d'urgence** ou **l'indisponibilité de la prestation requise** dans un hôpital listé du canton de domicile du patient.

### Remarques ad 1.1

(1.10) L'obligation à participation du canton selon l'article 41.3 LAMal se limite au traitement hospitalier (stationnaire) et à certains cas particuliers de traitements ambulatoires (selon les décisions du TFA de décembre 2001, en particulier en cas d'urgence). Dans la mesure où une offre médicale n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient et que le traitement est de l'avis du canton de domicile médicalement indiqué, le prestataire peut faire dépendre le traitement d'une garantie de paiement du canton de domicile pour les coûts non couverts ou refuser d'effectuer le traitement.

### Remarques ad 1.2

(1.21) S'il n'existe pas d'obligation à prestation de l'assurance obligatoire des soins mais une obligation à prestation de **l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire**, il n'existe pas d'obligation de contribution du canton de domicile de la personne à traiter ni d'obligation générale d'admission pour le prestataire. Dans la mesure où il n'existe pas d'autre règlement contractuel, le prestataire peut faire dépendre l'admission d'une garantie de paiement du canton de domicile.

(1.22) En cas d'**accidents** de personnes qui ne sont pas assurées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (notamment celles n'exerçant pas d'activité lucrative), s'appliquent les dispositions de la LAMal et donc aussi, le cas échéant, l'obligation à participation du canton de domicile du patient selon l'article 41.3 LAMal. Pour déterminer s'il y a obligation à participation du canton ou non, il n'importe pas de savoir si l'on se trouve en présence d'un accident ou d'une maladie, mais si l'obligation à prestation incombe à l'assurance-accidents ou à l'assurance-maladie obligatoires<sup>1</sup>.

(1.23) La procédure d'octroi de la garantie de paiement doit éventuellement aussi être engagée en cas d'**obligation d'avancer les prestations** selon les articles 112-116 OAMal.

<sup>1</sup> L'OFAS a pris position à ce sujet dans sa réponse du 1.2.1996 à une demande du canton de Bâle-Campagne.

Suivant une suggestion de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), il est recommandé aux cantons de n'octroyer expressément, dans ce cas, la garantie de paiement qu'à la condition que les coûts occasionnés, après clarification de l'obligation à prestation, relèvent effectivement de celle de l'assurance obligatoire des soins.

(1.24) Les **requérants d'asile** attribués à un canton sont traités de la même façon que les personnes résidant dans ce canton<sup>2</sup>.

### Remarques ad 1.3

(1.31) Pour déterminer si le canton de domicile du patient est tenu à participation, il n'importe pas de savoir si celui-ci a encore conclu ou non des **assurances complémentaires quelles qu'elles soient** en plus de l'assurance de base, ou si le traitement est dispensé en **division commune, demi-privée ou privée**<sup>3</sup>.

(1.32) Il convient d'informer en bonne et due forme de ces restrictions de financement éventuelles aussi bien les médecins que les assurés. En particulier, il s'agit d'attirer leur attention sur le fait qu'aucune garantie de paiement complet ne sera octroyée si le traitement est administré dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée, et si le choix de cet hôpital ne répond pas à une indication médicale.

(1.33) Les droits et obligations des assurés, des assureurs et des cantons résultant de l'application des dispositions cumulées des alinéas 1 à 3 **de l'article 41 LAMal, en combinaison avec la liste hospitalière selon l'article 39.1.e LAMal**, ne sont pas encore définitivement réglés pour tous les cas pouvant se présenter. A ce propos, il est recommandé de tenir compte jusqu'à nouvel avis des **préalables suivants si toutes les autres conditions** à la participation du canton **sont remplies** et s'il ne s'agit pas d'un cas d'urgence:

- (1.331) Lorsque l'hôpital traitant approprié figure **pour la prestation correspondante** sur la liste hospitalière de son canton d'établissement et qu'aucun hôpital approprié pour cette prestation ne figure sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient, les prestations sont indemnisées au tarif de l'hôpital traitant.

(1.34) S'agissant du libre choix de l'hôpital, il **n'importe pas non plus** de savoir si le patient dispose ou non d'une **assurance complémentaire** ou si le **traitement est dispensé dans une division commune, demi-privée ou privée**. (Demeurent réservées d'éventuelles dispositions dérogatoires figurant dans les actes législatifs cantonaux concernant la liste hospitalière selon l'article 39.1.e LAMal, pour autant que ces dispositions soient reconnues conformes à la LAMal.)

(1.35) Le canton peut participer également au financement « complet » des coûts d'un traitement dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton d'établissement mais pas sur sa propre liste hospitalière, même si le choix de cet hôpital ne répond pas à une indication médicale.

### Remarques ad 1.4

(1.41) Dans le cas de traitements dans des hôpitaux conventionnés, il n'y a pas obligation à prestation pour le canton, sauf en cas d'urgence.

<sup>2</sup> Par arrêt du 26.8.1998 (2.A.191/1998, canton d'Uri contre Office fédéral des réfugiés), le Tribunal fédéral a décidé que le canton devait prendre en charge la différence de tarif selon l'article 41.3 LAMal pour les requérants d'asile qui lui ont été attribués.

<sup>3</sup> Dans un arrêt du 16.12.1997 (canton de Schwyz contre Helsana), le Tribunal fédéral des assurances a décidé que le canton de domicile du patient avait également une obligation à participation selon l'article 41.3 LAMal lorsque le traitement a lieu en division demi-privée ou privée.

(1.42) Pour les hôpitaux conventionnés également, une garantie de paiement est indiquée en cas d'urgence, au moyen de laquelle l'urgence peut être a posteriori reconnue en tant que telle ou non.

### Autres remarques

(1.51) On **ne saurait déclarer** comme **urgence** le traitement médicalement indiqué dans un hôpital qui ne figure pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée pour la seule et unique raison qu'on ne dispose pas encore d'une **garantie de paiement du canton de domicile** du patient. **Pour autant qu'on ne puisse s'accommoder du retard d'un traitement pour des raisons médicales**, le canton de domicile du patient tolère que le traitement hospitalier soit entrepris même lorsque la garantie de paiement n'est pas encore octroyée.

(1.52) Il y a **urgence** lorsque l'état du patient ne permet pas de le transporter dans un hôpital figurant pour la fourniture de la prestation concernée sur la liste hospitalière de son canton de domicile. L'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans un hôpital correspondant figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient ne devient pas judicieux pour des raisons médicales. Une urgence ne saurait par contre être invoquée si l'urgence survient dans le rayon d'action d'un hôpital approprié figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile et si un retransfert dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient était devenu inadmissible seulement après son entrée, sans raisons médicales, dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de domicile.

(1.53) Un traitement dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation concernée sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée peut aussi être considéré comme médicalement indiqué lorsque le traitement du patient dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière de son canton de domicile **exigerait un délai d'attente excessivement long**.

### Recommandation 2

- (2.1) Le canton fait dépendre sa participation financière complète à un traitement hospitalier médicalement indiqué dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation concernée sur sa liste hospitalière d'un **examen** préalable (ultérieur, dans un cas d'urgence) de **l'indication médicale** et de **l'octroi d'une garantie de paiement**.
- (2.2) Le **canton désigne un service compétent** pour examiner l'indication médicale et octroyer la garantie de paiement.
- (2.3) Le canton veille à un **traitement rapide des demandes** d'octroi de la garantie de paiement.
- (2.4) S'agissant de **l'indication des voies de droit**, le canton prévoit qu'en cas de rejet de la demande d'octroi de la garantie de paiement par le service compétent cantonal, non seulement le patient, mais aussi le médecin présentant la demande se voit accorder le droit de requérir du service cantonal une décision susceptible de recours. Une telle décision renferme **les indications nécessaires concernant les voies de droit**. Le patient peut faire appel de cette décision en recourant aux voies de droit selon le droit cantonal.
- (2.5) Dans un **acte législatif**, le canton règle:
- (a) la **procédure d'octroi de la garantie de paiement** en application de l'article 41.3 LAMal,
  - (b) la désignation du **service cantonal** compétent,
  - (c) **l'indication des voies de droit**.

**Remarques ad 2.1**

(2.10) Seule une réglementation stricte et claire permet de faire dépendre la participation financière du canton d'une procédure régulière d'octroi de la garantie de paiement. L'engagement ultérieur d'une procédure n'est admissible que si l'on a affaire à un cas d'urgence. Là aussi, le fait de garantir expressément le paiement constitue un préalable à la participation du canton: la décision y afférente devra toujours être notifiée à l'hôpital traitant et ne sera pas considérée comme tacite, au cas où le service cantonal compétent ne réagirait point.

**Remarques ad 2.2**

(2.20) Pour le service de comptabilité et le suivi des versements, le canton désigne un service compétent. La protection des données fera l'objet d'une attention toute particulière. L'indication médicale est contrôlée par un médecin.

**Remarques ad 2.3**

(2.31) Les cantons ont donné aux assureurs-maladie leur accord pour organiser la procédure.<sup>4</sup>

(2.32) Le canton peut éventuellement fixer un délai pour le traitement des demandes.

(2.33) Le cas échéant, le médecin qui présente la demande peut en faire la mention dans la rubrique des données médicales du formulaire, si un traitement accéléré de la demande par le service cantonal compétent présente un avantage pour tous les intéressés.

**Remarques ad 2.4**

(2.41) La grande majorité des cas non controversés de la procédure d'octroi de la garantie de paiement doit si possible être délestée de fastidieuses exigences formelles. Dans les cas controversés, les voies de droit doivent cependant être clairement réglées.

(2.42) En cas de litige, une demande de réexamen sera déposée et traitée en premier lieu. D'autres voies de droit ne seront prises que lorsque celle-ci est rejetée par décision susceptible de recours.

**Remarques ad 2.5**

(2.50) Il est indispensable de créer les bases juridiques nécessaires à la procédure d'octroi de la garantie de paiement, afin de garantir la sécurité juridique. De plus, il est primordial que le service désigné soit nanti de la compétence nécessaire pour octroyer la garantie de paiement et que la procédure de recours soit clairement réglée.

**Recommandation 3**

(3.1) Est en règle générale utilisé comme tarif de référence un tarif basé sur les tarifs pertinents des hôpitaux de la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée et pondéré par les flux de patients.

(3.2) Il faut différencier le tarif de référence par soins somatique aigus, psychiatrie et réadaptation. Une différenciation supplémentaire est possible, p.ex. pour les hôpitaux universitaires.

<sup>4</sup> A son chiffre 2.6, l'accord du 7.7.1998 entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et le Concordat des assureurs-maladie suisses (« accord moratoire concernant le financement hospitalier ») stipule: *Les cantons se déclarent prêts à adapter leur procédure interne (tous les intervenants, y compris les médecins cantonaux), de telle sorte que le traitement d'une requête d'hospitalisation hors canton médicalement indiquée soit garanti dans un délai approprié.*

(3.3) Les tarifs de référence et la répartition des coûts entre l'assurance-maladie et le canton de domicile doivent être fixés et publiés annuellement par le canton. La publication a lieu au plus tard au début de chaque année. La CDS insère sur son site le renvoi/liens vers les tarifs de référence.

### Remarque ad 3

(3.10) La fixation du tarif de référence est régie par l'arrêt du TFA du 20 décembre 2006 [BGE K 144/05].

(3.30) La répartition des coûts applicable est celle en vigueur dans le canton de domicile de la personne traitée.

### Recommandation 4

(4.1) Sont **responsables pour engager la procédure**:

- (a) le médecin traitant qui ordonne une hospitalisation programmée;
- (b) le médecin de l'hôpital qui accueille le cas d'urgence;
- (c) le médecin de l'hôpital qui transfère le patient dans un autre hôpital;
- (d) le médecin de l'hôpital qui fait une demande de prolongation du séjour à l'hôpital.

(4.2) Le **médecin responsable** pour engager la procédure présente la demande d'octroi de la garantie de paiement, en règle générale **au nom du patient** et avec son accord, auprès du canton de domicile de ce dernier.

### Remarques ad 4.1

(4.10) Une demande du médecin d'hôpital est exceptionnellement aussi admise lorsque le médecin ayant ordonné l'hospitalisation mais négligé sa tâche de déposer la demande, n'est plus atteignable.

### Remarques ad 4.2

(4.20) Une signature du patient n'est requise que s'il recourt contre la décision du canton après le refus de la garantie de paiement. Le patient est toutefois libre de contresigner la demande si tel est son désir. Sauf exception (incapacité d'agir ou de discernement), la procédure d'octroi de la garantie de paiement nécessite l'accord du patient.

### Recommandation 5

(5.1) La procédure doit être unifiée pour toute la Suisse. Sont exceptés les cantons qui renoncent d'une manière générale à engager des procédures d'octroi de la garantie de paiement. Pour la procédure d'octroi de la garantie de paiement selon l'article 41.3 LAMal, il ne sera délivré que le **formulaire de la CDS<sup>5</sup>** unifié sur le plan suisse et on renoncera à diffuser une version modifiée du formulaire ou encore un formulaire conçu différemment.

(5.2) A la place ou en complément du formulaire, une transmission des informations appropriées peut également avantageusement être prévue par voie électronique (eKOGU).

(5.3) Le formulaire doit être **utilisé** pour:

- (a) la présentation d'une demande d'octroi de la garantie de paiement en vue d'obtenir une participation cantonale selon l'article 41.3 LAMal en cas d'**indisponibilité du**

<sup>5</sup> Le formulaire de la CDS « Garantie de paiement pour traitements extracantonaux selon l'article 41.3 LAMal » daté du 21.8.2003 est valable jusqu'au 31.12.2011. A partir du 1.1.2012, le formulaire révisé de la CDS du 2 septembre 2011 doit être utilisé.



**traitement requis** dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient;

(b) la présentation d'une demande d'octroi de la garantie de paiement en cas de traitement d'**urgence** dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient;

(c) la présentation d'une demande de **prolongation** de la garantie de paiement;

(d) **l'octroi de la garantie de paiement** par le service cantonal compétent;

(e) **l'ordonnance par le médecin** (complétée éventuellement par un rapport médical plus détaillé) du transfert d'un patient en cas de traitement indiqué médicalement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile.

### Remarques ad 5.1

(5.10) Afin de faciliter l'envoi des demandes, il est recommandé aux cantons de

(a) participer au projet de garantie de paiement électronique (eKOGU) et de remettre aux membres du corps médical et aux hôpitaux pratiquant sur le territoire cantonal:

- (b) les informations nécessaires
- (c) le formulaire d'octroi de la garantie de paiement
- (d) des enveloppes munies de l'adresse du service cantonal compétent.

### Remarques ad 5.2

(5.21) **Procédure et transmission du formulaire d'octroi de la garantie de paiement:**

(5.211) Avant l'hospitalisation programmée ou dès que possible en cas d'urgence, le médecin compétent envoie la demande, dûment et lisiblement remplie, au service compétent du canton de domicile du patient.

(5.212) Le service compétent du canton de domicile du patient retourne au médecin qui a fait la demande, l'original muni de sa décision (avec les données médicales). Le médecin envoie l'original en guise d'ordre de transfert au service médical de l'hôpital de destination; il en conserve une copie pour ses dossiers et remet éventuellement une copie au patient concerné.

(5.213) La décision du service compétent du canton de domicile du patient est remise sur demande (sans données médicales) à l'administration de l'hôpital de destination et à l'assurance-maladie du patient. Les assureurs-maladie peuvent demander eux-mêmes (par le biais de leurs médecins-conseils) les données médicales auprès du service cantonal compétent, procéder au contrôle de l'indication médicale et, le cas échéant, la contester. Afin d'éviter des doublets, le canton se met d'accord à ce sujet avec l'association des assureurs-maladie.

(5.214) La procédure s'applique par analogie à la garantie électronique de paiement.

### Recommandation 6

Lors de la transmission du formulaire, il convient de prêter toute l'attention voulue à la **protection des données et à l'observation du secret médical**. En remplissant le formulaire, on fera une nette distinction entre les données administratives, d'une part, et les données médicales, d'autre part. La partie du formulaire réservée aux données médicales ne sera accessible qu'aux seuls médecins impliqués.

### Remarques ad 6

(6.00) Les instructions relatives au contrôle de la transmission des données médicales doivent être aisément compréhensibles et seront fixées de manière rigoureuse. Les formulaires renfermant les données médicales seront envoyés sous pli fermé. En cas de

transmission par télécopie, par courrier électronique ou par client Web, il convient de s'assurer que les données ne parviennent qu'aux personnes autorisées. Lors de l'établissement de copies du formulaire qui ne sont pas destinées à des médecins autorisés, on fera en sorte que la partie renfermant les données médicales soit toujours cachée. Les parties impliquées veilleront en particulier à ce que les données médicales n'apparaissent pas sur les copies qui ne sont pas destinées au personnel médical autorisé.

### Recommandation 7

En présence d'un **cas d'urgence**, le **déla**i pour la remise du formulaire au service compétent du canton de domicile du patient sera de **trois jours**.

### Remarques ad 7

(7.00) Le délai ne doit pas être trop bref, au risque d'être insoutenable en pratique. Mais il ne sera pas non plus trop long, sinon la procédure risque d'être contournée. En outre, on accordera la préférence à une réglementation simple plutôt que compliquée. Ainsi, par exemple, la notion de « jour ouvrable » ne désigne pas forcément les mêmes jours du calendrier dans tous les cantons; son emploi est donc inapproprié. La fixation d'un délai de trois jours paraît judicieuse.

### Recommandation 8

- (8.1) Le **déla**i dans lequel la continuation du séjour dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile **doit être motivée** n'est pas fixé de manière uniforme. Le service compétent du canton de domicile du patient doit cependant avoir la possibilité de subordonner la garantie de paiement à une condition afférente pour les cas relevant de la réadaptation, de la psychiatrie, des séjours de longue durée dans les soins somatiques aigus ou de l'art. 50 LAMal, tout en tenant compte des particularités du cas d'espèce.
- (8.2) Le médecin compétent de l'hôpital traitant décide du moment de la **sortie** du patient et, le cas échéant, du moment de son **rapatriement dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière de son canton de domicile**. Il veille à cet effet aux conditions et réserves éventuelles émises par le service compétent du canton de domicile du patient qui a octroyé la garantie de paiement.
- (8.3) Si le **rapatriement** du patient d'un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière de son canton de domicile dans un hôpital y figurant n'est pas justifié médicalement, les **frais de transport** sont à la charge de l'institution ou de la personne qui l'a décidé.

### Remarques ad 8.1

(8.11) Pour autant que l'on n'applique pas des forfaits par cas, le canton de domicile du patient a intérêt à ce que le traitement dans un hôpital ne figurant pas sur sa liste hospitalière ne se prolonge pas au-delà des limites qui s'imposent. La question se pose donc en particulier de savoir à quel moment il est possible de retransférer le patient dans un hôpital figurant pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière de son canton de domicile. On veillera toutefois à ne pas fixer de délai trop bref, au risque de provoquer des tracasseries administratives inutiles.

(8.12) Différents délais peuvent être indiqués, pour une annonce, en fonction du diagnostic et du genre de traitement. En fait, il serait très difficile d'imposer l'observation d'un délai unifié. S'oppose en outre à la fixation d'un délai général le fait que le corps médical se plaint aujourd'hui déjà des tracasseries administratives liées à l'octroi de la garantie de paiement.

### Remarques ad 8.2

(8.20) La rubrique « Décision du canton de domicile du patient » du formulaire réserve un espace à la limitation de la durée de validité de la garantie de paiement. Avant l'échéance qui y figure éventuellement, le médecin compétent de l'hôpital traitant doit demander au service compétent du canton de domicile du patient une prolongation de la garantie de paiement.

### Remarques ad 8.3

(8.30) Les frais de transport des patients entre hôpitaux sont en principe considérés comme frais d'exploitation imputables de l'hôpital (article 33.g OAMal). En règle générale, les frais de transport sont à la charge de l'hôpital qui remet le patient. Cette règle ne vaut pas pour les transports qui ont été commandés par des tiers. Lorsque le transfert d'un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée dans un hôpital y figurant n'est pas indiqué médicalement, les frais de transport sont à la charge de la direction de la santé du canton de domicile du patient si celle-ci a ordonné le rapatriement. Si le rapatriement se fait à la demande du patient, celui-ci prend en charge lui-même les frais pour le rapatriement. Il faut prévenir des transports inutilement onéreux (p. ex. transports par hélicoptère qui ne sont pas indispensables) en faisant en sorte que la partie qui prend en charge les frais d'un rapatriement décide également de la forme de l'exécution du transport. La facture de l'hôpital devra clairement indiquer si les frais de transport se réfèrent à un transport primaire ou à un transport secondaire.

### Recommandation 9

L'hôpital traitant doit remettre aux agents payeurs la facture complète avec une **répartition des coûts** entre l'assurance, d'une part, et le canton de domicile du patient, d'autre part (**splitting**).

### Remarques ad 9

(9.10) Il faut éviter que des assurés ayant droit aussi bien aux prestations de leur assurance-maladie que de leur canton de domicile soient obligés de consigner un dépôt lors de leur entrée à l'hôpital. La répartition de la facture de l'hôpital entre la caisse-maladie et le canton de domicile du patient est incontournable afin de parvenir à une solution satisfaisante.

(9.20) Dans les cas de traitement en division demi-privée ou privée, la facture de l'hôpital devra indiquer quelle aurait été la somme facturée pour un séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (LAMal art. 25 al. 2 let. e).

(9.30) Si le canton de domicile refuse la prise en charge complète, la différence entre le tarif de l'hôpital traitant et le tarif de référence du canton de domicile doit être facturée de l'hôpital traitant directement au patient ou à son assurance complémentaire.

### Recommandation 10

Il incombe au médecin qui fait la demande d'octroi de la garantie de paiement d'**informer le patient** sur la procédure et notamment sur l'octroi ou non d'une garantie de paiement par le canton de domicile de ce dernier.

Les médecins qui font la demande d'octroi de la garantie de paiement doivent en particulier également signaler au patient ou à la patiente la possibilité d'incidences financières d'un traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière de son canton de domicile

(prise en charge par le patient ou la patiente de la différence avec le tarif de référence du canton de domicile).

**Remarques ad 10**

(10.00) Une information directe du patient par le service cantonal compétent n'est pas indiquée. Ce mode de fonctionnement soulèverait diverses questions juridiques et entraînerait des tracasseries inutiles.

