Commission „Application LAMal“
8-4-4 / MW / PB

14.02.2019

Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal

A) Contexte 2
B) Recommandations 4
Recommandation 1 Conditions requises pour le contrôle de l'indication médicale 4
Remarques ad 1.1 4
Remarques complémentaires 4
Recommandation 2 Procédure cantonale et conditions-cadre 5
Remarque ad 2.1 5
Remarque ad 2.2 5
Remarque ad 2.3 6
Remarques ad 2.4 et 2.5 6
Recommandation 3 Tarif de référence 6
Remarque ad 3.1 6
Remarque ad 3.3 6
Recommandation 4 Personne présentant la demande 6
Remarque ad 4.1 7
Remarque ad 4.2 7
Recommandation 5 Formulaire uniforme d'octroi de la garantie de paiement 7
Remarque ad 5.2 7
Remarque ad 5.3 7
Recommandation 6 Protection des données 7
Remarque ad 6 8
Recommandation 7 Urgence 8
Remarque ad 7 8
Recommandation 8 Facturation 8
Remarque ad 8.2 8
Recommandation 9 Devoir d'information 8
Remarque ad 9 9

A) Contexte

Le nouveau financement hospitalier est en vigueur depuis le 1er janvier 2012. Le libre choix de l'hôpital a été introduit à cette occasion pour tous les assurés LAMal, ce qui a entraîné des modifications dans le fonctionnement et l'importance de la garantie de paiement.

Après quelques années d'expérience avec le nouveau financement hospitalier et la procédure adaptée d'octroi de la garantie de paiement, les recommandations existantes concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal ont fait l'objet d'un examen critique et ont été adaptées en conséquence.

L'objectif de ces recommandations est d'obtenir au plan suisse une mise en œuvre aussi uniforme que possible de la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière afin que les acteurs impliqués dans un séjour hospitalier ne soient pas confrontés à des procédures distinctes. Cela n'exclut toutefois pas que les autorités cantonales concernées prévoient dans la procédure des étapes supplémentaires adaptées aux besoins du canton.

Afin de faciliter le traitement des recommandations, les dispositions pertinentes de la LAMal[1] sont citées ci-après.

Art 41 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts
1bis En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

3 Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

3bis Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:
b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

Art. 49a Rémunération des prestations hospitalières
2 Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.

4 Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2.

[1] État au 1er janvier 2019

Tableau1: libre choix de l'hôpital – libre choix et tarifs valables

art. LAMal	**lieu du traitement**	***garantie de paiement (garantie)* nécessaire?***	***décision sur la garantie***	***tarif applicable pour l'indemnisation à la charge du canton et de l'AOS***
41 al. 1bis	l'hôpital traitant figure pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de résidence (hôpital répertorié canton de résidence)	non (dans le cadre du mandat de prestations)	–	hôpital traitant
41 al. 3 (raisons médicales)	l'hôpital ne figure pour la prestation correspondante que sur la liste du canton siège (hôpital répertorié canton siège)	oui, si le tarif de l'hôpital traitant est supérieur au tarif de référence cantonal (afin que la pleine couverture des coûts soit garantie en vertu de la protection tarifaire).	positive	hôpital traitant
41 al. 3bis (libre choix de l'hôpital)	l'hôpital ne figure pour la prestation correspondante que sur la liste du canton siège (hôpital répertorié canton siège)	non	refus de la prise en charge des coûts au sens de l'art. 41, al. 3 LAMal et limitation au tarif de référence	au maximum selon tarif de référence du canton de résidence
49a al. 4	l'hôpital ne figure ni sur la liste du canton de résidence ni sur celle du canton siège (hôpital répertorié d'un canton tiers ou hôpital conventionné)	non, le formulaire de garantie peut toutefois être utilisé pour clarifier si une urgence existe	reconnaissance de l'urgence	hôpital traitant
			négation de l'urgence	il n'existe pas d'obligation de prise en charge du traitement par l'AOS

** Dans le présent document, on entend par «garantie de paiement» le moyen d'octroyer une autorisation au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal.*

B) Recommandations

<u>Recommandation 1</u> Conditions requises pour le contrôle de l'indication médicale

1.1 Lors d'une demande d'octroi de la garantie de paiement selon l'article 41 al 3 LAMal, une **procédure** de **contrôle de l'indication médicale** doit être engagée **par le canton du domicile civil (canton de résidence)** de la personne traitée lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies:

a) il s'agit d'un **traitement stationnaire**;
b) une obligation de **prise en charge par l'assurance obligatoire des soins** (AOS) existe pour le traitement;
c) **l'hôpital traitant** figure pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton siège, mais pas sur la liste du canton de résidence;
d) le tarif de l'hôpital traitant est supérieur au tarif de référence pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

1.2 La garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant (tarif hospitalier) 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 résidence de la personne traitée; sont réputés raisons médicales une **urgence** ou l'absence de la prestation dans un **hôpital répertorié du canton de résidence**.

Remarques ad 1.1

Si une obligation de prise en charge par **l'assurance-accidents obligatoire** ou **l'assurance militaire** existe, le canton de résidence n'est pas tenu de participer au financement. En cas d'obligation de prise en charge par **l'assurance-invalidité**, le canton de résidence de l'assuré doit prendre en charge 20 % des coûts du traitement (art. 14bis LAI).

En cas d'**accidents** touchant des personnes qui ne sont pas assurées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (en particulier les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative), s'appliquent les dispositions de la LAMal et donc aussi l'obligation de contribution du canton de résidence de la personne concernée selon l'art. 41, al. 3 LAMal. Pour déterminer s'il y a obligation de contribution du canton, la question n'est pas de de savoir s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie, mais de savoir si l'obligation de prise en charge incombe à l'assurance-accidents obligatoire ou à l'AOS.

Pour autant que les conditions a) à d) soient toutes remplies, la procédure d'octroi de la garantie de paiement doit aussi être engagée **en cas d'obligation d'avancer les prestations de l'assurance-maladie** selon les articles 112 à 116 OAMal.

Si le tarif de l'hôpital traitant est inférieur au tarif de référence du canton de résidence et qu'il n'est que provisoire et si un tarif supérieur au tarif de référence est ultérieurement fixé, le contrôle de la nécessité médicale s'effectue lors de la vérification des factures.

Remarques complémentaires

Il y a **urgence** lorsque l'état de la personne traitée ne permet pas de la transporter dans un hôpital figurant pour la prestation concernée sur la liste hospitalière de son canton de résidence. L'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans un hôpital correspondant figurant sur la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée n'est pas judicieux pour

des raisons médicales ou économiques[2]. Une urgence ne saurait par contre être invoquée si l'urgence survient dans le rayon d'action d'un hôpital répertorié approprié du canton de résidence et si un transfert dans un hôpital répertorié du canton de résidence de la personne traitée était devenu déraisonnable seulement après que celle-ci eut cherché, sans raisons médicales, un hôpital ne figurant pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière de son canton de résidence.

Un traitement dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation concernée sur la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée est aussi médicalement indiqué lorsque le traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence exigerait un **délai d'attente déraisonnablement long**.

On ne peut déduire d'un traitement ambulatoire pour un tableau clinique qui n'a pas été dispensé dans un hôpital répertorié du canton de résidence le droit que celui-ci prenne en charge, dans le cas d'un traitement stationnaire complémentaire pour le même tableau clinique, les coûts du traitement au tarif de l'hôpital traitant.

<u>Recommandation 2</u> Procédure cantonale et conditions-cadre

2.1. Le canton fait dépendre sa participation financière, au tarif de l'hôpital traitant, à un traitement stationnaire médicalement indiqué dans un hôpital ne figurant pas sur sa liste hospitalière pour la prestation correspondante du fait qu'il a **contrôlé l'indication médicale** avant le traitement et octroyé une **garantie de paiement**.

2.2 Le **canton désigne** un **service chargé** de contrôler l'indication médicale et d'octroyer la garantie de paiement.

2.3 Le canton veille à ce que les **demandes de garantie** de traitement soient traitées **rapidement**.

2.4. Le canton prévoit, dans le cadre de **l'indication des voies de droit**, qu'en cas de rejet de la demande d'octroi de la garantie de paiement par le service cantonal compétent, non seulement la personne traitée mais aussi le médecin présentant la demande se voient accorder le droit de requérir une décision écrite du service cantonal.

2.5. Le canton règle dans une **disposition légale en complément à l'art. 52 LPGA**:
- a) la procédure d'octroi de la garantie de paiement en application de l'art. 41 al. 3 LAMal;
- b) la désignation du **service cantonal** compétent ainsi que
- c) **l'indication des voies de droit**.

Remarque ad 2.1

La décision relative à la garantie de paiement doit toujours être notifiée au médecin présentant la demande et ne sera pas considérée comme octroyée tacitement au cas où le service cantonal compétent ne réagirait pas.

Remarque ad 2.2

L'indication médicale est contrôlée par un médecin.

[2] Pour les soins somatiques aigus facturés via des forfaits par cas du type DRG, un transfert n'est pas indiqué du point de vue économique.

Remarque ad 2.3

Si un traitement accéléré de la demande par le service cantonal compétent présente un avantage pour tous les intéressés, le médecin présentant la demande peut en faire mention dans les données médicales du formulaire.

Remarques ad 2.4 et 2.5

Une telle décision doit être **motivée** et comporte une **indication des voies de droit**.

En complément à la procédure d'opposition selon l'art. 52 LPGA pour la personne assurée, les mêmes droits de procédure doivent être accordés au médecin présentant la demande. Cela signifie qu'il a également le droit d'exiger une décision écrite et de faire opposition dans les 30 jours auprès du service cantonal compétent.

Ces réglementations ne doivent pas être en contradiction avec la procédure définie dans la LPGA, mais se conçoivent en tant que droit de procédure cantonal complémentaire. La procédure d'opposition selon l'art. 52 LPGA et le droit de recours ultérieur devant le Tribunal cantonal des assurances selon les art. 56 et suivants LPGA constituent en l'occurrence des standards minimaux.

<u>Recommandation 3</u> Tarif de référence

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 résidence de la personne traitée et pondéré par les flux de patients.
3.2.	Une différenciation du tarif de référence s'opère par soins somatique aigus, psychiatrie et réadaptation. Une différenciation supplémentaire est possible, p. ex. pour les hôpitaux universitaires.
3.3.	Les tarifs de référence et la répartition des coûts entre l'assurance-maladie et le canton de résidence sont 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 web un renvoi/lien vers les tarifs de référence cantonaux.

Remarque ad 3.1

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

Remarque ad 3.3

La répartition des coûts applicable est celle en vigueur dans le canton de résidence de la personne traitée.

<u>Recommandation 4</u> Personne présentant la demande

4.1.	Le médecin traitant, respectivement le médecin de l'hôpital, a **la responsabilité d'engager la procédure**. Le médecin responsable transmet le formulaire d'octroi de la garantie de paiement à l'autorité compétente du canton de résidence de la personne traitée.
4.2.	Le consentement de la personne traitée, respectivement de son représentant légal, est nécessaire pour engager la procédure. Il peut aussi être implicite, c'est-à-dire intervenir dans le cadre du devoir d'information.

Remarque ad 4.1

Il est important que le médecin responsable connaisse bien le cas pour qu'il puisse présenter une demande complète.

Remarque ad 4.2

Sauf exceptions (incapacité de discernement), la procédure d'octroi de la garantie de paiement nécessite l'accord de la personne traitée. La personne traitée doit être consultée avant qu'un recours soit formé contre une décision.

<u>Recommandation 5</u> Formulaire uniforme d'octroi de la garantie de paiement

5.1. Le formulaire de la CDS[3] uniformisé au plan suisse doit être utilisé pour la procédure d'octroi de la garantie de paiement selon l'article 41 al. 3 LAMal, et le canton s'abstiendra de publier une version modifiée du formulaire ou un formulaire conçu différemment.

5.2. Le formulaire doit être utilisé pour:
- a) la présentation d'une demande d'octroi de la garantie de paiement en vue d'obtenir une contribution cantonale selon l'article 41 al. 3 LAMal en cas d'indisponibilité du traitement requis dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient;
- b) la présentation d'une demande de prolongation de la garantie de paiement;
- c) l'octroi de la garantie de paiement par le service cantonal compétent.

5.3 Les cantons demandent une présentation de la demande par voie électronique.

5.4 Le formulaire peut être utilisé pour clarifier si une urgence existe dans un hôpital ne figurant pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée.

Remarque ad 5.2

Pour la présentation de la demande, le médecin responsable doit envoyer avant l'hospitalisation programmée le formulaire, dûment et lisiblement rempli, au service compétent du canton de résidence de la patiente ou du patient.

Remarque ad 5.4

Le formulaire ne doit par contre pas être utilisé pour des hospitalisations qui relèvent du chapitre du libre choix de l'hôpital (art. 41 al. 1bis LAMal).

<u>Recommandation 6</u> Protection des données

Lors de la transmission du formulaire, il convient de prêter toute l'attention requise à la **protection des données et à l'observation du secret médical**. En remplissant le formulaire, on fera une distinction claire 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.

[3] Le formulaire « Garantie de paiement pour traitement hospitalier selon l'article 41, alinéa 3, LAMal (nécessité médicale) dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile » de la CDS

Remarque ad 6

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

Les assureurs-maladie peuvent demander (par le biais de leurs médecins-conseils) les données médicales auprès du service cantonal compétent et procéder au contrôle de l'indication médicale.

Recommandation 7 Urgence

Le formulaire de la CDS uniforme au plan suisse peut être utilisé pour **clarifier** si une **urgence existe.**

Remarque ad 7

Une garantie de paiement n'est pas nécessaire en cas d'urgence. Si le canton concerné le souhaite, le formulaire peut toutefois être utilisé pour clarifier si une urgence existe ou non. Dans ce cas, le formulaire doit être transmis en temps utile après l'admission. Il incombe aux fournisseurs de prestations de démontrer qu'une urgence est survenue.

Recommandation 8 Facturation

8.1. Le **canton désigne** un **service chargé** de la facturation et du traitement des paiements.

8.2 Les cantons exigent une facturation électronique.

Remarque ad 8.2

Les cantons ne développent pas de nouveaux formats pour la facturation électronique, mais se fondent sur des formats reconnus de facturation électronique dans le domaine de la santé (forum Échange de données).

Recommandation 9 Devoir d'information

9.1. Il incombe au médecin qui fait la demande d'octroi de la garantie de paiement d'**informer les patients** sur la procédure et en particulier sur l'octroi ou non d'une garantie de paiement par leur canton de résidence.

9.2. 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 pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière de son canton de domicile (prise en charge par le patient / la patiente ou son assurance complémentaire de la différence avec le tarif de référence du canton de résidence).

Remarque ad 9

Les patients doivent connaître tous les facteurs importants pour eux de l'intervention programmée ou du traitement. Le médecin doit de son propre chef informer la patiente / le patient de la maladie, du traitement, des risques et du pronostic. Avant l'intervention, le médecin doit donc renseigner les patients de manière complète et en leur présentant les risques. L'information est une condition préalable au consentement du patient et à la légitimité de l'intervention dans son intégrité physique (information sur l'intervention). En font également partie les coûts du traitement et leur prise en charge (information économique).