



**SDK** Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz  
**CDS** Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires  
**CDS** Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Weltpoststr. 20 Postfach CH-3000 Bern 15  
Tel. +31 356 20 20 Fax. +31 356 20 30  
<http://www.sdk-cds.ch> e-mail: [office@sdk-cds.ch](mailto:office@sdk-cds.ch)

Commission "Application de l'assurance-maladie"  
47.3/HS/FW/Le/PH

15 mars 1996  
7 juin 1999 (1<sup>ère</sup> révision)  
20 février 2003 (2<sup>ème</sup> révision)  
21 août 2003 (3<sup>ème</sup> révision)

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

*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 de l'assurance-maladie" 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).*

*Une seconde modification des recommandations a été effectuée le 20.02.2003 en relation avec l'introduction de la libre-circulation des personnes à l'intérieur de la Communauté Européenne. En effet, la clause suivante est dorénavant valable: Sont assimilées aux assurés assujettis à l'assurance obligatoire des soins les personnes ayant leur domicile civil en Suisse, assurées contre la maladie dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, et qui sont enregistrées auprès de l'Institution commune LAMal. Pour ces personnes, l'art. 41 al. 3 LAMal est donc applicable.*

*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 extracantonaux (notamment lors de cas d'urgence) une contribution cantonale 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.*

*Le formulaire de garantie de paiement n'a plus été retravaillé depuis avril 1998. D'ici septembre 2003, la CDS installera sur son site Internet un formulaire plus convivial et adapté aux nouvelles exigences. Du point de vue du contenu, seules des modifications marginales sont intervenues.*

*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.*

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

*Berne, le 21 août 2003*

## Recommandations

### Recommandation 1

Lors d'une demande d'octroi de la garantie de paiement, une **procédure de contrôle de l'indication médicale** et de **l'octroi de la garantie de paiement** par le **canton de résidence du patient**, en liaison avec l'article 41.3 LAMal, ne peut être engagée que lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies:

- (1.1) il s'agit d'un **traitement stationnaire**;
- (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 hors canton** autorisé à pratiquer à charge de l'assurance-maladie que le patient **peut choisir pour ce traitement** en vertu des prescriptions de son canton de résidence;
- (1.4) **l'hôpital traitant** est un **hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics**;
- (1.5) le traitement est dispensé hors du canton de résidence du patient pour des **raisons médicales**; sont réputés raisons médicales un **cas d'urgence** ou **l'indisponibilité du traitement requis dans le canton de résidence du patient**.

S'il s'agit de **traitements ambulatoires extracantonaux** au sens des décisions du TFA de décembre 2001 (en particulier de cas d'urgence) et s'ils sont dispensés dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, l'obligation du canton de résidence à payer la différence existe aussi sans avoir sollicité préalablement une garantie de paiement.

### 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).

### 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**, le canton de résidence du patient n'est pas tenu à participation.

(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 résidence 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 de garantie de paiement doit être également engagée en cas **d'obligation d'avancer les prestations** selon l'article 78.1.a LAMal et selon les articles 112-116 OAMal. 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.

<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.

(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 résidence 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) En vertu de l'article 41.2.b LAMal, le canton de résidence du patient peut, en cas de traitement hors canton médicalement indiqué, influencer **l'étendue de l'obligation à prestation** de l'assurance obligatoire des soins en faisant figurer **certaines hôpitaux extracantonaux** sur sa **liste des hôpitaux**. Il convient d'informer en bonne et due forme de ces restrictions 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 ne sera octroyée ni aucune contribution du canton versée si le traitement est administré dans un hôpital non admis par le canton de résidence du patient.

(1.33) Un hôpital hors canton peut être **admis tacitement** lorsqu'aucun hôpital en mesure d'effectuer le traitement en question ne figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence du patient ou lorsque l'on se trouve en présence d'un cas d'urgence.

(1.34) Les droits et obligations des assurés, des assureurs et des cantons résultant de l'application des dispositions cumulées des alinéas 3, 2 et 1 de **l'article 41 LAMal, en combinaison avec la liste des hôpitaux 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:

- (1.341) lorsque des hôpitaux hors canton appropriés au traitement concerné figurent sur la liste des hôpitaux du canton de résidence du patient (le cas échéant, pour le traitement en question), mais non pas l'hôpital traitant lui-même, le canton n'est pas tenu à participation;
- (1.342) lorsque l'hôpital traitant approprié figure sur la liste des hôpitaux de son canton de domicile et lorsqu'un hôpital approprié ne figure pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence du patient, ce dernier canton est tenu à participation.

(1.35) 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 des hôpitaux selon l'article 39.1.e LAMal, pour autant que ces dispositions soient reconnues conformes à la LAMal.)

(1.36) Au demeurant, il est recommandé aux cantons, lorsqu'une liste des hôpitaux est mise en vigueur sur laquelle figurent des hôpitaux hors canton, de faire montre d'une certaine **souplesse** en prévoyant expressément la possibilité, **dans un cas particulier**, que le canton participe également au financement des coûts d'un traitement dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics ne figurant pas sur sa propre liste des hôpitaux.

<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 résidence 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.

#### Remarques ad 1.4

(1.41) Dans le cas de traitements dans des hôpitaux non subventionnés, le canton n'est pas tenu à participation.<sup>4</sup> Il convient d'observer qu'un hôpital, une division d'hôpital ou une certaine prestation fournie par un hôpital (selon le mandat du canton) est considéré comme "subventionné par les pouvoirs publics" aux termes de la LAMal lorsque son canton de domicile lui verse des **contributions d'exploitation** y afférentes. A cet égard, les subsides à la construction ne sont pas considérés comme subventions.

(1.42) Dans le cas de l'hôpital prestataire, il peut s'agir éventuellement d'un hôpital conventionné subventionnable du canton de résidence du patient, même si cet hôpital n'est pas subventionné de manière générale.

#### Remarques ad 1.5

(1.51) On **ne saurait déclarer** comme **urgence** le traitement médicalement indiqué dans un hôpital hors canton pour la seule et unique raison qu'on ne dispose pas encore d'une **garantie de paiement du canton de résidence** du patient. **Pour autant qu'on ne puisse s'accommoder du retard d'un traitement pour des raisons médicales**, le canton de résidence 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 de son canton de résidence ou lorsqu'un tel rapatriement s'avérerait inopportun pour des raisons médicales. L'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans le canton de résidence n'est pas judicieux pour des raisons médicales. Or, une urgence ne saurait être invoquée si un retransfert dans le canton de résidence du patient était devenu inadmissible seulement après son entrée, sans raisons médicales, dans un hôpital hors canton. Demeurent réservées d'éventuelles facilités qui, en vertu d'arrangements contractuels entre les cantons, peuvent amener à l'admission du traitement dans des hôpitaux extracantonaux proches.

(1.53) Un traitement dans un hôpital extracantonale peut aussi être considéré comme médicalement indiqué lorsque le traitement du patient dans son canton de résidence **exigerait un délai d'attente excessivement long**.

#### Recommandation 2

- (2.1) Le canton fait dépendre sa participation financière à un traitement stationnaire hors canton médicalement indiqué 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 médical** 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 médical 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.

<sup>4</sup> Dans un arrêt du 19.12.1997 sur un recours d'un assuré contre le canton de Schwyz, le Tribunal fédéral des assurances a constaté que le canton n'était pas tenu à participation selon l'article 41.3 LAMal en cas de traitement dans un hôpital non subventionné.

- (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 de 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, on peut éventuellement désigner un service non médical. La protection des données fera, dans ce cas, l'objet d'une attention toute particulière.

### Remarques ad 2.3

(2.31) Les cantons ont donné aux assureurs-maladie leur accord pour organiser la procédure.<sup>5</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 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.

---

<sup>5</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 garantie dans un délai approprié.*

**Recommandation 3**

- (3.1) **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.
- (3.2) 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 résidence de ce dernier.

**Remarques ad 3.1**

(3.10) 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 3.2**

(3.20) La Fédération des médecins suisses (FMH)<sup>6</sup> s'est opposée à la compétence attribuée aux membres du corps médical pour présenter la demande au cours de la procédure d'octroi de la garantie de paiement. Certes, il est exact que la participation du canton selon l'article 41.3 LAMal est une question qui concerne le rapport juridique entre le patient et le canton. Il n'en est pas moins vrai que les indications médicales correctes et adéquates ne peuvent être fournies que par un médecin. On ne simplifierait pas la tâche des médecins si le patient devait d'emblée être formellement intégré dans la présentation de la demande. En outre, le fait qu'il revienne à un médecin d'admettre ou de transférer un patient dans un hôpital et de signer l'ordre d'hospitalisation correspond à une pratique de longue date. Le médecin est parfaitement aussi en mesure de jouer le même rôle s'agissant de la demande d'octroi de la garantie de paiement. Les expériences essentiellement positives faites à ce jour dans le cadre de la procédure d'octroi de la garantie de paiement confirment l'opportunité de cette manière de faire. 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 contre-signer 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 4**

- (4.1) La procédure doit être unifiée pour toute la Suisse. 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>7</sup> unifié sur le plan suisse et on renoncera à diffuser une version modifiée du formulaire ou encore un formulaire conçu différemment.
- (4.2) Le formulaire doit être **utilisé** pour:
- (a) la présentation d'une demande d'octroi de la garantie de paiement en vue d'obtenir une participation cantonale selon l'article 41.3 LAMal en cas **d'indisponibilité du traitement requis** dans le canton de résidence du patient;
  - (b) la présentation d'une demande d'octroi de la garantie de paiement en cas **de traitement d'urgence** dans un hôpital situé hors du canton de résidence 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;

<sup>6</sup> Lettres de la FMH à la CDS des 15.4.1996 et 22.1.1999.

<sup>7</sup> La CDS a édité une version remaniée du formulaire "Garantie de paiement pour traitements extracantonaux selon l'article 41.3 LAMal", datée du 30.4.1998.

(e) l'**ordonnance** par le médecin **du transfert d'un patient à l'hôpital** en cas de traitement hors du canton indiqué médicalement (complété éventuellement par un rapport médical plus détaillé).

#### Remarques ad 4.1

(4.10) Afin de faciliter l'envoi des demandes, il est recommandé aux cantons de remettre aux membres du corps médical et aux hôpitaux pratiquant sur le territoire cantonal:

- (a) les informations nécessaires
- (b) le formulaire de garantie de paiement
- (c) des enveloppes munies de l'adresse du service médical cantonal.

#### Remarques ad 4.2

##### (4.21) Procédure et transmission du formulaire de garantie de paiement:

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

(4.212) Le service médical compétent du canton de résidence 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.

(4.213) Le service médical compétent du canton de résidence du patient, lorsqu'il a octroyé la garantie de paiement, en remet une copie (sans donnée médicale) à l'administration de l'hôpital de destination et une 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 la fédération cantonale des assureurs-maladie.

#### Recommandation 5

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 5

(5.00) 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 ou par courrier électronique, 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 établissent les copies sur la photocopieuse, en fonction des besoins, ou, le cas échéant, sur support informatique; elles veilleront en particulier à ce que les données médicales n'apparaissent pas sur les copies qui ne sont pas destinées au personnel médical autorisé. L'utilisation de papier décalque (papier apprêté chimiquement) pour produire le nombre de copies nécessaires ne

s'est pas révélé judicieux, car, en cas d'inscriptions à la main, seules les premières feuilles sont généralement encore lisibles.

### Recommandation 6

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

### Remarques ad 6

(6.00) 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 7

- (7.1) Le **déla**i dans lequel la **continuation du séjour dans un hôpital hors canton doit être motivée**, n'est pas fixé de manière uniforme. Le service médical compétent du canton de résidence du patient doit cependant avoir la possibilité de subordonner la garantie de paiement à une condition afférente, tout en tenant compte des particularités du cas d'espèce.
- (7.2) Le médecin compétent de l'hôpital traitant situé hors canton décide du moment de la **sortie** du patient et, le cas échéant, du moment de son **rapatriement dans un hôpital du canton de résidence de ce dernier**. Il veille à cet effet aux conditions et réserves éventuelles émises par le service compétent du canton de résidence du patient qui a octroyé la garantie de paiement.
- (7.3) En cas de **rapatriement** du patient d'un hôpital hors canton dans **un hôpital de son canton de résidence**, les **frais de transport** sont à la charge de l'hôpital qui l'accueille. Un tel transport à charge de l'hôpital d'accueil doit être commandé et organisé par ce dernier, sauf s'il en mandate expressément l'hôpital envoyeur.

### Remarques ad 7.1

(7.11) Pour autant que l'on n'applique pas des forfaits par cas, le canton de résidence du patient a intérêt à ce que le traitement dans un hôpital hors canton public ou subventionné par les pouvoirs publics 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 de son canton de résidence. On veillera toutefois à ne pas fixer de délai trop bref, au risque de provoquer des tracasseries administratives inutiles.

(7.12) 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.

(7.13) Lorsqu'on disposera plus tard, statistiques à l'appui, de données fiables sur les durées de séjour en fonction des catégories de diagnostic et de traitement, on pourra éventuellement envisager l'utilisation de valeurs indicatives. Une annonce serait alors nécessaire si l'hospitalisation devait se prolonger d'un certain nombre de jours au-delà de la durée moyenne de séjour pour la catégorie de diagnostic ou de traitement concernée, donc si la poursuite du séjour nécessite une motivation médicale.

### Remarques ad 7.2

(7.20) 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 extracantonal doit demander au service compétent du canton de résidence du patient une prolongation de la garantie de paiement.

### Remarques ad 7.3

(7.30) 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. Lors d'un rapatriement d'un hôpital hors canton dans un hôpital du canton de résidence du patient, il est cependant indiqué que les frais de transport soient à la charge de l'hôpital d'accueil. Il subsiste toutefois un certain risque que des transports inutilement onéreux (p. ex. transports par hélicoptère qui ne sont pas indispensables) soient effectués, si l'hôpital qui décide du transport n'assume pas lui-même les frais. D'où la nécessité d'exiger que l'hôpital qui accueille le patient organise ou mandate le transport s'il devra en assumer les frais. 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 8

- (8.1) En l'**absence de convention directement applicable**, les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics appliquent jusqu'à nouvel avis, lors de la **tarification** de traitements dispensés sous le régime de l'assurance-maladie obligatoire et hors du canton de résidence du patient pour des raisons médicales, les dispositions tarifaires suivantes:
- (a) on renonce à la facturation à l'acte pour les traitements en division commune;
  - (b) s'applique le tarif de la convention ou d'une convention hospitalière représentative passée avec des cantons tiers (**convention de référence**); majoré au maximum de 5% de la somme facturée pour les travaux administratifs supplémentaires.
- (8.2) Lorsque, pour des raisons médicales, le **traitement est dispensé hors du canton en division demi-privée ou privée** d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, le canton de résidence du patient prend en charge la **différence** qui en aurait résulté si le traitement avait eu lieu en division commune.

### Remarques ad 8.1

(8.11) Cette recommandation s'applique jusqu'à nouvel avis au sens d'une réglementation transitoire, mais tout au plus jusqu'à l'entrée en vigueur de dispositions révisées de la LAMal concernant le financement hospitalier.<sup>8</sup>

(8.12) On renoncera à la facture à l'acte, étant donné que, si l'on compare la somme facturée des différents éléments de prestation avec un forfait applicable aux assurés du canton de

<sup>8</sup> Le comité directeur de la CDS a adressé aux cantons la recommandation selon lettre b initialement limitée à 1998 avec l'espoir de parvenir à recommander de nouvelles dispositions tarifaires pour 1999, notamment concernant les prestations stationnaires hautement spécialisées (Recommandations du 19.11.1997 concernant la politique tarifaire pour les hospitalisations hors canton en division commune d'un hôpital lors de l'application de l'article 41.3 LAMal). Les travaux concernés des hôpitaux universitaires ayant pris du retard, le comité directeur de la CDS s'est vu contraint de recommander une prolongation de la durée de validité; la recommandation devra toutefois s'appliquer tout au plus jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions révisées de la LAMal concernant le financement hospitalier.

domicile de l'hôpital, la différence tarifaire à charge du canton de résidence de l'assuré serait disproportionnée en cas de traitement onéreux.

(8.13) En l'absence de convention avec des cantons tiers tenant lieu de convention de référence, les hôpitaux concernés appliquent le même type de forfait que celui appliqué aux assurés du canton de domicile de l'hôpital, le montant du forfait pouvant atteindre au maximum la couverture totale des coûts (coûts totaux moyens comprenant également les charges d'investissement). Le nombre de traitements hors canton médicalement indiqués pour lequel on ne peut se prévaloir d'une convention existante est plutôt restreint. De plus, il ne s'agit pas de traitements hautement spécialisés ou particulièrement onéreux.

(8.14) Cette recommandation s'appuie sur le principe de la réciprocité: la tarification s'applique aux assurés de cantons dont les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics respectent le principe de la réciprocité.

### Recommandation 9

En présence d'une garantie de paiement du canton de résidence du patient, l'hôpital traitant doit procéder à une **répartition de la facture de l'hôpital** entre l'assurance, d'une part, et le canton de résidence du patient, d'autre part (**splitting**).

### Remarques ad 9

(9.1) Il faut éviter que des assurés ayant droit aussi bien aux prestations de leur assurance-maladie que de leur canton de résidence 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 résidence du patient est incontournable afin de parvenir à une solution satisfaisante.

(9.2) Dans les cas de traitement en division demi-privée ou privée, la facture de l'hôpital devra indiquer quelle aurait été la somme facturée si le patient s'était fait soigner en division commune ou dans les limites des seules prestations assurées par l'assurance-maladie obligatoire.

### 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.

### Remarques ad 10

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