



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

Aux départements
cantonaux de la santé publique

43.362/MJ/ANN

Berne, le 15 janvier 2002

Recommandations de la commission "Application de la LAMal" concernant les exigences des assureurs-maladie demandant que les cantons participent aux coûts du traitement hospitalier de patients privés et semi-privés dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics du canton de résidence

Madame la conseillère d'Etat,
Monsieur le conseiller d'Etat,
Mesdames, Messieurs,

Par arrêt du 30.11.2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a décidé que, selon l'article 49 LAMal, les cantons devaient également subventionner les traitements dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics du canton lorsqu'ils sont administrés en division privée ou semi-privée. Actuellement, les cantons s'emploient à trouver une solution visant à instaurer une réglementation nationale au niveau de la loi sous forme d'une loi fédérale urgente. L'incertitude cependant règne encore quant à savoir

1. si le parlement édictera une loi correspondante;
2. dans quelle mesure les cantons devront participer ces prochaines années au financement de ces traitements dans le cas d'une législation urgente;
3. si une réglementation forfaitaire sera édictée pour le début de l'année 2002 ou même pour toute l'année 2002 s'agissant de satisfaire aux exigences des assureurs;
4. si des exigences à effet rétroactif seront exclues par voie légale.

La plupart des cantons et des hôpitaux se voient assigner depuis quelques semaines des exigences de certains assureurs-maladie pour obtenir des cantons une participation financière aux traitements hospitaliers d'assurés privés et semi-privés. Il peut s'agir en l'occurrence d'exigences de la part d'assureurs-maladie

1. n'ayant pas signé* l'accord moratoire de 1998 entre les cantons et santésuisse et qui se réfèrent par conséquent également aux traitements d'avant le 1.1.2001;
2. ayant signé l'accord moratoire et faisant valoir des exigences dès l'année 2001;
3. demandant une réduction ou une répartition par agents financeurs des factures d'hôpital de traitements en cours.

* Une liste des assureurs-maladie n'ayant pas signé l'accord moratoire se trouve sur notre site Internet, sous Domaine → Economie et information de la santé → Financement des hôpitaux.

Recommandations

Au vu de la situation, il est émis aux cantons les recommandations suivantes:

1. Pour les traitements prodigués dès le 1.1.2002, les assureurs (dans le système du tiers payant) et les assurés (dans le système du tiers garant) se verront remettre les factures dans la mesure actuelle. Sur la facture ou sur une feuille d'accompagnement on mentionnera la réserve suivante:

A l'heure actuelle, l'ampleur et les modalités de la participation financière du canton au financement de traitements en divisions privées et semi-privées sont encore ouvertes. La facture sera établie avec la réserve qui convient. Une contribution éventuelle du canton au financement sera restituée en temps opportun à l'assureur.

Dès lors, le montant de la facture ne sera pas encore réparti sur les différents agents financeurs. Toutefois, il sera recommandé aux hôpitaux, si tel n'a pas encore été fait, d'attester à l'avenir sur les factures respectives la part des assureurs dans l'assurance de base (tarifs de la division commune).

2. Pour les exigences à effet rétroactif des assureurs pour l'année 2001 (éventuellement antérieurement), il est accusé réception de la facture. **Suivant la situation**, la lettre peut être complétée des modèles de textes préétablis suivants (liste non exhaustive des problèmes):

a. *Les cantons, les assureurs et d'autres milieux sont présentement occupés à déterminer au niveau politique, moyennant une solution nationale visant à légitimer et à fixer la hauteur des exigences formulées, les répercussions de l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001. L'issue de ces démarches est encore incertaine. Vos attentes seront examinées en temps opportun, conformément aux décisions qui auront été prises.*

b. *Nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait que vos attentes suscitent encore les questions suivantes:*

b.1. Légitimation active

Dans le système du tiers garant, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations (art. 42 al. 1 LAMal). Ce système s'applique à tous les assurés privés et en partie aussi (en l'absence de convention correspondante entre fournisseurs de prestations et certains assureurs) à de nombreux assurés semi-privés. Au cas où un effet rétroactif serait approuvé, c'est l'assuré et non pas les assureurs qui serait autorisé à demander le remboursement. Or on peut s'interroger si, lors d'une deuxième phase, les assurés pourraient faire valoir un droit de remboursement envers l'assuré (base de calcul des primes d'assurance, quote-part et franchise dans le contrat d'assurance).

Dans les cas où c'est le système du tiers payant qui a été convenu entre fournisseurs de prestations et assureurs dans le cadre du contrat d'assurance semi-privée, la légitimation active revient certes aux assureurs. Toutefois, se pose ici la question de savoir si c'est les assureurs qui ont jusque-là mis à contribution la part de subvention litigieuse de la "caisse d'assurance de base" (c'est-à-dire par analogie à la pratique des hôpitaux privés où le séjour en division commune doit être pris en charge intégralement par les assureurs "de base") ou si c'est la "caisse de l'assurance complémentaire". Dans le premier cas, il faudrait à notre sens garantir que les éventuelles restitutions ont bel et bien été prises en compte dans le cadre de l'approbation annuelle des primes de l'assurance de base par l'OFAS. Dans la négative, il faudrait s'assurer le cas échéant que les assurés à titre complémentaire soient mis au bénéfice avec effet rétroactif d'une réduction de primes.

b.2. Légitimation passive

D'éventuelles demandes de restitution ne sauraient être adressées telles quelles au canton, mais devraient l'être directement aux fournisseurs de prestations (ayant leur propre personnalité juridique) soutenues en partie par les communes.

b.3. Prestation obligatoire

La délimitation de l'obligation à participation entre les prestations de base LAMal et les autres prestations reste indéterminée.

b.4. Ampleur de la restitution

Enfin, l'ampleur de la restitution reste elle aussi indéterminée, notamment dans le semi-privé, où des forfaits par cas ont en partie été convenus entre fournisseurs de prestations et assureurs.

Dans ces conditions vous comprendrez aisément que nous ne puissions entrer en matière sur vos exigences avant de disposer de résultats valables pour l'ensemble de la Suisse.

3. Pour ces mêmes motifs, nous vous suggérons de renoncer à de possibles décisions statuant sur des factures établies par les assureurs.
4. En présence d'un ordre de paiement de l'office des poursuites, il est recommandé de faire une proposition des voies de droit.
5. Cette même procédure est également recommandée aux hôpitaux concernés, publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

Espérant ainsi vous être utiles, et restant à votre disposition pour de plus amples renseignements, nous vous prions de croire, Madame la conseillère d'Etat, Monsieur le conseiller d'Etat, Mesdames, Messieurs, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

CONFERENCE DES DIRECTEURS CANTONAUX
DES AFFAIRES SANITAIRES

Michael Jordi
Chef du Domaine Economie et
information de la santé

P.S.: Cette lettre est également disponible sous forme électronique: office@sdk-cds.ch