

Comment éviter les problèmes liés à une admission dans un hôpital extra-cantonal?  
Recommandations des médecins cantonaux.

## Hospitalisations extracantonales – des enjeux importants pour les patientes et patients!

Thomas Plattner<sup>a</sup>,  
Chung-Yol Lee<sup>b</sup>

a Dr, spécialiste en médecine légale, service du médecin cantonal

b Dr, MPH, exc. MPA spécialiste en médecine interne, service du médecin cantonal

### Introduction

La Loi sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit pour les cantons la participation financière aux coûts des traitements de ses résidents en cas d'hospitalisation hors canton si certaines conditions sont remplies. Il incombe au médecin du service responsable, en général le Médecin cantonal, de décider, sur la base d'une demande formulée par un médecin traitant, si la participation financière du canton est octroyée. En tant que médecins cantonaux d'un canton avec un taux de population moyen, ne disposant pas d'un centre hospitalier universitaire, nous traitons annuellement environ 4000 demandes. Dans le cadre de ces demandes, nous constatons presque quotidiennement que certains de nos collègues\* manquent de connaissances concernant le fonctionnement du système suisse en matière d'assurance-maladie et de ses bases légales – qui engendrent souvent des conséquences graves pour les patients. Il est finalement à ces derniers d'assumer les conséquences pécuniaires d'une hospitalisation extracantonale non indiquée si une assurance complémentaire fait défaut. Ci-après, nous aimerions rappeler les bases légales au corps médical et fournir des indications pratiques pour la procédure des demandes de garantie.

### Bases légales, procédures administratives et problèmes

Selon l'art. 41 LAMal, les cantons sont tenus de participer aux coûts si toutes les conditions suivantes sont remplies [1]:

- Prestation obligatoire de l'assurance de base pour le traitement. (Si la prestation est prise en charge par une assurance accident, l'assurance invalidité ou l'assurance militaire, le canton est déchargé de l'obligation).
- Le traitement sera effectué dans un hôpital hors canton, agréé par l'assurance maladie.
- L'hôpital qui effectuera le traitement est un hôpital public ou subventionné.
- Le traitement est effectué pour des raisons médicales, c'est-à-dire, le traitement prévu n'est pas disponible dans un hôpital du canton de résidence ou il s'agit d'une urgence (voir ci-dessous).

Comme déjà cité, il incombe aux médecins officiels de décider sur la base de la demande fournie par un médecin.

La décision du médecin officiel concerne la participation du canton dans le cadre de l'assurance de base. Celui qui préfère avoir le libre choix de se faire soigner dans un hôpital hors canton, que ce soit pour des raisons pratiques – p.ex. proximité de la famille – ou s'il est de l'avis que seul un hôpital universitaire est apte à fournir de bonnes prestations, est tenu de conclure une assurance complémentaire. Il n'est pas du ressort des cantons de financer les préférences personnelles des patients pour certains hôpitaux. Lors de nos décisions, nous tentons d'utiliser au mieux le peu de marge de manœuvre dont nous disposons et de tenir compte, le cas échéant, de certaines situations personnelles tragiques. Toutefois, priment les intérêts du canton et de sa population (contribuables) – le canton de Fribourg débourse chaque année environ 20 millions de francs pour les hospitalisations extracantonales – et une application égale des mesures à toutes les demandes.

Le terme «urgence» doit être précisé, car dans la LAMal il n'est pas défini. La pratique des cantons se base sur une décision du Tribunal fédéral des assurances du 14 octobre 2002 [2] selon laquelle le canton est tenu de prendre en charge les frais si:

- l'urgence survient hors du territoire du canton de résidence,
- «les soins médicaux doivent être administrés sans tarder et
- qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son canton de résidence».

Cette définition implique que, même en cas d'urgence, une hospitalisation directe ou un transfert dans le canton de résidence doit avoir lieu, sauf si le patient bénéficie d'une assurance complémentaire, si pour des raisons médicales une hospitalisation dans un centre hospitalier extracantonale le plus proche est indispensable ou si, pour des raisons de gain de temps, il ne serait pas adéquat de transférer le patient dans un hôpital du canton de domicile d'abord.

Nous sommes souvent confrontés à des demandes où le médecin a hospitalisé un patient d'urgence malgré l'absence des critères précités. En effet, les patients souhaitent souvent un transfert pour des raisons de langue maternelle, ou le médecin collabore plus étroitement avec certains hôpitaux dû au lieu d'implantation de son cabinet, ou il est d'avis que certaines thé-

Les auteurs aimeront remercier Magdalena Wicki et Robert Gmür du Service de la Santé publique du Canton de Fribourg pour leurs commentaires secourables.

\* Pour faciliter la lecture, seule la forme masculine sera employée par la suite, même si des personnes des deux sexes sont concernées.

Correspondance:  
Dr Thomas Plattner  
Service du médecin cantonal  
Chemin des Pensionnats 1  
CH-1700 Fribourg  
Tél. 026 305 79 80  
Fax 026 305 79 81

rapies ne sont à disposition que dans un milieu universitaire sans investigations préalables. Par cette manière de procéder, non seulement il rend un mauvais service à son patient, mais il court lui-même un risque non négligeable: Le patient peut effectivement le poursuivre en justice pour manque d'information sur les conséquences financières d'une hospitalisation extracantonale qui ne remplit pas les conditions prévues à l'art. 41 LAMal.

Dans certains cas, des patients se rendent dans une clinique hors canton pour un traitement ambulatoire. Si des complications exigeant un traitement stationnaire surviennent, ils argumentent qu'il s'agit d'une urgence survenue hors canton. Le Tribunal fédéral des assurances précise néanmoins que le canton de résidence n'a pas d'obligation de prendre en charge la différence des coûts «si une affection nécessitant des soins médicaux sans tarder survient dans un hôpital hors canton et qui est en relation temporelle et factuelle avec un traitement qui a eu lieu hors canton sans justification médicale.» Dans ce cas, le patient prend le risque que des complications surviennent et ne peut recourir à la prise en charge financière par le canton [3].

Juridiquement, le médecin est tenu de fournir au Médecin cantonal les informations médicales nécessaires à la prise de décision. Il s'agit du diagnostic actuel et des examens et traitements prévus ou déjà effectués. Il dépasserait le cadre de cet article d'approfondir la problématique de l'aspect juridique de la protection des données en relation avec le secret professionnel et de l'échange des informations avec les services de l'état et les assurances. Toutefois, il faut relever la transmission systématique des rapports de sortie puisqu'ils peuvent contenir des informations qui ne sont pas indispensables pour la prise de décision du médecin officiel. Dans la plupart des cas, une précision des raisons d'un transfert par le médecin traitant est suffisante (écriture lisible!). Malgré ce fait, nous avons besoin de certaines informations supplémentaires pour des cas particuliers et demandons, pour des raisons de simplification, le rapport de sortie. L'établissement d'un catalogue de questions individuelles et les réponses à donner augmenterait considérablement le travail administratif.

Il est également à noter que dans certains cas limites, nous devons être en mesure de cerner au mieux la situation et dépendons ainsi des informations supplémentaires. Il est difficile d'estimer l'importance de ces informations par rapport à une décision «correcte» sans ces dernières. Si le rapport de sortie devait contenir des informations qui ne sont de toute évidence pas nécessaires pour la prise de décision par le médecin officiel, le médecin traitant peut et doit biffer les passages en question avant d'en faire une copie pour le médecin officiel.

#### Remarques et conseils au corps médical

- Le médecin qui prévoit une hospitalisation hors canton doit vérifier la couverture d'assurance du

patient. Si ce dernier n'est pas au bénéfice d'une assurance complémentaire, il est à clarifier si le traitement prévu pourrait se faire dans un hôpital du canton de résidence. En cas de doute, il doit contacter le médecin de garde ou le médecin spécialiste de l'hôpital de référence du canton de résidence.

- Un médecin d'hôpital doit vérifier la couverture d'assurance lors de l'admission d'un patient venant d'un autre canton. Si ce dernier n'est pas assuré pour toute la Suisse, il doit être envoyé ou renvoyé dans un hôpital de son canton de résidence, si le traitement peut s'y faire et si le transfert est justifiable du point de vue médical.
- Avant une intervention programmée dans un hôpital extracantonale le médecin doit vérifier la couverture d'assurance du patient. Si celui-ci n'a pas une assurance complémentaire et ne veut pas payer lui-même la différence des coûts, il doit être transféré dans une clinique publique ou subventionnée par les pouvoirs publics qui figure dans la liste du canton de résidence. Ici également, le canton de résidence est obligé de participer aux coûts de traitement uniquement, si la prestation n'est pas disponible dans le canton de résidence.
- La demande «Garantie de paiement pour traitements extracantonaux» (le formulaire standard de la conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé est disponible sur le site internet [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) sous la rubrique thèmes-questions tarifaires-hospitalisations extracantonales. De nombreux cantons le mettent également à disposition sur leur site internet.) doit être rempli complètement et lisiblement, et envoyé dans les délais (pour des traitements planifiés, suffisamment avant l'entrée à l'hôpital) au service compétent du canton de résidence du patient. Pour la prise de décision, le médecin officiel doit être informé sur le diagnostic, les examens et les traitements prévus. Concernant les urgences, le lieu de la survenue (des symptômes déterminants!) doit être indiqué. Une brève justification de la nécessité (ou du libre choix du patient assuré pour toute la Suisse) de l'hospitalisation extracantonale facilitera la prise de décision du Médecin cantonal.

#### Références

- 1 Selon la recommandation 1 des Recommandations de la conférence des directrices et directeurs cantonaux de santé (CDS) pour la procédure concernant les subsides des cantons en cas de traitement hospitalier hors canton selon l'article 41.3 LAMal du 21 août 2003. [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tarifffragen/Ausserkant\\_Hospitalisationen/emaub08\\_revision\\_21082003-f.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tarifffragen/Ausserkant_Hospitalisationen/emaub08_revision_21082003-f.pdf)
- 2 Décision du Tribunal fédéral des assurances du 14 octobre 2002 (ATFA K 128/01).
- 3 Décision du Tribunal fédéral des assurances du 13 avril 2006 (ATFA K 81/05).

Hospitalisations hors-canton, 2<sup>ème</sup> partie [1]

## Des enjeux importants pour les patients – aussi après le 1<sup>er</sup> janvier 2012

Il est probable que l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal causera des problèmes considérables en lien avec le financement d'hospitalisations hors canton, surtout dans la phase initiale. Une fausse idée répandue dans la population et parmi nos confrères veut que les frontières cantonales soient totalement supprimées avec la nouvelle loi, ce qui risque de conduire à des hospitalisations qui ne remplissent pas les conditions nécessaires à la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons. L'article suivant donne des recommandations\* pour éviter ce genre de problèmes.

Thomas Plattner<sup>a</sup>,  
Magdalena Wicki Martin<sup>b</sup>,  
Robert Gmür<sup>c</sup>,  
Chung-Yol Lee<sup>d</sup>

- a Dr méd., Spécialiste en médecine légale, Médecin cantonal adjoint, Fribourg
- b Collaboratrice scientifique, Service de santé publique, Fribourg
- c Conseiller juridique, Service de santé publique, Fribourg
- d Dr méd., Spécialiste en médecine interne, Médecin cantonal, Fribourg

\* Voir en particulier le paragraphe «Conséquences et recommandations aux médecins» à la fin de l'article.

Correspondance:  
Dr Thomas Plattner  
Service du médecin cantonal  
Chemin des Pensionnats 1  
CH-1700 Fribourg  
Tél. 026 305 79 80  
thomas.plattner@fr.ch

### Introduction

Parallèlement à l'introduction d'un nouveau système tarifaire, la révision actuelle de la LAMal poursuit, en lien avec le financement hospitalier, le but d'assurer le libre choix du prestataire pour tous les résidents et résidentes suisses [2]. Pour cette raison, la différenciation entre «hôpitaux publics» et «cliniques privées» a été abandonnée et l'obligation de la prise en charge des coûts par l'assurance de base et les cantons a été étendue à tous les hôpitaux figurant sur une liste cantonale.

Le fait que les coûts couverts par les cantons ne se limitent, dans certaines situations, qu'au tarif intra-cantonal de référence n'est, de notre expérience, pas suffisamment connu du corps médical. Cette disposition peut pourtant signifier qu'une éventuelle différence des coûts soit facturée au patient, ou, subsidiairement, à son assurance complémentaire. Ce qui nous semble donc problématique, c'est que tant parmi les assurés que parmi les professionnels de la santé, l'avis semble de prévaloir que toutes les frontières cantonales en lien avec le financement hospitalier soient supprimées et que chaque patient puisse se faire traiter dans toute la Suisse, sans assurances complémentaires et sans garantie de paiement par le canton de résidence.

Par conséquent, il sera désormais d'autant plus important que les médecins – en cabinet et en milieu hospitalier – soient bien informés des conditions d'une participation des cantons aux coûts d'un traitement stationnaire, de manière à ce qu'ils puissent à leur tour informer leurs patients correctement. Ci-après, nous aimerions expliquer les nouvelles «règles du jeu» – telles que nous les interprétons actuellement – et donner quelques indications pratiques aux médecins.

### Bases légales et procédures administratives

Dès 2012, conformément à l'art. 39 de la LAMal, tous les hôpitaux figurant sur la liste d'un canton (hôpitaux répertoriés) ou qui ont un contrat avec un assureur (hôpitaux conventionnés) seront autorisés à pratiquer à charge de l'assurance maladie de base et cela indépendamment de leur statut légal, qu'il s'agisse d'un hôpital privé ou d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics.

Désormais, et dans le cadre de leur planification hospitalière, les cantons tiendront une liste de tous les prestataires stationnaires qu'ils estiment nécessaires à la couverture médicale de leurs résidents. Sur le principe, chaque canton est libre de choisir les prestataires qu'il veut mettre sur cette liste. Dans les faits, les cliniques et hôpitaux extra-cantonaux, voire certains départements ou même certaines prestations spécifiques ne seront admis sur cette liste que s'ils correspondent à un besoin non couvert par l'offre de prestations du canton.

Pour les traitements stationnaires extra-cantonaux et à condition de figurer sur sa liste accréditée, le canton couvrira au minimum 55% des coûts, et cela indépendamment du canton d'implantation de l'hôpital en question. Le coût résiduel sera couvert par l'assurance de base. Dès 2012, les patients pourront choisir librement le prestataire parmi les hôpitaux figurant sur la liste du canton de résidence (hôpitaux répertoriés) sans passer par une procédure de garantie de paiement.

En revanche, pour assurer une couverture complète de la part cantonale lors de traitements dans un hôpital figurant uniquement sur la liste du canton d'implantation ou d'un hôpital qui se trouve sur la liste d'un canton tiers ou encore d'un hôpital conven-

**Tableau 1**  
Modalités de financement.

Art. LAM (nouveau)	Hôpital	Garantie de paiement par le canton		Répartition des coûts
		Urgence*	Traitement électif	
41.1 et suivants	Hôpital sur la liste du canton de résidence	Pas nécessaire	Pas nécessaire	Assurance obligatoire de soins + canton de résidence
41.1. et suivants 41.3	Hôpital sur la liste du canton d'implantation	Dépend du canton, mais recommandée de manière générale	Nécessaire	<i>Urgence/garantie de paiement octroyée:</i> Assurance obligatoire de soins + canton de résidence
				<i>Pas d'urgence/garantie de paiement refusée:</i> Assurance obligatoire de soins + canton de résidence (au maximum jusqu'au tarif référence du canton de résidence) + patient/assurance complémentaire
49 a al. 3	Hôpital sur la liste d'un canton tiers**	Nécessaire	Pas de participation financière par le canton	<i>Urgence/garantie de paiement octroyée:</i> Assurance obligatoire de soins + canton de résidence  <i>Pas d'urgence/garantie de paiement refusée:</i> Assurance obligatoire de soins + patient/assurance complémentaire
49 a al. 3	Hôpital conventionné***	Nécessaire	Pas de participation financière par le canton	<i>Urgence/garantie de paiement octroyée:</i> Assurance obligatoire de soins + canton de résidence  <i>Pas d'urgence/garantie de paiement refusée:</i> Assurance obligatoire de soins + patient/assurance complémentaire

\* Le traitement doit être administré sans tarder et un transfert/une admission dans une clinique de la liste du canton de résidence n'est médicalement pas justifiable/possible.

\*\* Cliniques qui se trouvent ni sur la liste du canton de résidence ni sur la liste du canton d'implantation mais sur la liste d'un autre canton (par ex. cliniques de réhabilitation dont le propriétaire ne se trouve pas sur le sol du canton d'implantation).

\*\*\* Cliniques qui ont un contrat avec un ou plusieurs assureurs mais qui ne figurent sur aucune liste cantonale.

tionné (définitions voir tableau 1), une garantie de paiement demeure nécessaire. Pour ces hôpitaux, à défaut d'une garantie de paiement et selon l'art. 41 de la LAMal, le canton de résidence ne paiera que la partie correspondant au tarif de référence intra-cantonal (à l'exception des hôpitaux conventionnés où le canton ne participe pas aux traitements électifs). Il incombera donc au patient lui-même ou à son assurance complémentaire de s'acquitter du montant restant (voir tableau 1). Puisqu'il faut s'attendre, même avec un système tarifaire unique, à de grandes variations de tarifs entre les cantons, d'importantes conséquences financières pour les patients ne peuvent être exclues, notamment dans les cantons pratiquant des tarifs inférieurs à ceux des cantons voisins.

Comme aujourd'hui, la garantie de paiement sera octroyée s'il existe une raison médicale. Sont réputées raisons médicales les urgences et des traitements qui ne sont pas disponibles dans le canton de résidence du patient. Il appartiendra, comme aujourd'hui, à un médecin officiel, en règle générale le médecin cantonal, de décider si ces conditions sont remplies et d'autoriser la participation financière par le canton.

Selon la loi, les urgences sont en théorie exclues de cette nécessité d'une garantie de paiement. Or, le législateur ne définit toujours pas ce qu'il entend sous «urgence». Une interprétation fidèle à une décision du Tribunal administratif fédéral induirait que l'urgence est à considérer que si l'état de la personne qui doit être traitée ne permet pas son transfert dans un hôpital répertorié (figurant sur la liste du canton de résidence).

Ce qui est une urgence et ce qui ne l'est pas est donc une question d'interprétation. Face au risque d'abus de recours à la notion d'urgence pour bénéficier de la participation cantonale au financement d'hospitalisations hors-canton non justifiées, les cantons vont certainement accroître leur vigilance afin de vérifier le caractère d'urgence d'une admission indiquée comme telle et, le cas échéant, refuser la créance. La plupart des cantons vont sans doute insister sur une demande de garantie de paiement même pour les urgences. Concrètement, cela signifie que le patient qui ne dispose pas d'une assurance complémentaire couvrant la prise en charge des traitements dans toute la Suisse devra de préférence se rendre

dans une clinique figurant sur la liste de son canton de résidence, pour autant que la prestation y soit disponible, même en situation d'urgence, sauf s'il y a nécessité médicale d'un traitement immédiat dans la clinique non répertoriée la plus proche. De même, lors d'un traitement ambulatoire dans un autre canton, il y a lieu d'anticiper la survenue éventuelle de complications nécessitant une hospitalisation. En effet, le patient qui choisit un traitement ambulatoire dans une clinique non-répertoriée et sans nécessité médicale (le traitement aurait pu se faire dans une clinique de la liste de son canton de résidence) ne pourra pas recourir à la totalité de la participation financière par le canton en cas de complications qui nécessiteraient un traitement stationnaire hors canton [3].

Le tableau 1 (page 1586) qui suit tente de vous donner une vue d'ensemble des variantes possibles, et ceci en l'état actuel de nos connaissances; il n'est par conséquent pas exhaustif.

#### Conséquences et recommandations aux médecins

Il est probable que l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal causera des problèmes considérables en lien avec le financement d'hospitalisations hors canton, surtout dans la phase initiale. Une fausse idée répandue dans la population et parmi nos confrères veut que les frontières cantonales soient totalement supprimées avec la nouvelle loi, ce qui risque de conduire à des hospitalisations qui ne remplissent pas les conditions nécessaires à la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons.

Pour leur éviter des problèmes, il est demandé aux assurés, qui doivent au final assumer eux-mêmes la responsabilité du choix d'un hôpital et les éventuelles conséquences financières, de maîtriser la notion d'urgence, de connaître l'offre médicale de leur canton de résidence et d'être au fait de la liste cantonale des hôpitaux. De telles exigences ne sont à notre avis pas acceptables à l'égard des patients, d'où l'importance que nous accordons à une bonne information des médecins.

En respectant ces quelques indications, des problèmes devraient en principe pouvoir être évités:

- De manière générale, adressez vos patients à une clinique figurant sur la liste du canton de résidence, à moins que:
  - L'admission dans un hôpital hors de la liste du canton de résidence s'avère médicalement nécessaire (urgence ou/et prestation pas disponible dans une clinique sur la liste du canton de résidence, voir liste négative du canton de résidence ou se renseigner auprès de l'hôpital de référence du canton de résidence).
  - Le patient dispose d'une assurance complémentaire qui assure le traitement dans toute la Suisse et souhaite l'admission dans une clinique non-répertoriée par le canton de résidence.
- Examinez l'indication d'urgence. Une urgence au sens de la loi se présente uniquement lorsque l'état du patient ne permet pas son (re)transfert dans une clinique figurant sur la liste du canton de résidence.
- Soumettez toujours une demande de garantie de paiement au canton pour les admissions en cliniques ne figurant pas sur la liste du canton de résidence et cela aussi en cas d'urgence et aussi pour des patients qui disposent d'une assurance complémentaire. Pour des interventions électorales, cette demande doit être soumise suffisamment tôt, au minimum une semaine avant l'admission. Complétez entièrement le formulaire ad-hoc et de manière lisible. Les demandes lacunaires ou non-lisibles seront renvoyées.

#### Références

- 1 Partie I: Plattner T, Lee CY. Hospitalisations extra-cantonales – des enjeux importants pour les patients. Bull Méd Suisses. 2009;90(41):1588–9.
- 2 Au profit d'une meilleure lisibilité, la dénomination au masculin est désormais utilisée.
- 3 Décision du Tribunal administrative fédéral 14 octobre 2002 (AFTA K 128/01).
- 4 Décision du Tribunal administrative fédéral 13 avril 2006 (AFTA K 81/05).