

Prise en charge des frais d'hospitalisation dans une clinique privée 1

Par Jean-Michel Duc , avocat à Lausanne

Zusammenfassung

Der Autor geht in seinem Beitrag der Frage der Spitalkostenübernahme eines Patienten nach, der in einer Privatklinik untergebracht ist. Er zeigt die hierfür relevanten Bestimmungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG (SR 832.10), auf und weist auf die in diesem Bereich einschlägige Rechtsprechung hin.

1. Problématique

Nous examinerons la prise en charge des frais d'hospitalisation d'un patient dans une clinique privée.

A cet égard, nous pouvons nous poser deux questions:

- S'agissant d'une clinique privée, et plus particulièrement d'un établissement hospitalier non subventionné, mais faisant partie du plan hospitalier cantonal, le patient a-t-il droit à la prise en charge au moins partielle des prestations par l'assurance obligatoire LAMal?
- Par ailleurs, est-ce que le lieu de résidence du patient a des incidences sur le droit aux prestations? Et, dans l'affirmative, quelles en sont les conséquences, si le patient est domicilié dans un autre canton que celui du lieu d'établissement de la clinique?

La présente contribution se fonde sur les nouvelles dispositions de la LAMal adoptées le 21 décembre 2007 et sur la jurisprudence relative aux dispositions applicables antérieurement. 2 Rappelons à cet égard que cette nouvelle a notamment prévu au titre de dispositions transitoires que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a LAMal doit

être terminée au plus tard le 31 décembre 2011. Le Conseil fédéral a fixé les modalités d'introduction dans les dispositions finales de la modification de l'ordonnance OAMal du 22 octobre 2008.

2. Principes applicables

2.1 Droit à la contribution LAMal

2.1.1 Etablissement hospitalier au sens de la LAMal

2.1.1. Sont considérés comme des hôpitaux, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal). Leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseurs de prestations présuppose notamment:

- qu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et

- qu'ils figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal). 3

2.1.1.2 Est déterminant le point de savoir si l'établissement hospitalier peut pratiquer à charge de la LAMal...

A cet égard, d'une part, la clinique doit figurer sur la liste hospitalière du canton. D'autre part, elle doit être admise à fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins conformément aux dispositions de droit cantonal.

Relevons toutefois que le fait de figurer sur une liste ne donne pas une position juridique garantie pour l'avenir; en effet, la liste des hôpitaux a un caractère provisoire et peut être adaptée aux changements de la planification hospitalière. 4

2.1.1.3 Dans la mesure où la clinique privée est admise uniquement pour sa division privée, l'inscription sur la liste hospitalière a pour seul

SZS-2009-125

effet d'indiquer qu'elle remplit les exigences de la LAMal fixées à l'art. 39 al. 1 let. a à c. La liste hospitalière ne lui attribue aucun mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, car l'offre qu'elle représente n'est pas directement soumise à la planification hospitalière. 5

Les prestations que la clinique peut dispenser à charge de l'assurance maladie LAMal correspondent en principe à celles qu'elle est en droit de fournir en vertu de l'autorisation d'exploiter délivrée par les instances cantonales compétentes, sans restriction due aux impératifs de la planification. 6

2.1.2 Tarification

2.1.2.1 Rappelons que le domaine du financement hospitalier a été modifié par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

A cet égard, s'agissant d'un patient hospitalisé en dehors de son canton de résidence, il est utile de relever que le nouvel art. 41 al. 1^{bis} LAMal prévoit que «*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.*» La loi introduit donc le libre choix de l'établissement, mais dans la mesure où il s'agit d'un hôpital répertorié dans le canton où il est situé. Ainsi, en cas d'une hospitalisation dans un autre canton de celui de résidence de l'assuré, sans qu'il n'y ait de motif médical, la participation cantonale n'est plus supprimée comme c'était le cas avant

cette modification de la loi. Ceci ne signifie toutefois pas que la totalité des frais d'hospitalisation seront pris en charge, puisque le tarif de référence est celui du canton de résidence.

2.1.2.2 Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente.

SZS-2009-126

En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, la procédure décrite ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés correspondant au standard de la division commune (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal). 7

L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits, qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. Les art. 58a ss OAMal ont introduit des critères précis en termes de planification. Ainsi, les art. 39 al. 2 LAMal et 58d OAMal obligent les cantons à coordonner leur planification.

Le nouvel art. 49a al. 1 LAMal prévoit que les traitements hospitaliers sont pris en charge par le canton de résidence et les assureurs, selon leur part respective. A cet égard, l'alinéa 2 précise que *«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.»* L'alinéa 3 indique que *«Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42.»*

Remarquons enfin que l'art. 49a al. 4 LAMal permet aux assureurs de conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins avec des hôpitaux ou des maisons de naissance non répertoriés, dans la mesure où ceux-ci remplissent les conditions fixées par la loi (cf. art. 38 et 39, al. 1, let. a à c LAMal). Dans ce cas, cette disposition prévoit que la rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. L'art. 41 al. 3 LAMal ajoute que *«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.»*

2.1.2.3 Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit qu'il appartient au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés.

SZS-2009-127

Dans la mesure où une clinique est un établissement admis à fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins LAMal mais uniquement pour sa division privée, l'admission à pratiquer de la seule division privée a pour autre conséquence que la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du traitement hospitalier ne peut être calculée sur la base d'une convention tarifaire établie en conformité avec l'art. 49 LAMal (cf. art. 39 al. 1 let. e LAMal). Les prestations qu'il peut dispenser à charge de l'assurance-maladie correspondent en principe à celles qu'il est en droit de fournir en vertu de l'autorisation d'exploiter délivrée par les instances cantonales compétentes, sans restriction due aux impératifs de la

planification. 8

Lorsque l'assuré est hospitalisé dans un tel établissement, il n'a droit, conformément à la jurisprudence, qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection, qui, si elles n'étaient pas octroyées lors d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune et facturées à l'assureur maladie. 9

Ainsi, seules des prestations entrant dans le cadre de la LAMal peuvent être prises en charge par l'assureur LAMal lors d'un séjour dans un établissement privé ou semi-privé. Relevons encore que l'on ne peut se prévaloir de l'obligation de payer la différence qui ressort de l'art. 41 al. 3 LAMal, faute de raisons médicales de recourir au service de dite clinique. 10

2.1.2.4 S'agissant d'une clinique privée admise sur une liste cantonale pour ses divisions semi-privées et privées uniquement, il est exclu de déterminer la contribution de base en fonction d'un tarif calculé d'après les coûts imputables à une division commune fictive de l'établissement, c'est-à-dire comme si celui-ci était admis pour sa division commune. 11

SZS-2009-128

Dans un arrêt du 12 février 2004 concernant le séjour d'un assuré dans une clinique privée qui ne figurait sur la liste hospitalière du canton qu'avec la division privée et semi-privée et sans mandat de prestations, 12 le Tribunal fédéral des assurances a admis que soit prise en compte comme tarif de référence la moyenne des tarifs de la division commune des hôpitaux publics du canton.

En l'absence d'un tarif conventionnel ou officiel, la contribution de base doit être calculée selon un tarif de référence à fixer par l'assureur-maladie, ou, en cas de contestation, par le tribunal cantonal des assurances compétent. La contribution de base se détermine concrètement au cas par cas, par renvoi à des tarifs de référence applicables à des hôpitaux comparables admis pour leur division commune. 13

Dans un arrêt du 5 décembre 2007 [K 113/06], le Tribunal fédéral a confirmé la participation limitée d'une assurance-maladie à la prise en charge d'une hospitalisation à hauteur de CHF 1524.- sur un total de CHF 11 777.45. Notre Haute Cour a rappelé que dans le canton de Vaud, le tarif comprenait un forfait d'admission et un forfait journalier; ce tarif est calculé en l'occurrence en divisant la participation des assureurs-maladie au financement des patients A (aigus) LAMal vaudois hospitalisés en chambre commune dans les hôpitaux de soins somatiques par le nombre de journées prévues, après déduction du produit du nombre de cas par le forfait d'admission. La solution s'inscrivait dans le cadre de la jurisprudence rendue dans des cas similaires (RAMA 2004, p. 208).

En outre, le tarif respectait le principe de l'égalité de traitement (cf. ATF 131 V 107) dans le sens que tous les patients séjournant dans une clinique privée, dont l'offre n'a pas été retenue par la planification cantonale au titre de la division commune, sont traités d'une manière identique. Ce principe n'interdit pas des différences dans le remboursement de prestations de l'assurance obligatoire des soins selon que le patient a été hospitalisé en division commune d'un hôpital inclus dans la planification hospitalière cantonale ou en division privée ou semi-privée d'une clinique privée ne faisant pas partie d'une telle planification (cf. ATF 125 V 101).

SZS-2009-129

2.2 Distinction entre les assurés selon leur résidence

Selon l'art. 41 al. 3 LAMal, «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.» L'alinéa 3^{bis} de cette disposition précise que sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

Qu'en est-il lorsque l'assuré choisit un établissement hospitalier par pure convenance?

S'agissant d'assurés résidant dans des cantons dans lesquels la clinique n'est pas mentionnée dans la liste des hôpitaux qui peuvent pratiquer à charge de la LAMal,, 14 à teneur des dispositions légales applicables avant la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, la question se posait de savoir si, tirant argument de l'absence de mention de cette clinique dans le plan hospitalier du canton de résidence, l'assureur-maladie LAMal pouvait refuser toute prestation. 15

A cet égard, le Tribunal fédéral avait jugé que l'assuré a droit aux prestations LAMal,, même s'il a choisi pour des raisons de convenance personnelle de se faire soigner hors de son canton de domicile dans un établissement qui ne figure pas sur le plan hospitalier de son canton de résidence, mais figurait par contre sur celui du canton de situation de l'établissement. 16 Ajoutons également que, selon la Conférence des directions sanitaires (CDS), la liste consolidée d'un canton était reconnue dans les autres cantons.

Le nouvel art. 41 al. 1^{bis} LAMal introduit codifiée maintenant cette pratique, en prévoyant: *«En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le choix*

SZS-2009-130

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). (...)"

Quant au tarif applicable, est déterminant celui du lieu de résidence de l'assuré, même si l'établissement ne figure pas sur la liste établie par le canton de domicile. 17

3. Conclusions

Dans la mesure où les prestations sont allouées dans une clinique privée qui fait partie de la planification hospitalière cantonale du lieu de situation de celle-ci, le patient, qu'il réside dans le même canton que celui de l'établissement ou dans un autre canton, peut demander la prise en charge du montant correspondant au coût d'un séjour hospitalier de même durée en division commune du lieu de résidence de l'assuré. Par contre, si le traitement hospitalier est prodigué dans un établissement non répertorié dans la liste du canton du lieu de l'établissement, l'assureur et le canton prennent en charge leur part respective en cas d'urgence. Dans les autres cas, un accord préalable est nécessaire.

1 Je remercie M. Jacques Moullet, juriste à Helsana Assurances SA, pour ses précieux conseils.

2 A notre avis, les nouvelles dispositions légales ne devraient pas changer les principes jurisprudentiels cités.

3 ATF du 5 décembre 2007 (K 115/06).

4 RAMA 2002, page 233.

5 ATF du 5 décembre 2007 (K 115/06).

6 RAMA 2002, page 283.

7 BGE 125 V 101 consid. 3e ; RAMA 2001, page 426.

8 RAMA 2002, page 283, ATF du 5 décembre 2007 (K 113/06).

9 Contribution dite de base, «Sockelbeitrag», BGE 123 V 290.

10 BGE 123 V 290: L'obligation du canton de résidence de payer la différence de coûts existe en principe également lorsque l'assuré séjourne dans la division privée ou semi-privée d'un établissement; il suffit pour cela que l'hôpital ou la division concernée soit autorisé(e) à fournir des prestations au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal et que le traitement dans un hôpital situé hors du canton de résidence de l'assuré ait été motivé par des raisons médicales. Le montant à la charge du canton de résidence doit être fixé en fonction des tarifs de la division commune applicables, d'une part, aux patients d'un autre canton et, d'autre part, aux habitants du canton dans lequel est situé l'hôpital.

11 RAMA 2001, page 417.

12 RAMA 2004, page 208.

13 ATF du 14 septembre 2005 (K 28/05): Un assuré âgé de 82 ans se fait opérer de la cataracte dans un hôpital en division privée. Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé le refus de la caisse de prendre en charge dite opération et a limité la contribution de la caisse maladie à la base du forfait journalier des HUG.

14 RAMA 1999, page 365: Au sens de la jurisprudence, aucun canton n'est tenu d'inclure des établissements extracantonaux dans sa liste, sauf de petits cantons (AI) en vue d'assurer l'approvisionnement en soins de sa population.

15 ATF du 21 mars 2006 (K 137/04): Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé le refus du droit à toutes prestations en raison du fait que l'établissement ne figurait pas sur la liste hospitalière ou la liste des établissements médico-sociaux reconnus du canton de Genève; cf. également ATF du 21 mars 2006 (K 137/04): Il a par ailleurs confirmé que l'assuré ne pouvait se prévaloir du droit à la substitution de prestations.

16 RAMA 1999, page 462.

17 RAMA 1999, page 468, cf. art. 41 la. 1bis dernière phrase LAMal...