Urteilskopf

125 V 448

74. Arrêt du 30 août 1999 dans la cause ASSURA, Assurance maladie et accident, contre G. et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 39 Abs. 1 lit. d und e, Art. 41 KVG: Ausserkantonaler Spitalaufenthalt.

Leistungsanspruch eines Versicherten, der sich aus persönlichen und nicht aus medizinischen Gründen in einem Spital behandeln lässt, das nicht auf der Spitalliste seines Wohnkantons, jedoch auf derjenigen des Kantons, in welchem das Spital liegt, aufgeführt ist.

Regeste (fr):
Art. 39 al. 1 let. d et e, art. 41 LAMal: séjour dans un hôpital en dehors du canton.

Droit aux prestations d'un assuré qui, pour des raisons de convenance personnelle et non pour des raisons médicales, se fait soigner dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des établissements de son canton de résidence mais sur celle du canton où l'hôpital en cause a son siège.

Regesto (it):
Art. 39 cpv. 1 lett. d e e, art. 41 LAMal: degenza in un ospedale fuori Cantone.

Diritto a prestazioni dell'assicurato che per ragioni di convenienza personale, e non per motivi d'ordine medico, si fa curare presso un ospedale non figurante nell'elenco degli stabilimenti del suo Cantone di domicilio, bensì in quello del Cantone ove è situato l'ospedale in questione.

Sachverhalt ab Seite 448

BGE 125 V 448 S. 448

A.- G., domicilié dans le canton de Vaud, est affilié à la caisse-maladie ASSURA, Assurance maladie et accident (ci-après: la caisse).

BGE 125 V 448 S. 449

Par lettre du 6 janvier 1998, l'assuré a informé la caisse qu'il devait être opéré d'un glaucome bilatéral et que, pour des raisons personnelles, il désirait faire pratiquer cette intervention à l'Hôpital de l'Ile, à Berne. Il précisait que cet établissement hospitalier ne figurait pas "dans la planification hospitalière vaudoise" mais dans celle établie par le canton de Berne. Aussi invitait-il la caisse à lui garantir la prise en charge des frais occasionnés par cette hospitalisation. Par décision du 12 janvier 1998, la caisse a refusé sa garantie au motif que, dans le cas particulier, l'Hôpital de l'Ile, situé hors du canton de résidence de l'assuré et n'étant pas englobé dans la planification sanitaire du canton de Vaud, ne pouvait pas être considéré comme un fournisseur de prestations admis au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré a formé opposition

contre cette décision, en réitérant sa demande de garantie de prise en charge du traitement qu'il s'apprêtait à subir à Berne. La caisse a rejeté l'opposition par décision du 22 janvier 1998.

B.- Saisi par G. d'un recours contre la décision sur opposition, le Tribunal des assurances du canton de Vaud l'a admis par jugement du 18 août 1998 et il a réformé la décision attaquée dans le sens des considérants. En l'occurrence, l'autorité cantonale de recours a jugé que la caisse était tenue de garantir la prise en charge du séjour de l'assuré à l'Hôpital de l'Ile, à Berne, "conformément aux tarifs du lieu de domicile de l'assuré applicables à la salle commune".

C.- ASSURA interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande principalement la réforme dans le sens de sa décision sur opposition et, subsidiairement, l'annulation, la cause étant alors renvoyée à l'autorité cantonale pour nouveau jugement dans le sens des considérants. G. s'en remet à justice. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui, à la demande du tribunal cantonal, s'était déjà exprimé en première instance, propose de rejeter le recours.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Selon l'art. 41 al. 1 LAMal, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou

semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré. Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies: a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire; b. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal (art. 41 al. 2 LAMal). Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton (art. 41 al. 3, première phrase, LAMal). Enfin, selon l'art. 41 al. 4 LAMal, l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62 al. 1 et 3 LAMal); l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs, l'art. 41 al. 2 LAMal étant toutefois applicable par analogie; les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties. En l'espèce, le litige se circonscrit à la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des frais d'un traitement prodigué dans un établissement hospitalier extérieur au canton de résidence de l'assuré, sans que des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 2 let. b LAMal nécessitent le recours aux services de cet établissement.

2. a) S'appuyant d'une part sur l'absence de toute norme constitutionnelle donnant à la Confédération la compétence de s'immiscer dans les planifications hospitalières cantonales et, d'autre part, sur les travaux prépa-

ratoires de la LAMal, les juges cantonaux ont considéré que rien ne permet d'interpréter les dispositions légales en cause dans le sens restrictif défendu par la caisse. L'assuré est libre de se faire soigner, pour des raisons de convenance personnelle, dans un établissement hospitalier qui figure sur la liste d'un autre canton que celui où il réside. Dans ce cas, l'assureur, comme le prescrit l'art. 41 al. 1 LAMal, doit prendre en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

BGE 125 V 448 S. 451

b) La recourante, quant à elle, soutient qu'un assuré n'a le choix - hormis le cas où des raisons médicales imposent une exception à ce principe - qu'entre les établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins par son canton de résidence. Or, s'il n'est pas contesté que l'Hôpital de l'Ile figure sur la liste des établissements hospitaliers admis dans le canton de Berne, il ne se trouve pas, en revanche, sur la liste dressée par l'autorité vaudoise compétente et il n'existe, s'agissant de cet hôpital, aucune planification conjointe entre ces deux cantons. Par ailleurs, la recourante considère que la planification hospitalière cantonale a aussi pour but de limiter les surcapacités, en assurant de cette manière l'adéquation et le caractère économique des prestations, comme l'exige l'art. 32 al. 1 LAMal. A ses yeux, le libre choix tel que l'entendent les premiers juges irait à fin manifestement contraire des buts de la planification dont les cantons ont la responsabilité. Pour réfuter l'interprétation du tribunal des assurances, la recourante argumente aussi à partir du cas de la Clinique genevoise de Montana, située en Valais, qui figure sur la liste des établissements admis par le canton de Genève, mais pas sur celle du canton du Valais. Or, allègue-t-elle, l'OFAS lui-même reconnaît que cet établissement ne peut pas être considéré comme un fournisseur de prestations admis pour les résidents du canton du Valais. D'après elle, la seule hypothèse envisagée par l'art. 41 al. 1 LAMal pour le cas du traitement hospitalier est celle où l'assuré choisit un établissement situé hors de son canton de résidence mais qui figure sur la liste de ce canton. S'il est hospitalisé dans un établissement hors liste de son canton de résidence, il ne sera pas couvert par l'assurance obligatoire. Il n'y a dès lors pas de raison qu'il le soit s'il recourt aux services d'un établissement hospitalier situé hors de son canton de résidence et ne figurant pas sur la liste de celui-ci. Enfin, conclut-elle, on ne saurait, comme le font les premiers juges, lui reprocher de chercher à s'enrichir illégitimement au détriment de ses assurés, car si un assureur n'a pas l'obligation d'allouer ses prestations, l'appauvrissement de l'assuré qui doit supporter les frais d'une hospitalisation survenue dans ces conditions n'est pas la conséquence d'un enrichissement illégitime de sa caisse-maladie. c) L'OFAS, dans son préavis, rappelle qu'aux termes de l'art. 19bis al. 1, première phrase, LAMA, l'assuré avait le libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses et il ne distingue dans les travaux préparatoires de la LAMal aucun indice permettant de penser que le législateur entendait limiter

BGE 125 V 448 S. 452

dorénavant ce libre choix aux seuls établissements hospitaliers figurant sur la liste du canton de résidence de l'assuré. Tel ne saurait être, d'après lui, le sens de l'art. 41 LAMal. La planification hospitalière est contraignante pour les fournisseurs de prestations mais n'est pas destinée à restreindre la demande des assurés, si ce n'est de manière indirecte puisque l'art. 41 al. 1 LAMal limite l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assureur. La recourante s'est encore exprimée sur l'argumentation de l'OFAS en faisant observer que celle-ci vidait de leur contenu les art. 51 et 54 LAMal concernant le budget global des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Une telle mesure serait, d'après la caisse, impossible à pratiquer si les assurés avaient, comme le préconise l'OFAS, toute liberté de choisir l'établissement hospitalier où ils veulent se faire soigner, sans tenir compte de la planification établie par l'autorité compétente de leur canton de résidence.

3. a) L'argumentation de la recourante repose apparemment sur une confusion entre deux aspects du droit fédéral de l'assurance-maladie sociale qu'il importe pourtant de distinguer. D'une part, la loi fixe, de manière impérative, les conditions auxquelles un fournisseur de prestations peut être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 LAMal). C'est par exemple, pour les hôpitaux et autres institutions, l'objet de l'art. 39 LAMal, qui établit notamment un standard hospitalier minimum, savoir la garantie d'une assistance médicale suffisante, la mise à disposition du personnel qualifié nécessaire, ainsi que d'équipements médicaux adéquats, et la garantie de la fourniture adéquate des médicaments (art. 39 al. 1 let. a, b et c LAMal). D'autre part, l'art. 41 LAMal pose le principe du libre choix, par l'assuré, entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, mais il restreint la prise en charge des coûts de ces prestations en fonction de deux critères: le lieu de résidence ou de travail de l'assuré et les raisons médicales pouvant justifier le choix d'un fournisseur de prestations en dehors de ce lieu. Autrement dit, pour ce qui est du traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'art. 41 LAMal reconnaît à l'assuré le libre choix de l'hôpital parmi les établissements en Suisse répondant aux exigences de l'art. 39 LAMal. Cette liberté de choix ne fait que reprendre le principe auparavant consacré par l'art. 19bis al. 1 LAMA (voir par exemple ATF 112 V 191 consid. 2b) et que le législateur n'a pas voulu remettre en cause, bien au contraire (voir à ce sujet le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 151; DUC,

Statut des assurés dans des établissements médico-sociaux selon la LAMal, in: RSAS 1996 p. 295). La seule conséquence, pour l'assuré, du choix d'un fournisseur de prestations hors de son canton de résidence est un amoindrissement de la protection tarifaire dont il jouit selon l'art. 44 al. 1 LAMal, en ce sens que, sauf dans les hypothèses envisagées aux art. 41 al. 2 et 3 LAMal, c'est toujours le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et leurs environs qui s'applique. En revanche, le refus des prestations conduirait à une restriction considérable des droits des assurés par rapport au régime antérieur de la LAMA (cf. au surplus MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 72 sv.; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 315 ss; DUC, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997 [cité ci-après: LAMal-KVG], p. 359 sv.; du même auteur: Planification hospitalière, Quelques réflexions relatives à une décision sur recours du Conseil fédéral, in: PJA 1997 p. 462 sv., notes 10 ss). On notera que le Conseil fédéral s'est aussi exprimé dans ce sens dans l'argumentation qu'il a développée à propos de l'art. 41 LAMal dans sa décision du 21 octobre 1998 relative à la liste établie, en application de l'art. 39 al. 1 let. d LAMal, par le gouvernement du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures (RAMA 1998 no KV 54, p. 521, spéc. p. 547 sv. ad 4.1.3). Demeure réservé le cas particulier prévu à l'art. 41 al. 4 LAMal, mais qui n'est pas en discussion ici (voir à ce sujet DUC, "Autres formes d'assurance" au sens de l'article 41 alinéa 4 LAMal et hospitalisation, in: LAMal-KVG, p. 393 ss). A ces considérations s'ajoute un argument tiré de la systématique de la loi: c'est justement parce qu'il est possible de se faire soigner dans un établissement hospitalier situé à l'extérieur du canton de résidence qu'il existe une différence tarifaire, souvent importante, selon la provenance géographique de l'assuré. A défaut, on ne comprendrait pas pourquoi le législateur a édicté l'art. 41 al. 1, troisième phrase, et l'art. 41 al. 3 LAMal. b) Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, un hôpital (ou un établissement médico-social) doit, en plus des conditions déjà mentionnées (art. 39 al. 1 let. a, b et c LAMal), correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons, afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate

(art. 39 al. 1 let. d LAMal); il doit en outre figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (art. 39 al. 1 let. e LAMal). La planification est considérée comme un instrument important pour parvenir à une meilleure coordination des fournisseurs de prestations, une utilisation optimale des ressources et une maîtrise des coûts (message précité, p. 149; RAMA 1997 no KV 10 p. 262 consid. 4.2). Son exécution comme telle relève toutefois de la compétence exclusive des cantons, la Confédération ne pouvant exercer une influence en ce domaine que par le biais de la voie de recours prévue à l'art. 53 al. 1 LAMal (voir à ce sujet SPIRA, Les compétences des cantons en matière d'assurance obligatoire des soins, in: LAMal-KVG, p. 72 ss.; EUGSTER, op.cit., ch. 248). Les impératifs liés à l'exécution d'une planification sanitaire ne sauraient donc interférer sur les rapports entre assureurs et assurés, quant à l'étendue de leurs droits et obligations respectifs tels qu'ils sont réglementés par la LAMal. Le fait que la liberté de choix de l'établissement hospitalier risque d'affaiblir la portée d'une planification hospitalière cantonale ou de rendre plus difficile l'établissement d'un budget global au sens des art. 51 et 54 LAMal est certes en partie exact. Mais c'est un facteur - d'ailleurs statistiquement mesurable - qui doit être pris en compte par les planificateurs. Du reste, comme le relève l'OFAS, la LAMal incite - de manière indirecte - les assurés à se conformer à la planification établie par le canton de résidence en laissant à leur charge une partie - souvent importante on l'a vu - du coût des traitements s'ils se rendent, pour des raisons de convenance personnelle, dans un hôpital figurant sur la liste d'un autre canton (mais non sur celle du canton de résidence). On rappellera enfin que l'obligation de planification imposée aux cantons existait déjà avant l'entrée en vigueur de la LAMal, en vertu du droit d'urgence qui a ménagé la transition entre l'ancien et le nouveau droit (art. 8 de l'arrêté fédéral urgent sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie du 9 octobre 1992 [RO 1992 1838]; cf. SPIRA, loc.cit., p. 73 sv.), sans pour autant que fût remis en cause le libre choix de l'établissement hospitalier consacré alors par l'art. 19bis al. 1 LAMA. C'est pourquoi, l'argumentation de la recourante ne saurait, sur ce point non plus, emporter la conviction.

4. En l'espèce, il est constant que l'intimé envisageait de se faire soigner dans un établissement hospitalier admis au rang des fournisseurs de

prestations, dans la catégorie idoine, par le canton de Berne. C'est ainsi à bon droit que les premiers juges ont considéré que la caisse était tenue de garantir la prise en charge du séjour de l'assuré dans cet établissement selon les tarifs du lieu de domicile de l'assuré, même si l'établissement ne figure pas sur la liste établie par le canton de Vaud. Quant à savoir si l'assurance doit aussi couvrir les frais de traitement dans un établissement hospitalier ne figurant pas sur la liste du canton où il a son siège, mais sur celle d'un autre canton (par ex. la Clinique genevoise d'altitude de Montana), pour les résidents du premier canton, c'est une question qui n'a pas à être tranchée ici, car ce n'est pas l'objet du litige. Il suit de là que le recours est mal fondé.