

## **SKOS CSIAS COSAS**

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe  
Conférence suisse des institutions d'action sociale  
Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale  
Conferenza svizra da l'agid sozial

# **Aide médicale d'urgence / questions de financement pour des touristes et les personnes en transit**

## Sommaire

1. Situation de départ .....	3
2. Bases .....	3
2.1. Bases légales.....	3
2.2. Définition de l'urgence médicale.....	3
3. Recommandation concernant la gestion des demandes de garantie de paiement des prestataires de soins médicaux .....	3
3.1. Moment de la notification du cas.....	3
3.2. Informations devant figurer obligatoirement dans la demande de garantie de paiement: .....	3
3.3. Garantie subsidiaire de paiement .....	4
3.4. Réclamation d'une créance .....	4
3.5. Preuve de l'irrecouvrabilité .....	5
3.6. Etendue de la prise en charge des coûts.....	5
4. Missions de sauvetage et transports sanitaires .....	5
4.1. Missions de sauvetage.....	5
4.2. Transports sanitaires .....	6
5. Forfaits en cas de transferts de patients à l'intérieur de la Suisse .....	6

## **1. Situation de départ**

Les touristes tombant dans une situation d'urgence médicale en Suisse ont droit à l'aide. Etant donné que dans ces cas, il n'est souvent pas clair si les personnes concernées bénéficient d'une assurance suffisante ou si elles sont en mesure de régler les coûts par leurs propres moyens, les prestataires de soins médicaux adressent aux organes de l'aide sociale une demande de garantie (subsidaire) de paiement pour assurer le financement, à moins que d'autres bases légales cantonales existent. Cette demande est parfois associée à une demande de soutien de la personne concernée.

## **2. Bases**

### **2.1. Bases légales**

Selon l'art. 21 LAS, il incombe au canton de séjour d'accorder l'assistance nécessaire à une personne étrangère séjournant en Suisse sans y avoir de domicile qui a besoin d'une aide immédiate. Le canton de séjour pourvoit ensuite au retour dans le pays de domicile ou d'origine, à moins qu'un médecin ne déconseille le voyage. Le canton de séjour compétent est déterminé selon l'art. 11 LAS. Le droit de la personne concernée se limite à l'aide d'urgence (voir à ce sujet également le chiffre 3 du document concernant l'«Assistance des personnes étrangères d'Etats tiers» ainsi que le chiffre 9 du document concernant l'«Aide sociale et l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP)»).

### **2.2. Définition de l'urgence médicale**

On est en présence d'une urgence médicale, lorsque l'aide doit être apportée immédiatement, c'est-à-dire lorsque le traitement ne peut pas être repoussé au moment où la question de la prise en charge des coûts sera réglée. La décision définitive quant à la présence d'une urgence médicale est prise par un médecin.

## **3. Recommandation concernant la gestion des demandes de garantie de paiement des prestataires de soins médicaux**

### **3.1. Moment de la notification du cas**

Il est important que les prestataires de soins médicaux prennent très rapidement contact avec l'organe d'aide sociale compétent, notamment en cas de traitements d'urgence stationnaires. Ceci du fait que les coûts ne peuvent être pris en charge par l'aide sociale que tant que l'urgence persiste ou qu'un retour est impossible du point de vue médical et du fait qu'un rapatriement de la personne concernée devrait toujours être entrepris le plus rapidement possible. Les frais résultant du rapatriement tout comme les frais des traitements nécessaires peuvent être couverts par des moyens de l'aide sociale, tant qu'il n'existe pas d'autre couverture des coûts.

### **3.2. Informations devant figurer obligatoirement dans la demande de garantie de paiement:**

- l'identité complète de la personne concernée
- la désignation des éventuels tiers assujettis à des prestations (p. ex. caisse maladie, assurance voyage, déclaration de garantie)
- les données concernant la cause du traitement
- la confirmation de la présence d'une urgence
- le lieu de séjour effectif avant l'accident / la survenance de la maladie
- le moment et le lieu de l'accident ou de la survenance de la maladie
- l'instance ordonnant l'hospitalisation
- la durée prévue du séjour en hôpital

- le moment où la personne concernée pourra être transportée (si déjà prévisible) ainsi que le mode de transport recommandé.

Ces informations permettent d'examiner la compétence et servent de base de décision pour l'éten-  
due de l'aide d'urgence.

### **3.3. Garantie subsidiaire de paiement**

Une garantie subsidiaire de paiement est fournie si l'on peut s'attendre à ce que les prestations soient couvertes par d'autres, soit par la personne concernée elle-même ou par des tiers. Dans ces cas, la communauté ne s'engage vis-à-vis du prestataire qu'à condition que la personne concernée ou le tiers ne paie pas.

En ce qui concerne les prestataires de soins médicaux, une garantie subsidiaire de paiement basée sur le droit d'aide sociale n'est indiquée que s'il y a urgence et si la prise en charge des frais n'est pas encore établie. S'il n'y a pas urgence, on peut demander au prestataire de soins médicaux de faire au préalable le nécessaire pour assurer la prise en charge des frais. Lorsqu'une instance tierce a déjà assuré une prise en charge des frais, il n'y a plus lieu de fournir une garantie subsidiaire de paiement.

### **3.4. Réclamation d'une créance**

Du fait qu'une garantie subsidiaire de paiement se base sur l'hypothèse d'une autre couverture des frais, le prestataire doit prouver que sa créance ne peut être recouvrée. Il doit donc démontrer qu'il a entrepris toutes les démarches que l'on peut raisonnablement lui demander pour faire couvrir sa créance par d'autres.

#### a) Couverture par des assurances maladie et accidents pour les citoyennes et citoyens UE/AELE

Les citoyennes et citoyens UE/AELE disposent en règle générale d'une assurance maladie et accidents. C'est pourquoi le prestataire doit déposer ses factures en premier lieu auprès de l'Institution commune LAMal (IC LAMal; [www.kvg.org](http://www.kvg.org)) à Soleure. Celle-ci règle les cas de prestations en faveur des citoyennes et citoyens UE/AELE qui ont besoin d'accéder au système de santé suisse (p. ex. touristes). Les frais de traitement facturés par les hôpitaux, les médecins etc. sont préfinancés par l'IC LAMal et réclamés ensuite auprès des Etats correspondants. En cas d'absence de Carte européenne d'assurance maladie (EHIC/EVKV), l'hôpital doit fournir une attestation de refus de l'IC LAMal. Dans ces cas, les hôpitaux doivent se mettre en contact avec les organismes correspondants de liaison pour maladie dans les pays UE/AELE respectifs afin d'y obtenir une attestation de la non-existence d'une assurance ou, le cas échéant, de l'existence d'une assurance privée. Dans ce dernier cas, le prestataire doit réclamer sa créance auprès de l'assureur privé en faisant, le cas échéant, signer la patiente ou le patient une déclaration de cession. La raison pour laquelle l'assureur a refusé de fournir les prestations ou l'impossibilité effective de prise en charge du traitement effectué par l'assureur privé doit être compréhensible et plausible (pour l'attestation d'irrécouvrabilité, voir chiffre 3.5. ci-dessous).

#### b) Assurance voyage

Les ressortissants d'Etats tiers notamment disposent souvent d'une assurance voyage. Lorsque c'est le cas, le prestataire de soins médicaux doit déposer sa créance auprès de celle-ci en faisant, le cas échéant, signer à la patiente ou au patient une déclaration de cession. La raison pour laquelle l'assureur a refusé de fournir les prestations ou l'impossibilité effective de prise en charge du traitement effectué par l'assurance voyage doit être compréhensible et plausible (pour l'attestation d'irrécouvrabilité, voir chiffre 3.5. ci-dessous).

### c) Versements en dépôt

Il est admissible qu'en cas de couverture incertaine des coûts, les prestataires de soins médicaux demandent des versements en dépôt. En cas d'absence de versement en dépôt, il faudrait exiger une justification détaillée, étant donné que les personnes venant en Suisse en qualité de touristes, disposent de moyens financiers (argent en espèces, carte de crédit, chèques de voyage). Les dépôts (ou paiement immédiats) sont à demander également en présence d'une assurance voyage (tant pour les traitements ambulatoires que pour les traitements stationnaires) – notamment de la part des personnes ressortissantes d'Etats tiers. Ceci du fait que, d'après les expériences faites, l'assurance voyage refuse souvent de prendre les frais en charge (p. ex. en raison d'une maladie préexistante).

### d) Déclaration de garantie

En présence d'une déclaration de garantie (pour des visites aux membres de la famille etc.), on peut s'attendre à ce que le garant soit mis à contribution. Ceci jusqu'à concurrence de la garantie fournie.

### e) Décès de la personne concernée

En cas de décès de la personne concernée, la créance est transmise aux héritiers, pour autant que ceux-ci ne renoncent pas à la succession. Dans ces cas, le prestataire doit prouver que la créance n'a pas pu être couverte par la succession ou réglée par les héritiers.

## 3.5. Preuve de l'irrecouvrabilité

L'indigence de la personne concernée est la condition de la prise en charge par les moyens de l'aide sociale, également en cas de garanties subsidiaires de paiement. En règle générale, la preuve de l'indigence est fournie lorsque

- le prestataire a rappelé et mis en poursuite la personne concernée sans succès ou qu'il existe un acte de défaut de biens
- la personne concernée s'avère être introuvable si bien que la réclamation de la créance auprès d'elle-même est impossible
- il est prouvé qu'aucun tiers ne prend les frais en charge.

Lorsque des prestations de tiers, notamment d'assurances maladie ou accidents, sont en suspens, il faut prouver en outre que ceux-ci n'assument pas les frais. Le prestataire qui n'a pas demandé de paiement en dépôt ou de paiement direct ou alors d'un montant très faible doit justifier également ceci (voir chiffre 3.4 ci-dessus).

## 3.6. Etendue de la prise en charge des coûts

Etant donné que c'est au prestataire de prouver l'irrecouvrabilité de la créance, tous les frais liés au recouvrement de celle-ci sont à sa charge. Ainsi, seuls les coûts liés à la prestation fournie qui bénéficient d'une garantie de paiement peuvent être couverts par les moyens de l'aide sociale. Les frais de poursuite, de rappel, de recouvrement etc. doivent finalement être supportés par le prestataire.

## 4. Missions de sauvetage et transports sanitaires

### 4.1. Missions de sauvetage

Sur la base des «Directives concernant la prise en charge partielle par l'assistance publique (aide sociale) des frais de sauvetage irrécouvrables» de la Conférence des directeurs des affaires sociales (CDAS) de 1992 (ci-dessous: directives), les organisations de sauvetage peuvent faire valoir une

partie de leurs créances irrécouvrables auprès de l'organe d'aide sociale compétent sans garantie de paiement préalable. Les directives sont applicables à toute personne dont, au moment de la mise en alerte de l'organisation de sauvetage, la vie et l'intégrité corporelle sont menacées. Toutes les organisations de sauvetage (et pas uniquement la REGA) peuvent se référer aux directives. Les conditions pour faire valoir les créances vis-à-vis des organes de l'aide sociale sont les suivantes:

- la nécessité d'une aide immédiate et le caractère d'urgence de l'intervention
- l'adéquation des moyens de sauvetage et de transport
- le caractère irrécupérable des frais de sauvetage
- le consentement (tacite) de la personne concernée avec le recours à l'aide sociale
- l'utilité publique de l'organisation de sauvetage.

Les organisations de sauvetage supportent elles-mêmes 50% des prétentions irrécouvrables ainsi que les montants facturés de Fr. 1000 et moins.

#### **4.2. Transports sanitaires**

Les transports sanitaires font partie des prestations médicales au même titre que les soins médicaux. Les frais qui y sont liés peuvent être réclamés auprès des organes d'aide sociale compétents comme décrit sous le chiffre 3 ci-dessus à titre d'aide en cas d'urgence. Les conditions sont les mêmes. A noter que les transports sanitaires peuvent générer des frais également pour les patientes et patients assurés dans le cadre de l'aide en cas d'urgence, puisque les prestations des transporteurs sanitaires ne sont souvent pas couvertes intégralement par les assureurs.

#### **5. Forfaits en cas de transferts de patients à l'intérieur de la Suisse**

Selon le chiffre 3.4. des règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG (à consulter sous [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)), chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement. Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction. Ceci pour éviter que les indemnisations en faveur d'un patient traité dans plusieurs institutions rentrant dans le domaine d'application des règles de facturation SwissDRG soient globalement plus élevées que les indemnisations des soins prodigués dans une seule institution.