

Avis

sur des questions de compétence dans les
domaines de l'assurance-maladie et de l'assurance
complémentaire

établi à l'intention du
Département de la santé et de l'action sociale de
l'État de Vaud

par

le prof. Ueli Kieser, Berne/Saint-Gall

Sommaire

1	Mandat.....	2
2	Remarque liminaire	2
3	Points à clarifier	3
4	Ossature de l'avis.....	3
5	Rémunération des prestations – Ligne de partage entre assurance-maladie et assurance complémentaire	3
6	Exigences générales s'agissant des décomptes de prestations.....	4
7	Compétence pour vérifier la double facturation éventuelle d'une prestation	4
7.1	Point de départ	4
7.2	Ligne de partage : définition générale du périmètre licite de l'assurance complémentaire vs vérification dans un cas d'espèce	5
7.3	Récapitulatif : éclaircissement de la question de la compétence en cas de double facturation (illicite) éventuelle.....	6
7.4	Répartition de principe des compétences au sein de l'assurance-maladie	6
8	Résultat intermédiaire	7
8.1	Point de départ	7
8.2	Compétence des assureurs maladie	7
8.3	Compétence de l'OFSP.....	8
8.4	Compétence de la direction cantonale de la santé	8
8.5	En particulier : licéité de vérifications cantonales quant à des doubles facturations éventuelles à une assurance complémentaire	8
9	Conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal.....	9
9.1	Teneur de l'art. 49a, al. 4 LAMal	9
9.2	A propos de la genèse de l'art. 49a, al. 4 LAMal.....	9
9.3	Jurisprudence relative à l'art. 49a, al. 4 LAMal	9
9.4	L'art. 49a, al. 4 LAMal dans la littérature spécialisée	11
10	Assujettissement à approbation des conventions tarifaires en général.....	11
11	Approuvabilité et assujettissement à approbation des conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ?	11
11.1	Une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal n'est pas une convention tarifaire	11
11.2	Pouvoir de contrôle sous l'angle de la législation sur la santé	12
12	Résultat intermédiaire	12
13	Applicabilité d'autres dispositions de l'assurance-maladie aux hôpitaux conventionnés	13
13.1	Principe de base	13
13.2	Interdiction des doubles factures pour les hôpitaux conventionnés.....	14
13.3	Compétences de contrôle cantonales auprès des hôpitaux conventionnés	14
14	Réponses aux questions posées	14

1 Mandat

Le 19 août 2016, le soussigné a été sollicité pour produire un avis sur des questions de compétence dans les domaines de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire. Après qu'il y a donné son accord de principe, le mandat de réaliser l'avis lui a été confié et les points à éclaircir ont été définis.

2 Remarque liminaire

Le présent avis a été établi en toute indépendance. Il cite toutes les sources utilisées et mentionne les incertitudes éventuelles quant à l'appréciation à porter sur telle ou telle question. Il va de soi qu'aucune garantie ne peut être donnée que les interprétations que le présent avis considère comme correctes coïncident avec celles que seront appelées à faire les autorités politiques, les services de l'administration ou les autorités judiciaires.

3 Points à clarifier

L'avis répondra aux questions suivantes :

- Quelle est l'autorité compétente pour éclaircir si une clinique privée facture les prestations médicales fournies par elle à la fois à l'assurance-maladie et à l'assurance complémentaire ? L'autorité cantonale ? L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ? L'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) ? L'assureur maladie ?
- Quelle est l'autorité compétente pour approuver les conventions visées à l'art. 49a, al. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ?

4 Ossature de l'avis

Le présent avis aborde successivement les deux points à éclaircir. Il examine d'abord la problématique des compétences en cas de double facturation (ch. 5 à 7) et un résultat intermédiaire est présenté (ch. 8). La deuxième question, celle de la compétence pour approuver les conventions visées à l'art. 49a, al. 4 LAMal, est étudiée subséquentement (ch. 9 à 11). Un résultat intermédiaire est présenté là aussi (ch. 12). Puis, l'avis examine quelles dispositions de la législation sur l'assurance-maladie sont applicables aux hôpitaux conventionnés (ch. 13). Finalement, il est répondu aux questions posées (ch. 14).

5 Rémunération des prestations – Ligne de partage entre assurance-maladie et assurance complémentaire

Les questions à examiner concernent la rémunération des prestations dans le domaine de l'assurance-maladie et dans celui de l'assurance complémentaire. Le problème qui intéresse spécialement est que la rémunération d'une seule et même prestation est susceptible d'être demandée auprès de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire ; dans ces conditions, il y a lieu d'examiner d'abord avec la concision qui sied si les rémunérations parallèles assurance-maladie/assurance complémentaire sont licites, et dans l'affirmative, à quelles conditions.

Pour tirer la ligne de partage entre lesdits domaines, il faut prendre la législation sur l'assurance-maladie comme point de départ. Ce domaine connaît le principe de la protection tarifaire¹, c'est-à-dire que les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix définis pour l'assurance-maladie et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée. Il s'ensuit que des *honoraires supplémentaires* peuvent être demandés uniquement pour des prestations qui ne sont pas incorporées au périmètre de l'assurance-maladie (« prestations supplémentaires »).² La littérature spécialisée donne des explications claires à ce sujet :³

« La protection tarifaire interdit aux fournisseurs de prestations d'établir des factures supplémentaires pour des prestations dont la rémunération ressortit à l'assurance obligatoire des soins (AOS). La protection tarifaire se rapporte expressément aux seules prestations prises en charge par la LAMal.

La protection tarifaire et l'interdiction d'honoraires supplémentaires pour des prestations obligatoires selon la LAMal sont absolues. L'interdiction vaut même si l'assuré consent aux honoraires supplémentaires. Ce cadre tarifaire contraignant s'agissant des prestations obligatoires restreint la liberté de contracter des fournisseurs de prestations reconnus selon la LAMal.

¹ A ce sujet : cf. infra ch. 7.1

² A ce sujet : ATF 126 III 345 et 130 I 306, ainsi que EUGSTER, *Krankenversicherung*, ch. 1250 s.

³ Cf. (outre la citation qui suit) les contributions de EUGSTER (*Unterscheidung*), MAURER et VIRET. S'agissant de questions touchant spécifiquement les assurances complémentaires, cf. les contributions de RASELLI et STREIT.

La limitation de l'autonomie contractuelle induite par la protection tarifaire ne concerne pas uniquement les fournisseurs de prestations ; elle s'applique aussi aux assureurs et aux assurés.

Font exception les prestations qui ne sont pas incorporées au périmètre de l'AOS. On les appelle « prestations supplémentaires (réelles) ». La protection tarifaire ne s'applique pas à ces prestations hors LAMal. Les fournisseurs de prestations peuvent facturer séparément les prestations supplémentaires réelles. L'AOS ne saurait payer les factures correspondantes ; il appartient à l'assuré ou à l'assurance complémentaire de les régler. Indirectement, la protection tarifaire visée à l'art. 44, al. 1, LAMal tire ainsi une ligne de partage entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire.

Il s'ensuit que les contrats d'assurance complémentaire peuvent stipuler des rémunérations supplémentaires uniquement pour des prestations hors LAMal. Il peut s'agir de prestations médicales, thérapeutiques ou de soins, ou encore de médicaments, de moyens ou d'objets, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'AOS. Par exemple : les frais de pension en établissement médico-social. »⁴

6 Exigences générales s'agissant des décomptes de prestations

La question au cœur de la problématique qui intéresse ici est celle de la vérification des décomptes de prestations. Les exigences auxquelles les factures doivent satisfaire dans le domaine AMal sont énoncées à l'art. 42, al. 3, LAMal. La teneur de cette disposition est :

« Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails. »

7 Compétence pour vérifier la double facturation éventuelle d'une prestation

7.1 Point de départ

La question posée se réfère au problème qu'une seule et même prestation est susceptible d'être facturée indûment à deux reprises, à l'assurance-maladie et à l'assurance complémentaire. Le point de départ pour apprécier qui est compétent pour vérifier les doubles facturations de ce genre est la règle sur la protection tarifaire énoncée à l'art. 44 LAMal. L'al. 1 de cette disposition a la teneur suivante :

« Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, al. 1, let. a, ch. 3) est réservée. »

Dans le contexte qui intéresse ici, l'interdiction d'établir deux décomptes est donc inscrite dans la *législation sur l'assurance-maladie*. On lit dans la LAMal que ne saurait être exigée « de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi ». Par conséquent, la ligne de partage tirée dans la législation sur l'assurance-maladie doit servir de base pour définir le périmètre des prestations prises en charge par une assurance complémentaire. Une assurance complémentaire ne saurait faire abstraction des prestations obligatoires de l'assurance-maladie, qui

⁴ Source : DOMENIG, ch. 450-453. Explications détaillées au sujet des « prestations supplémentaires » dans le domaine LAMal : WOHNLIICH, *passim*.

ressortissent au droit public, ni prévoir de rémunération pour des prestations déjà prises en charge en vertu de la législation sur l'assurance-maladie.

La protection tarifaire et ses conséquences (telles que l'interdiction de toute rémunération supplémentaire par une assurance complémentaire) sont donc fondées sur la *législation sur l'assurance-maladie* et l'art. 59 LAMal le confirme. Cette disposition décrit les sanctions dont sont passibles les fournisseurs de soins. Elle prévoit expressément que le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44 ou la manipulation frauduleuse de décomptes peut entraîner des sanctions spécifiques au domaine de l'assurance-maladie. L'art. 59, al. 3, LAMal a la teneur suivante :

« Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'al. 1 :
[...]

d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44;

[...]

f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité. »

L'analyse des dispositions de la *législation sur l'assurance-maladie* montre ainsi que celle-ci est le *fondement unique* de l'interdiction d'établir deux factures dans le contexte qui intéresse ici. La législation sur l'assurance-maladie prévoit expressément l'interdiction de toute rémunération plus élevée et, en cas de manquements correspondants, des sanctions spécifiques au domaine de l'assurance-maladie.

7.2 Ligne de partage : définition générale du périmètre licite de l'assurance complémentaire vs vérification dans un cas d'espèce

La question posée se rapporte à la vérification d'une double facturation illicite éventuelle dans un *cas d'espèce*. Il ne s'agit donc pas d'apprécier de façon générale si telle ou telle obligation de prise en charge ressortissant au droit de l'assurance complémentaire serait ou non licite. Dès lors qu'il s'agit d'évaluer s'il y a ou non double facture illicite dans un cas d'espèce, l'examen se basera sur la législation sur l'assurance-maladie en tout état de cause. Un arrêt concernant une affaire dans laquelle il s'agissait pour le Tribunal fédéral (II^e Cour de droit social) d'établir s'il y a ou non double facturation illicite le montre (arrêt 9C_725/2008). On y lit :

« Nul ne conteste que le transport sur lequel porte le litige est un transfert médicalement nécessaire d'un hôpital vers un autre. Les transports de ce genre ne tombent pas sous le coup de la prise en charge limitée des coûts visée à l'art. 25, al. 2, let. g. LAMal ; ils participent du traitement en milieu hospitalier au sens de l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal et l'AOS les prend en charge intégralement (art. 33, let. g, 2^e partie de la phrase, OAMal [RS 832.10] ; ATF 130 V 424 consid. 3.6 p. 432). S'agissant des patients en division commune, les coûts de transports de ce genre sont compris dans le forfait de traitement (art. 49, al. 1, LAMal) à moins qu'il n'ait été décidé de les traiter séparément sur la base de l'art. 49, al. 2, LAMal (ATF 130 V 424 consid. 3.6 p. 432). Les modalités de facturation chez un patient en division privée sont controversées. La question soulevée est celle de la portée de la protection tarifaire (art. 44, al. 1, LAMal). Dès lors qu'une obligation de rémunérer (qui irait au-delà du montant forfaitaire) est exclue dans l'AOS, la caisse maladie concernée a un intérêt propre à ce que soit constaté si la facture d'un fournisseur de prestations à son assuré viole ou non la protection tarifaire. Ainsi, l'autorité précédente s'est déclarée compétente à juste titre (art. 89, al. 1, LAMal ; ATF 132 V 352 consid. 2.5.4 p. 356 ; RAMA 2005 no KV 314 p. 15, K 141/02 consid. 3.3). »

La conclusion serait peut-être différente si, par hypothèse, il s'agissait d'examiner une *règle générale et abstraite*.⁵ Mais dans le contexte qui intéresse ici, on peut ignorer cette question puisque, comme cela a été dit, l'enjeu est la vérification d'une double facturation illicite éventuelle dans un cas d'espèce.

⁵ A ce sujet : cf. par ex. l'arrêt 5P.74/2004 du Tribunal fédéral (II^e Cour civile) du 31.8.2014.

Il est ainsi établi que la vérification qui intéresse ici, dans un cas d'espèce, se basera sur la législation sur l'assurance-maladie.

7.3 Récapitulatif : éclaircissement de la question de la compétence en cas de double facturation (illicite) éventuelle

Se basant sur les principes exposés précédemment, le tableau ci-après montre comment traiter la question de la compétence en cas de double facturation illicite éventuelle.

Objet de la vérification	Compétence pour la vérification	Exemple/remarque
Modalités du règlement de l'assurance complémentaire	Approbation éventuelle du règlement par l'autorité compétente	Les dispositions réglementaires qui prévoient la rémunération de prestations prises en charge selon le régime LAMal sont interdites.
Application du règlement de l'assurance complémentaire	Dénonciation à l'autorité de surveillance de l'assurance complémentaire (c.-à-d. la FINMA) Clarification judiciaire	Rémunération par une assurance complémentaire d'une prestation qui a déjà été prise en charge selon le régime LAMal
Application du droit dans le domaine LAMal	Autorité compétente selon la LAMal	Pour des détails : cf. le tableau au point 7.4

7.4 Répartition de principe des compétences au sein de l'assurance-maladie

Comme nous l'avons montré, la vérification de l'existence éventuelle d'une double facturation illicite est en principe régie par la législation sur l'assurance-maladie. Au sein de ce domaine du droit, d'autres questions de délimitation se posent. Le tableau ci-après montre les lignes de partage. Il traite uniquement de la répartition des compétences au sein de l'assurance-maladie. Selon le point à contrôler, différents services et autorités sont compétents :

Point à contrôler	Compétence pour le contrôle	Exemple/remarque
Question 1 : Le fournisseur de prestations satisfait-il toujours aux conditions d'admission ?	Autorité chargée des admissions Exemple : art. 58b OAMal « Planification des besoins en soins » (al. 4) : « Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte: a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ; »	L'admission d'institutions de soins stationnaires procède de décisions cantonales. L'autorité cantonale chargée des admissions (en général : la direction cantonale de la santé) peut contrôler si un établissement admis remplit toujours les conditions requises. L'une de ces conditions est le respect des dispositions sur le principe d'économie, dont fait partie celle sur la protection tarifaire.
Question 2 : La protection tarifaire est-elle respectée ?	1. Dénonciation à l'OFSP (par l'assureur-maladie, l'assuré, une autorité, etc.) 2. Dénonciation à la direction cantonale de la santé	1. L'OFSP est l'autorité chargée de la surveillance générale de la mise en œuvre de l'assurance-maladie. Elle est donc compétente pour le traitement des dénonciations à l'autorité de surveillance concernant le non-respect de la protection tarifaire.

		2. La direction cantonale de la santé surveille l'activité des personnes et des organisations titulaires d'autorisations ressortissant à la législation sur la santé publique. Indirectement, la violation de la protection tarifaire peut avoir des conséquences sur la poursuite de l'activité.
Question 3 : Y a-t-il lieu de prononcer une sanction ?	Art. 59, al. 2, LAMal : « Le Tribunal arbitral au sens de l'art. 89 prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs. » L'assureur-maladie est compétent pour l'examen de l'opportunité d'engager une procédure de sanction.	Le non-respect de la protection tarifaire peut donner lieu à une sanction (à ce sujet : art. 59, al. 3, LAMal).

8 Résultat intermédiaire

8.1 Point de départ

La *législation sur l'assurance-maladie* est le point de départ pour apprécier dans un cas d'espèce si une prestation a éventuellement été facturée deux fois de façon illicite. Dans ce domaine du droit, celui de l'assurance-maladie (sociale), aucune rémunération supplémentaire ne peut être exigée. Le fournisseur de prestations qui ignorerait cette règle est passible de sanctions spécifiques au domaine LAMal. Il s'agit donc d'examiner plus avant quels acteurs cette législation habilite ou oblige à entreprendre des démarches pour prévenir la double facturation illicite de prestations – et à quelles conditions.

On constatera d'abord que dans la législation sur l'assurance-maladie, différents services et autorités sont appelés à intervenir en cas de double facturation éventuelle. Les détails sont présentés ci-après.

8.2 Compétence des assureurs maladie

S'il s'agit d'éclaircir si la protection tarifaire a été respectée, la balle peut être dans le camp de l'assureur maladie concerné. Celui-ci est responsable du contrôle des décomptes de prestations au premier chef. En cas de soupçon quant à une double facturation éventuelle, il peut sommer les fournisseurs de prestations de répondre à des questions. Sont réglementairement tenus de renseigner les fournisseurs de prestations qui ont établi les décomptes à charge de l'assurance-maladie. Dans le domaine stationnaire, il s'agit de l'hôpital, et ce même dans les cas qui ont requis l'intervention d'un médecin agréé indépendant par exemple.

Selon l'art. 59, al. 2, LAMal, il incombe à l'assureur maladie d'engager la procédure devant le tribunal arbitral concerné s'il y a lieu de prononcer une sanction à l'encontre d'un fournisseur de prestations. Cette mesure est très efficace pour obtenir qu'une sanction soit prononcée lorsqu'une double facturation a été constatée.

8.3 Compétence de l'OFSP

La dénonciation à l'OFSP en sa qualité d'autorité de surveillance est en principe possible. L'OFSP exerce un contrôle général sur l'exécution de la législation sur l'assurance-maladie ; à ce titre – en principe du moins – il est compétent notamment pour les indices qu'un fournisseur de prestations violerait la protection tarifaire. Il ne saurait se retrancher derrière l'argument qu'il lui incomberait de surveiller les seuls assureurs maladie (à ce sujet : les dispositions de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, RS 832.12). En effet, l'art. 76, al. 1, de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales dispose que le Conseil fédéral surveille « la mise en œuvre des assurances sociales », ce qui suppose que l'OFSP contrôle tout le domaine de l'assurance-maladie.

8.4 Compétence de la direction cantonale de la santé

L'autorité cantonale est compétente s'il y a lieu de considérer, au regard d'une double facturation illicite éventuelle, que les conditions d'admission pour exercer à charge de l'assurance-maladie ne sont pas (ou plus) remplies. En règle générale, elle est compétente pour l'octroi des autorisations ressortissant à la législation sur la santé. Une faute commise en relation avec une double facturation illicite est un élément qui peut être pris en considération dans la décision cantonale d'accepter ou de refuser l'octroi ou le renouvellement de ce genre d'autorisation.

Si l'on affine à un établissement hospitalier, la première disposition à considérer est l'art. 58b, al. 4 let. a OAMal. Elle mentionne la qualité et le caractère économique de la fourniture des prestations ; la facturation correcte en fait partie. S'agissant des personnes exerçant une profession médicale, signalons l'art. 40 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (RS 811.11), selon lequel la défense des droits des patients fait partie des devoirs des personnes autorisées à exercer. En cas de violation de dispositions de la législation sur l'assurance-maladie qui invite à considérer que le volet sanitaire des conditions de l'autorisation ne sont pas (ou plus) remplies, la direction cantonale de la santé peut procéder aux vérifications correspondantes.

8.5 En particulier : licéité de vérifications cantonales quant à des doubles facturations éventuelles à une assurance complémentaire

Nous avons vu qui est en principe compétent pour procéder à des contrôles. La question qui nous intéresse en particulier est celle de la compétence des cantons pour procéder à la vérification de doubles factures éventuelles.

Si une direction cantonale de la santé est confrontée à un cas éventuel de double facture illicite en rapport avec des hôpitaux admis ou conventionnés selon l'art. 49a, al. 4 LAMal⁶, il est clair qu'elle est habilitée à examiner le décompte de l'assurance-maladie et le décompte à la charge de l'assurance complémentaire. Il est indispensable de considérer les deux domaines ; sinon, il est impossible d'établir s'il a éventuellement été procédé à une double facturation illicite. Pour ce même motif, la direction cantonale de la santé peut exiger de pouvoir consulter une facture qui aurait éventuellement été établie à la charge de l'assurance complémentaire. Dans le cas contraire, la vérification d'une violation éventuelle de l'interdiction de factures supplémentaires lui serait impossible.

Au regard des explications qui précèdent, la direction cantonale de la santé est compétente pour procéder à un examen qui aurait pour objet une double facturation illicite éventuelle, et ce dans

⁶ A ce sujet : ch. 13.

l'optique de l'admission LAMal de l'établissement concerné⁷ et (indirectement) dans celle de l'autorisation ressortissant à la législation sur la santé.⁸

9 Conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal

9.1 Teneur de l'art. 49a, al. 4 LAMal

« Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2. »

9.2 A propos de la genèse de l'art. 49a, al. 4 LAMal

Il y a lieu d'abord se pencher brièvement sur la genèse de l'art. 49a, al. 4 LAMal. Elle est résumée dans un arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF) dont voici un extrait :

« 4.4.4 Le Conseil des Etats et le Conseil national ont débattu du champ de tension entre planification et concurrence, spécialement en relation avec l'introduction du libre choix de l'hôpital et des hôpitaux conventionnés. Plusieurs députés ont estimé que cela saperait la planification hospitalière des cantons et qu'un mélange des deux systèmes (planification d'une part, libre marché de l'autre) devait être évité (cf. par ex. Alain Berset [BO 2006 E 50], Stéphane Rossini [BO 2007 N 457], Hugo Fasel [BO 2007 N 457] et le rapporteur de la commission Yves Guisan [BO 2007 N 458]). » Il y a été objecté que le libre choix de l'hôpital encouragera à réfléchir en termes de grandes régions de soins, contraindra les cantons à se coordonner et débouchera sur une planification plus intercantonale, ce qui contribuera en particulier à réduire les surcapacités (cf. Jacqueline Fehr, Pierre Triponez [BO 2007 N 440], le conseiller fédéral Pascal Couchepin [BO 2007 N 441], la rapporteure de la commission Ruth Humbel [BO 2007 N 441 s.]). S'agissant des hôpitaux conventionnés, il a été souligné que la part des prestations AOS fournies par eux sera marginale et n'aura pas d'influence déterminante sur la planification (cf. Roland Borer [BO 2007 N 456] et spécialement le conseiller fédéral Pascal Couchepin [BO 2007 N 458]). Il a été dit encore que la classification des établissements en hôpitaux répertoriés (c.-à-d. figurant sur la liste), hôpitaux conventionnés et autres hôpitaux introduira dans le projet une base pour les forfaits de coûts par cas mais aussi un élément de concurrence. Les hôpitaux répertoriés seront ainsi exposés à des comparaisons au plan de la qualité et des coûts avec les hôpitaux qui sont seulement conventionnés. De plus, on préviendra l'hypertrophie de la planification cantonale des besoins et l'augmentation des volumes par rapport à la situation actuelle (Urs Schwaller [BO 2006 E 51]). Le conseiller fédéral Pascal Couchepin a souligné que la question ne se posait pas en termes de planification ou de marché libre : 'Il faut à la fois de la planification, parce que c'est probablement un instrument qui permet de juguler un certain nombre de coûts, et un marché libre, parce que c'est quelque chose qui permet de développer des initiatives et d'être créatif, et qui exerce aussi une certaine pression sur la planification si elle a été faite de manière complaisante ou inefficace' (BO 2006 E 53). Finalement, le conseiller fédéral Pascal Couchepin a signalé qu'il y aura toujours des personnes qui se feront traiter dans un hôpital ne figurant pas sur la liste ou dans un hôpital extra-cantonal et que les cantons devront gérer différentes incertitudes dans leur planification (BO 2007 N 441 et 458, cf. aussi BO 2006 E 53). »⁹

9.3 Jurisprudence relative à l'art. 49a, al. 4 LAMal

Dans un arrêt de 2012, le TAF émet des considérations sur l'interprétation de l'art. 49a, al. 4 LAMal. Nous reproduisons ici les consid. 4.6 et 4.8 :

«4.6 La situation juridique d'un hôpital conventionné selon l'art. 49a al. 4 LAMal diffère de celle d'un hôpital répertorié. En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix parmi les hôpitaux figurant sur la liste (art. 41 al. 1^{bis} LAMal). Les hôpitaux

⁷ A ce sujet : question 1 du tableau au ch. 7.4.

⁸ A ce sujet : question 2 du tableau au ch. 7.4.

⁹ Extrait de l'arrêt C 6266/2013 du TAF, consid. 4.4.4.

répertoriés ont un mandat de prestations public : en vertu de l'art. 41a al. 1 LAMal, ils doivent garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton dans lequel est situé l'hôpital (obligation d'admission) dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités. L'hôpital doit s'organiser de façon à pouvoir remplir son mandat de prestations et en mettant à disposition les capacités nécessaires (cf. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, in : Murer/Stauffer [édit.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich/Bâle/Genève 2010, art. 49a n. 4, art. 41a n. 2). En cas de traitement dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton du lieu de résidence prennent en charge la rémunération à concurrence de leur part et des tarifs en vigueur (au maximum). S'agissant des hôpitaux conventionnés, ils n'ont pas de mandat de prestations public et sont libres dans l'aménagement de leur offre dans les limites des prescriptions sanitaires. La LAMal ne prévoit pas d'obligation d'admission pour ces établissements. La possibilité de facturer à la charge de l'AOS n'existe qu'à la condition qu'une convention correspondante selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ait été conclue avec l'assureur maladie concerné. Le cas échéant, la rémunération correspondra au maximum à la part qui serait à la charge de l'assureur si un hôpital répertorié avait été choisi (part AOS). Même s'il existe une convention, la part cantonale n'est pas due (cf. BERNHARD RÜTSCHKE, Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung, Berne 2011, ch. 72 ; UELI KIESER, Spitalliste und Spitalfinanzierung – Auswirkungen der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung], in : Pratique juridique actuelle 1/2010 p. 66). Les différences de régime légal et la genèse de l'art. 49a, al. 4 LAMal (cf. EUGSTER, op. citat., art. 49a n. 4, avec renvois aux délibérations parlementaires ; BO 2006 E 50 ss) montrent que l'égalité de traitement entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés ne correspond pas aux intentions. Le principe de l'égalité commande de traiter à l'identique les faits comparables, mais différemment ceux qui ne le sont pas. De la réglementation du législateur, qui traite différemment des faits différents, on ne saurait déduire que les tiers auraient qualité pour recourir.

4.7 (...)

4.8 L'art. 49a, al. 4 LAMal, qui prévoit la possibilité pour les hôpitaux ne figurant pas sur la liste de conclure des conventions, ne faisait pas partie du projet de révision de la LAMal du Conseil fédéral (FF 2004 5251). La disposition a été incorporée à la loi sur proposition de la commission du Conseil des Etats (BO 2006 E 49). Avec l'institution de l'hôpital conventionné, il s'agissait d'introduire un élément de concurrence dans le financement des hôpitaux. L'idée était qu'à certaines conditions, les hôpitaux conventionnés suffisamment efficaces pour être compétitifs par rapport aux hôpitaux répertoriés (même sans part cantonale) puissent facturer à l'AOS la part AOS (BO 2006 E 50 ; explications de la disposition par la présidente de la commission). L'offre des hôpitaux conventionnés selon l'art. 49a al. 4 LAMal est ainsi régulée par la concurrence et ils opèrent sans mandat de prestations contrairement aux hôpitaux répertoriés. La planification hospitalière est limitée au domaine de l'AOS (FF 2004 5223 ; dans ce contexte, cf. BEAT MEYER, Ausserkantonale Wahlbehandlung – Tarifschutz und Tarifgestaltung gemäss 3. KVG-Revision, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle 05/2012 pp. 389 ss). Le canton ne saurait faire de prescriptions quant au genre et au volume des prestations hospitalières dans le but de piloter l'offre des hôpitaux conventionnés. Des prescriptions de ce genre violeraient l'autonomie contractuelle entre hôpitaux conventionnés et assureurs prévue à l'art. 49a al. 4 LAMal. Le législateur admet ainsi la possibilité pour les hôpitaux conventionnés de travailler à la charge de l'AOS sans limitation des volumes (RÜTSCHKE, op. citat., ch. 104). La recourante explique également dans son recours que le canton ne dispose d'aucune prérogative s'agissant de l'étendue des prestations des hôpitaux conventionnés couverte selon l'art. 49a al. 4 LAMal (...). Dès lors que le Conseil d'Etat ne saurait réguler l'étendue des prestations des hôpitaux conventionnés, il ne dispose pas davantage de la prérogative de prévoir pour ceux-ci un certain volume de prestations dans le cadre d'interventions ressortissant à la planification. Et dans ces conditions, il n'est pas tenu non plus de procéder indirectement à une planification de ce genre en limitant l'offre des hôpitaux répertoriés. Rien dans cette philosophie n'indique qu'un hôpital conventionné aurait un droit juridiquement protégé à un contingent de traitements à la charge de l'AOS. Il n'en découle aucun motif particulier qui justifierait que les tiers aient qualité pour recourir.»¹⁰

EUGSTER a résumé cette jurisprudence. Il écrit :

« Cette disposition, qui est en contradiction avec l'objectif et la finalité de la planification hospitalière (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) (intervention Berset BO 2006 E 50), est censé constituer un élément de concurrence supplémentaire ; l'idée est que les hôpitaux non répertoriés efficaces exercent une pression sur la structure des coûts des hôpitaux répertoriés. De plus, il s'agit d'éviter que les hôpitaux privés soient 'court-circuités' indirectement. Cette crainte existait car le projet du Conseil fédéral (FF 2004 5251, 5253) prévoyait de renoncer à la prise en considération de façon adéquate des hôpitaux privés dans la planification (art. 39, al. 1, let. d, LAMal ; interventions Schwaller et Heberlein BO 2006 E 51 ; finalement, l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal n'a pas

¹⁰ ATAF 2012/30 (= JdT 2013 I 259 ss), arrêt C-245/2012 de la Cour III du 3.10.2012 dans la cause opposant la clinique A. AG et au Conseil d'Etat du canton de Zurich.

été modifié). L'alinéa 4 est une disposition d'admission pour les hôpitaux non répertoriés et déroge à l'art. 39, al. 1 LAMal. La dernière phrase de l'alinéa 4 exprime le principe général du caractère économique ; à prestation et à qualité égales dans des hôpitaux comparables, un assureur ne saurait stipuler dans des conventions avec des hôpitaux non répertoriés un tarif plus élevé que ceux inscrits dans des conventions avec des établissements figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence (cf. notamment les interventions Brändli et Brunner BO 2006 E 52/60).»¹¹

9.4 L'art. 49a, al. 4 LAMal dans la littérature spécialisée

La disposition est très rarement traitée dans la littérature spécialisée. On signalera le passage suivant :

« [L]es hôpitaux conventionnés ont généré, dans le cadre de l'AOS, une offre hors listes hospitalières cantonales [...]. En autorisant les hôpitaux conventionnés, le législateur a voulu encourager la concurrence entre les hôpitaux inscrits sur la liste hospitalière et ceux qui ne le sont pas. Par ailleurs, avec l'institution de l'hôpital conventionné, le législateur concrétise l'autonomie contractuelle entre hôpitaux et assureurs maladie dans le domaine de l'indemnisation des prestations AOS. »¹²

10 Assujettissement à approbation des conventions tarifaires en général

Dans le contexte qui intéresse ici, il s'agit d'examiner si les conventions conclues selon l'art. 49a al. 4 LAMal doivent être soumises à une autorité pour approbation.

S'agissant de l'approbation de conventions tarifaires, le point de départ est l'art. 46, al. 4 LAMal. La teneur de cette disposition est :

« La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. »

Est donc expressément assujettie à approbation toute « convention tarifaire ». La littérature spécialisée souligne également que toute « entente basée » sur la législation sur l'assurance-maladie « ressortissant à une convention tarifaire » est assujettie à approbation.¹³ Le but de l'exercice est de vérifier si le tarif est en conformité avec différents principes régissant la fixation des tarifs. Doivent par exemple être contrôlés la conformité avec le principe d'économie et les effets éventuels d'un tarif sur le volume des prestations.¹⁴

11 Approuvabilité et assujettissement à approbation des conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ?

11.1 Une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal n'est pas une convention tarifaire

La question de la qualification des conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal doit d'abord être examinée.

¹¹ EUGSTER, *Rechtsprechung zum KVG*, art. 49a, ch. 4 s.

¹² Source : RÜTSCHÉ, *Planification hospitalière et cliniques privées*, ch. 86.

¹³ Cf. EUGSTER, *Rechtsprechung zum KVG*, art. 46, ch. 10.

¹⁴ A ce sujet : EUGSTER, *Rechtsprechung zum KVG*, art. 46, ch. 11 s., avec renvoi à l'ATF 123 V 286 et à RAMA 2001 KV 377.

On remarque d'abord qu'il est question de « conventions » mais pas de « conventions tarifaires » dans l'art. 49a al. 4 LAMal. L'« hôpital conventionné » est considéré comme un instrument participant de l'exécution de l'AMal sur le marché libre.¹⁵ La jurisprudence souligne que les hôpitaux conventionnés n'ont pas de mandat de prestations public et qu'ils sont « libres dans l'aménagement de leur offre dans les limites des prescriptions de protection de la santé ».¹⁶ Elle constate aussi que le canton ne saurait « faire de prescription quant au genre et au volume des prestations hospitalières stationnaires dans le but de piloter l'offre des hôpitaux conventionnés » et que « des prescriptions de ce genre violeraient l'autonomie contractuelle entre hôpitaux conventionnés et assureurs prévue à l'art. 49a al. 4 LAMal. »¹⁷ Ces citations montrent que les « conventions » conclues selon l'art. 49a al. 4 LAMal ne constituent pas des conventions tarifaires au sens de l'art. 46 LAMal. L'assujettissement à approbation particulier prévu à l'art. 46 LAMal s'explique uniquement par le devoir de l'autorité chargée de l'approbation de vérifier la conformité des conventions avec les critères régissant la fixation des tarifs. Celles qui ne concernent pas la gestion de ce genre d'éléments tarifaires mais règlent d'autres questions ne sauraient être assujetties à approbation selon l'art. 46 LAMal.

Un autre point qui mérite d'être souligné est qu'il n'y a pas de prestation cantonale à fournir dans le cas d'un hôpital conventionné. Dans le domaine des hôpitaux conventionnés, les cantons ne sont pas tenus de procéder à des paiements accessoires. Ce fait est pertinent car, à ce titre comme à d'autres, le canton ne saurait faire valoir un intérêt à ce que les conventions lui soient soumises pour approbation. D'autant plus que le canton n'est pas habilité à piloter des prestations hospitalières stationnaires en dehors de mandats de prestations.¹⁸

11.2 Pouvoir de contrôle sous l'angle de la législation sur la santé

Il reste à éclaircir si un examen ou un assujettissement à autorisation ne serait pas justifiable à un autre titre en relation avec une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal. Un premier point pertinent est qu'à l'évidence les hôpitaux conventionnés selon ledit article doivent obtenir toutes les autorisations requises en matière sanitaire. De surcroît, le pilotage des nombres de cas découlant de considérations de protection de la santé fait partie des exigences de qualité. Dans cette mesure, il existe une réglementation visant à protéger la santé publique.¹⁹

La possibilité de conclure des conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ne signifie donc pas qu'il serait possible d'exercer sans disposer des autorisations requises en matière sanitaire. La direction cantonale de la santé est ainsi habilitée à contrôler sous ces aspects les établissements qui ont conclu une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal.

12 Résultat intermédiaire

Les conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ne constituent pas des conventions tarifaires au sens de l'art. 46 LAMal. Par conséquent, elles ne sont pas soumises à l'approbation prévue audit article pour les conventions tarifaires.

¹⁵ A ce sujet : cf. en particulier les renvois aux délibérations parlementaires au ch. 9.2.

¹⁶ Source : ATAF 2012/30 (= JdT 2012 I 259 ss), consid. 4.6 (déjà cité au ch. 9.3).

¹⁷ Source : id., consid. 4.8 (déjà cité au ch. 9.3).

¹⁸ A ce sujet : RÜTSCHÉ, *Planification hospitalière et cliniques privées*, ch. 100. – Dans EUGSTER, *Rechtsprechung zum KVG*, art. 49a, ch. 5, on lit en rapport avec les conventions qui intéressent ici : « Le principe de protection tarifaire introduit au nouvel art. 49, al. 5, LAMal vaut également en relation avec l'art. 49a, al. 4 LAMal. » Cette affirmation – qui n'est pas développée – nous semble être inexacte. La protection tarifaire a tout au plus un effet indirect en relation avec les conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal (effet sur l'autorisation ressortissant à la législation sur la santé).

¹⁹ A ce sujet : RÜTSCHÉ, *Planification hospitalière et cliniques privées*, ch. 101.

Cependant, les hôpitaux conventionnés doivent remplir les conditions sanitaires requises. Ils doivent disposer des autorisations nécessaires à ce titre pour diriger un établissement hospitalier. Il est envisageable également de contrôler que les nombres de cas minimums requis pour certaines opérations soient respectés à condition que ce critère vise à assurer la qualité. Les hôpitaux conventionnés et d'autres établissements hospitaliers sont donc tenus de satisfaire aux conditions d'autorisation ressortissant à la protection de santé et de respecter l'activité de surveillance du canton dans ce domaine.

13 Applicabilité d'autres dispositions de l'assurance-maladie aux hôpitaux conventionnés

13.1 Principe de base

Nous avons montré que les conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ne constituent pas des conventions tarifaires au sens de l'art. 46 LAMal et que, par conséquent, elles ne sont pas soumises à l'approbation prévue audit article pour les conventions tarifaires. Mais peut-être d'autres dispositions de l'assurance-maladie s'appliquent-elles aux hôpitaux conventionnés de ce genre. Cette question reste encore à examiner – en accordant une attention spéciale à la problématique de la double facturation illicite de prestations fournies.

A la conclusion d'une convention correspondante avec un assureur, l'hôpital dit conventionné entre dans le cercle des hôpitaux autorisés à fournir des prestations à la charge de l'AOS. Des différences avec les autres hôpitaux (admis) subsistent. Par exemple : le canton ne doit pas fournir de contribution de base et, comme nous l'avons vu, la convention avec l'assureur n'est pas assujettie à approbation. Il n'en demeure pas moins que la convention crée la « possibilité de facturer à la charge de l'AOS »²⁰. A la conclusion de la convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal, l'hôpital accède à une situation au moins partiellement identique à celle d'un fournisseur de prestations admis et, dès lors, est traité de façon comparable à un hôpital admis au sens de la législation sur l'assurance-maladie. Il s'agit ainsi d'examiner plus précisément quelles dispositions de ladite législation applicables aux hôpitaux admis le sont également aux hôpitaux conventionnés.

L'hôpital conventionné peut uniquement fournir et demander la rémunération de prestations qui satisfont aux conditions générales pour les prestations. Font notamment partie des critères ceux énoncés à l'art. 32 LAMal, à savoir : efficacité, adéquation et caractère économique. Ainsi, il est exclu qu'un hôpital conventionné fournisse une prestation qui ne serait pas admise (utilisation d'un médicament ne figurant pas sur la liste des spécialités par ex.) et la facture à l'assureur maladie. Et ce ne serait-ce que parce qu'il n'existe pas de position tarifaire pour ce genre de prestations.

De plus, l'hôpital conventionné doit respecter les prescriptions de l'assurance-maladie relatives à la facturation des prestations telles que celles spécifiées à l'art. 42, al. 3, LAMal. Ainsi, l'assureur maladie doit aussi pouvoir contrôler chez les hôpitaux conventionnés si les prestations ont été fournies conformément aux principes applicables.

Il s'ensuit finalement qu'en tout état de cause l'hôpital conventionné doit respecter les conditions et modalités tarifaires s'il veut que ses prestations soient rémunérées par les assureurs-maladie. On laissera en suspens la question de savoir si d'autres prescriptions légales doivent également être respectées car s'agissant de la question des doubles factures que nous examinons ci-après, elle concerne un aspect tarifaire.

²⁰ Source : ATAF 2012/30 (= JdT 2013 I 259 ss), arrêt de la Cour III du 3.10.2012 dans la cause opposant la clinique A. AG et au Conseil d'Etat du canton de Zurich, consid. 4.6.

13.2 Interdiction des doubles factures pour les hôpitaux conventionnés

La protection tarifaire visée à l'art. 44, al. 1, LAMal fait partie des prescriptions dont l'hôpital conventionné doit tenir compte. L'hôpital conventionné ne saurait établir de facture supplémentaire en rapport avec une prestation rémunérée par l'assurance-maladie. Dans ce cas également, une facture supplémentaire serait licite uniquement si elle était établie pour des prestations supplémentaires réelles. La dernière phrase de l'art. 49a al. 4 exprime le principe général du caractère économique ; à prestation et à qualité égales dans des hôpitaux comparables, un assureur ne saurait stipuler dans des conventions avec des hôpitaux non répertoriés un tarif plus élevé que ceux inscrits dans des conventions avec des établissements figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence.²¹ Dès lors que le principe de l'économicité s'applique aussi à l'hôpital conventionné, il est tenu, au même titre que les hôpitaux qui figurent sur la liste, de respecter les prescriptions de l'assurance-maladie qui s'y rapportent – telles que l'interdiction des doubles factures.

13.3 Compétences de contrôle cantonales auprès des hôpitaux conventionnés

Le canton est dépourvu de compétence s'agissant de l'approbation de conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal. Mais en tout état de cause, il peut contrôler auprès des hôpitaux conventionnés tout aspect en relation avec des questions tarifaires et la facturation des prestations – même si la législation cantonale ne prévoit pas de disposition correspondante. Dans cette mesure, les prescriptions qui s'appliquent aux hôpitaux admis sont applicables par analogie aux hôpitaux conventionnés. La compétence des cantons (ou d'autres autorités) pour vérifier que les prescriptions sont respectées en découle.

Si un hôpital conventionné ignore des exigences concernant le caractère économique ou établit des doubles factures illicites par exemple, la violation de ces prescriptions de l'assurance-maladie – qui s'appliquent aussi à lui (par analogie) – peut donner lieu à un contrôle et il peut en être tenu compte en relation avec les autorisations ressortissant à la protection de la santé.

14 Réponses aux questions posées

Question 1 : Quelle est l'autorité compétente pour éclaircir si une clinique privée facture les prestations médicales fournies par elle à la fois à l'assurance-maladie (sociale) et à l'assurance complémentaire ? L'autorité cantonale ? L'OFSP ? La FINMA ? L'assureur-maladie ?

Réponse : La compétence de vérifier si un fournisseur de prestations exige éventuellement un double paiement illicite est régie par la législation sur l'assurance-maladie. La répartition des compétences au sein de ce domaine du droit dépend de l'objet de la procédure :

- Les *assureurs maladie* sont compétents pour le contrôle des fournisseurs de prestations de façon générale. Il leur appartient notamment de proposer au Tribunal arbitral cantonal de prononcer des sanctions à l'encontre de fournisseurs de prestations.
- L'*OFSP* est l'autorité de surveillance générale et il lui incombe à ce titre de veiller à ce que la législation sur l'assurance-maladie soit appliquée correctement.
- La *direction cantonale de la santé* est principalement compétente pour les autorisations ressortissant à la législation sur la santé délivrées aux fournisseurs de prestations. A ce titre, elle est aussi compétente pour examiner d'éventuels manquements du point de vue de la législation sur l'assurance-maladie (dans le contexte qui intéresse ici : double facturation illicite) s'ils sont susceptibles d'avoir des

²¹ Source : EUGSTER, *Rechtsprechung zum KVG*, art. 49a, ch. 4 s.

conséquences pour l'admission LAMal ou pour l'autorisation ressortissant à législation sur la santé. Pour procéder au contrôle, le décompte à la charge de l'assurance-maladie mais aussi celui à la charge de l'assurance complémentaire doivent pouvoir être vérifiés.

Question 2 : Quelle est l'autorité compétente pour approuver les conventions visées à l'art. 49a, al. 4 LAMal ?

Réponse : Les conventions selon l'art. 49a, al. 4 LAMal ne constituent pas des *conventions tarifaires*. Par conséquent, elles ne sont pas soumises à l'approbation prévue à l'art. 46 LAMal.

Cependant, les organisations qui concluent une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal, doivent satisfaire aux conditions d'autorisation ressortissant à la législation sur la santé. En ce sens, il existe un assujettissement à autorisation mais il n'est pas lié au domaine de l'assurance-maladie.

Par ailleurs, un hôpital conventionné doit observer les prescriptions ressortissant à la législation sur l'assurance-maladie en relation avec des questions tarifaires et pour facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie. Dans ce domaine, il doit, lui aussi, satisfaire notamment au principe d'économie et respecter l'interdiction de la double facturation qui résulte de la protection tarifaire. Les différentes entités compétentes selon le cas de figure disposent ainsi d'une possibilité de contrôle. La direction cantonale de la santé en fait partie.

Zurich/Saint-Gall, le 21 novembre 2016

Prof. Ueli Kieser

Bibliographie

DOMANIG ANDREA, *Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistungen*, thèse, Zurich 2015

EUGSTER GEBHARD, *Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich*, RSAS 2005, 445 ss

EUGSTER GEBHARD, *Krankenversicherung*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 3^e éd., Bâle 2015, 385 ss

EUGSTER GEBHARD, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Krankenversicherungsgesetz*, Zurich/Bâle/Genève 2010

MAURER ALFRED, *Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung*, in : LAMal-KVG, Lausanne 1997, 703 ss

RASELLI NICOLÒ, *Verfahrensrechtliche Probleme bei der Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung*, RSAS 2005, 273 ss

RÜTSCHER BERNHARD, *Spitalplanung und Privatspitäler / Planification hospitalière et cliniques privées, Aktuelle Rechtsfragen zur Umsetzung des KVG / Questions juridiques actuelles relatives à l'application de la LAMal aux cliniques privées*, Zurich 2016

STREIT PETER, *Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG): Erfahrungen und Entwicklungen*, in : CHSS 1997, 222 ss

VIRET BERNARD, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, in : LAMal-KVG, Lausanne 1997, 665 ss

WOHNLICH DOMINIQUE, *Zusatzleistungen im ambulanten Bereich der Krankenversicherung*, thèse, Zurich 2002