

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mars 2019

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante,

et

S._____, à Lausanne, intimée.

Art. 29 al. 2 Cst. ; 34 al. 2 let. a LAMal ; 36 al. 2 et 4 OAMal

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était affiliée en 2017 auprès de S._____ (ci-après: S._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS). La prime mensuelle s'élevait à 505 fr. 75 et la franchise annuelle à 500 francs.

Selon un rapport médical du 15 août 2017, l'assurée a été prise en charge par l'X._____ à Majorque (ES) en raison d'une affection du cerveau, sans précision (anévrisme cérébral ; [G93.9]).

Par courrier électronique du 16 août 2017 à S._____, le mari de l'assurée a expliqué qu'en raison d'une détérioration de l'état de santé de cette dernière durant leurs vacances à l'étranger, une prise en charge d'urgence à l'aide d'un véhicule médicalisé avait été nécessaire. Le 18 août 2017, l'époux a indiqué que sa femme avait effectué un trajet en ambulance, puis suivi un traitement stationnaire de trente heures. S'agissant d'un hôpital privé, l'X._____ a confirmé que sa carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) n'avait pas été acceptée.

Le 28 août 2017, l'assurée a adressé à S._____ un courrier par lequel elle lui demandait la prise en charge d'une hospitalisation en urgence, du 15 au 16 août 2017, au sein de l'unité de soins intensifs de l'X._____ (ci-après : l'hôpital) lors du séjour temporaire à l'étranger. Selon les factures, l'intéressée a fait l'objet d'un traitement ambulatoire le 14 août 2017 (360 €) et d'un transport en ambulance à l'hôpital (700 €). Le coût total de traitement stationnaire du 14 au 15 août 2017 était de 6'721 € 14.

Selon un décompte établi le 15 septembre 2017, S._____ a pris en charge le traitement ambulatoire du 14 août 2017 (411 fr. 35 sous déduction de la quote-part de 10 %) et limité sa participation pour le séjour hospitalier et les frais d'ambulance à 3'123 fr. 95 au total (sous

déduction de la quote-part de 10 %), pour la contribution aux frais d'hospitalisation en cas de séjour aigu.

Par décision du 6 décembre 2017, S._____ a limité sa prise en charge par l'AOS à 3'124 fr., sous déduction de la participation aux coûts à la charge de l'intéressée (139 fr. 55, soit la quote-part de 10 % selon l'art. 64 al. 2 let. b LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie obligatoire ; RS 832.10]), montant qui constituait le double du tarif suisse (SwissDRG du canton de Vaud), conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). La participation aux frais d'hospitalisation se montait à 30 fr., soit deux fois 15 fr. par jour (art. 104 al. 1 OAMal).

Le 10 janvier 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision en demandant le remboursement de la différence entre le montant versé (3'124 fr.) et les coûts totaux de son hospitalisation à l'étranger (6'721 € 14). Elle invoquait la violation du droit fédéral, en l'occurrence l'art. 36 al. 4 OAMal, et de son droit d'être entendue.

Par courrier du 27 février 2018, S._____ a fourni des explications à l'assurée sur le calcul des prestations servies, compte tenu de la problématique des tarifs, comme suit :

“L'art. 43 al. 1 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif de base peut notamment prévoir un mode de rémunération forfaitaire (art. 43 al. 2 let. c LAMal).

Selon l'art. 49a al. 2 LAMal, 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'art. 59d al. 2 OAMal prévoit que dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (Diagnosis Related Groups), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage.

Conformément aux principes des DRG, le DRG corrigé (0.3260) est calculé en fonction du DRG mentionné par l'hôpital (B63B : *Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion*) et en fonction du nombre de jour d'hospitalisation.

Si vous souhaitez effectuer vous-même la démarche, vous pouvez vous rendre sur le site suivant : <https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg-system-60/Catalogue-forfaits-par-cas> en ouvrant le document pdf "*Catalogue des forfaits par cas SwissDRG 6.0 version de tarification (2017/2017)*".

A titre informatif, nous vous avons joint la p. 8 des DRG en question mis à disposition par SwissDRG et souligné les chiffres topiques qui vous permettront de déterminer le DRG corrigé.

Dans la colonne "DRG" (1^{ère} colonne), vous trouvez la mention "B63B", dont le "Costweight avec coûts d'utilisations des immobilisations (CUI)" (4^{ème} colonne) s'élève à 0.924 pour les séjours supérieurs à deux jours. Pour un séjour de deux jours seulement, il convient par exemple d'enlever 0.299 (7^{ème} colonne). Vu que votre séjour d'hospitalisation n'a été que d'un jour, la réduction de 0.299 s'effectue à deux reprises.

Pour obtenir le DRG corrigé, le calcul est dès lors le suivant : $0.924 - 0.598 (0.299 \times 2) = 0.3260$

Ce DRG corrigé (0.3260) est multiplié par la valeur du point SwissDRG dans le canton de Vaud, soit 4'792.50 (CHF 10'650 {dans le canton de Vaud pour les hôpitaux universitaires} x 45% {part due par l'assurance}), ce qui donne un montant total de CHF 1'562.-

Nous joignons à ce titre les tarifs LAMal 2017 applicables dans le canton de Vaud, pour lequel nous avons pris en compte le montant le plus élevé, soit CHF 10'650.- (disponible également sur le site internet suivant sous la catégorie "Tarifs LAMal Vaudois 2017 de référence" :

<https://www.vd.ch/themes/sante/organisation/hopitaux-et-cliniques/liste-lamal/prise-en-charge-des-couts/>).

Comme l'art. 36 al. 2 et al. 4 OAMal prévoit que les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse, cela correspond au montant payé de CHF 3'124.- (CHF 1'562.- x 2).

En cas de questions, nous vous invitons à consulter le site internet : <https://www.swissdrg.org/fr>. Le soussigné de droite se tient également à votre disposition pour vous expliquer si un élément devait être encore sibyllin.

Vous avez la possibilité de vous prononcer sur le présent courrier ou de retirer votre opposition d'ici au **23 mars 2018**.

A défaut, une décision sur opposition sera rendue en l'état du dossier (art. 43 al. 3 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1])."

Réitérant ses explications sur le calcul effectué, par écrit le 29 mars 2018, l'assureur a ajouté « que selon les règles relatives au calcul du

SwissDRG, le jour de sortie n'est pas pris en compte dans les jours d'hospitalisation et le calcul effectué par S._____ est correct ». En annexe à ce courrier, figurait un document intitulé « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG » dans sa version mai 2017, valable à partir du 1^{er} janvier 2018. L'assurée s'est vu impartir un nouveau délai au 24 avril 2018 pour se prononcer sur le courrier en question ou retirer son opposition, avec la précision qu'à défaut une décision sur opposition serait rendue.

Les 9 avril et 15 mai 2018, l'assurée a maintenu sa contestation dans le sens du remboursement intégral de ses frais d'hospitalisation à Majorque.

Par décision sur opposition du 26 juin 2018, S._____ a très partiellement admis l'opposition de l'assurée en modifiant la décision du 6 décembre 2017, dans le sens de la prise en charge des frais d'ambulance à raison de 399 fr. 10 (correspondant à 350 €), et en la confirmant pour le surplus.

Le 15 août 2018, en réponse à un courrier du 10 août 2018 de l'assurée, S._____ a informé celle-ci de la possibilité de recourir en justice contre la décision sur opposition précitée jusqu'au 29 août 2018.

B. Par acte du 27 août 2018, T._____ a déféré la décision sur opposition du 26 juin 2018 auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'S._____ soit tenue au remboursement intégral de ses frais de traitement à l'étranger par le versement d'un montant complémentaire de 4'539 fr. 90. Elle se plaint de la violation de son droit d'être entendue et, sur le fond, fait valoir une violation du droit fédéral par son assureur-maladie.

Dans sa réponse du 24 septembre 2018, S._____ conclut à l'irrecevabilité du recours (insuffisamment motivé), subsidiairement à son rejet et à la confirmation de la décision querellée.

Les parties ont maintenu leurs conclusions par réplique du 16 octobre 2018 et duplique du 26 octobre 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Ses moyens sont suffisamment exposés, en ce sens qu'elle reproche à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue en refusant de la renseigner clairement sur ses prestations et d'avoir violé les art. 49 et 52 LPGA en rendant une décision incohérente persistant à refuser la prise en charge totale de ses frais.

c) De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante au remboursement intégral de ses frais de traitement à l'étranger.

3. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue,

déplorant l'absence d'explications obtenues de la part de l'intimée sur le calcul des prestations qui lui ont été allouées.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1, 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

b) En tant que la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue en lien avec l'absence d'explications sur le calcul des prestations qui lui ont été servies, il sied de relever que, en tout état de cause, le grief formel est mal fondé. Les 27 février et 29 mars 2018, l'intimée a en effet expliqué en détail son calcul de prise en charge du cas. Au demeurant, il s'avère que l'intéressée n'a pas été entravée dans la compréhension du fondement et de la motivation de la décision discutée et a ainsi pu interjeter recours sans les services d'un mandataire qualifié

pour assurer la défense de ses intérêts. Comme l'observe à juste titre l'intimée dans sa duplique, l'intéressée a d'ailleurs pu, à de nombreuses reprises s'exprimer dans le cadre de la procédure administrative, de même qu'au cours de ses écritures devant le tribunal.

4. a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi, en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, prestations dont la liste figure à l'al. 2 de cette disposition, soit notamment le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e) et une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (let. g).

L'art. 32 al. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7

juillet 2000 consid. 2c). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4 ; TFA K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c *in* : RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b).

L'efficacité, l'adéquation et l'économicité de traitements fournis en Suisse par des médecins sont présumées (cf. art. 33 al. 1 LAMal *a contrario* ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 283 s. consid. 3).

b) Aux termes de l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal qui sont fournies à l'étranger, pour des raisons médicales ou dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal.

Selon l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend également en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière

imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tel que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (TF 9C_1009/2010 du 29 juillet 2011 consid. 2.3 ; 9C_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 ; 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4).

L'art. 36 al. 5 OAMal prévoit que les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées.

L'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Selon l'art. 1 § 1 de l'Annexe II « Coordination des systèmes de sécurité sociale » de l'ALCP, les Parties contractantes appliquent entre elles en particulier le Règlement CEE n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : R-CEE 1408/71), ainsi que le Règlement CEE n° 574/72 fixant les modalités d'application du R-CEE 1408/71 (ci-après : R-CEE 574/72), ou des règles équivalentes. Le 1^{er} mai 2010, le R-CEE 1408/71 et le R-CEE 574/72 ont tous deux été remplacés par le Règlement CEE n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : R-CEE 883/2004) et par le Règlement CEE n° 987/2009 fixant les modalités d'application du R-CEE 883/2004 (ci-après : R-CEE 987/2009). Depuis le 1^{er} avril 2012, ces règlements sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE (art. 2 R-CEE 883/2004 par renvoi de l'art. 8 et de l'annexe II de l'ALCP). L'art. 19 R-CEE 883/2004 règle le cas de prestations médicales lors d'un séjour hors de l'Etat membre compétent. Dans un tel cas de figure, l'art. 19 § 1 R-CEE 883/2004 prévoit que, sous réserve des exceptions prévues par l'art. 19 § 2 R-CEE 883/2004, une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un Etat membre autre que l'Etat membre compétent peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical

au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation. Selon l'art. 25 § 1 R-CEE 987/2009, aux fins de l'application de l'article 19 R-CEE 883/2004, la personne assurée présente au prestataire de soins de l'Etat membre de séjour un document délivré par l'institution compétente, attestant ses droits aux prestations en nature. Si la personne assurée ne dispose pas d'un tel document, l'institution du lieu de séjour, sur demande ou en cas de besoin, s'adresse à l'institution compétente pour en obtenir un. Ledit document indique que la personne assurée a droit aux prestations en nature selon les modalités prévues à l'article 19 du règlement de base, aux mêmes conditions que celles applicables aux personnes assurées au titre de la législation de l'Etat membre de séjour (art. 25 § 2 R-CEE 987/2009). Ainsi, sur présentation de la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) ou du certificat provisoire de remplacement, toutes les personnes assurées ont droit, en cas de maladie ou de maternité durant un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre de l'UE ou sur le territoire suisse, à toutes les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour (art. 19 § 1 R-CEE 883/2004).

L'entraide en matière de prestations ne s'applique toutefois pas aux prestataires privés qui ne travaillent pas pour le compte de l'assurance-maladie sociale. Si l'assuré a consulté un prestataire privé à cause d'une urgence ou par ignorance, il y a lieu d'appliquer le droit national. Dans ce cas, les assureurs-maladie sont tenus de prendre en charge les coûts conformément à l'art. 36, al. 4, OAMal.

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OAMal, les prestations et les traitements effectués à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

5. a) En l'espèce, il est constant qu'en raison d'une détérioration de l'état de santé durant ses vacances en Espagne, la recourante a été prise en charge par l'unité de soins intensifs de l'X._____. Elle a eu recours à un prestataire de soins privé, de sorte que les dispositions de droit communautaire sur l'entraide internationale en matière de prestations ne s'appliquent pas.

Dès lors que la recourante, malade durant son séjour temporaire à l'étranger, s'est présentée en urgence auprès d'une clinique privée qui n'accepte pas la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM), le remboursement du traitement intervient en application de l'art. 36 al. 4 OAMal, avec la précision que le cas d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal est admis par l'assurance.

b) Il reste dès lors à déterminer la quotité du droit au remboursement.

La participation de l'assuré aux coûts est régie par l'art. 64 LAMal et fixée à 10 % des coûts annuels qui dépassent la franchise. Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise ainsi que le montant maximum de la quote-part. Selon l'art. 103 al. 1 et 2 OAMal, la franchise s'élève à 300 fr. par année civile et le montant maximal de la quote-part à 700 fr. pour les adultes.

Dans sa décision, l'intimée a confirmé sa décision de limiter sa prise en charge par l'AOS à 3'124 fr., sous déduction de la participation aux coûts à la charge de l'assurée.

Cette dernière, conteste cette prise en charge, étant d'avis que c'est le coût total de son traitement, soit pour rappel 6'721 € 14, qui doit lui être remboursé par l'AOS.

c) En ce qui concerne d'abord les frais du transport en ambulance (700 €), S. _____ les a initialement inclus dans la facture du prix du traitement stationnaire.

aa) L'art. 25 al. 1 LAMal prévoit que l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (art. 25 al. 2 let. g LAMal).

Aux termes de l'art. 33 let. g OAMal, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente la contribution aux frais de transport et de sauvetage prévue à l'art. 25, al. 2, let. g, de la loi ; les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier.

Selon l'art. 26 al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile.

Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas (art. 26 al. 2 OPAS).

bb) Il est admis par l'assurance que le déplacement en ambulance était indiqué médicalement. Or, le transport en question n'a pas été effectué d'un hôpital à un autre, de sorte que les principes généraux des art. 25 al. 1 et al. 2 let. g LAMal, 33 let. g, 36 al. 4 OAMal et 26 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31) sont applicables.

Un tel transport en ambulance aurait coûté dans le canton de Vaud 725 francs (annexe 4 de la convention concernant le remboursement de prestations pour les transports et sauvetages médicalement nécessaires selon la LAMal, valable dès le 1^{er} janvier 2016).

L'AOS ne peut dès lors couvrir que jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse, soit 1'450 fr., au sens de l'art. 36 al. 4 OAMal.

Il s'agit cependant d'un montant maximal et il convient dès lors de prendre en compte les frais réellement occasionnés conformément à l'art. 26 al. 1 OPAS. Ces derniers étant de 700 €, l'AOS est tenue de prendre en charge le 50 % des frais occasionnés, mais au maximum 500 fr. par année civile, soit un montant de 350 euros.

C'est dès lors à bon droit qu'S. _____ a, par décision sur opposition du 26 juin 2018, pris en charge en sus 350 €, soit 399 fr. 10, au titre des frais d'ambulance.

d) S'agissant du remboursement des coûts de traitement en clinique privée qui sont à la charge de l'AOS en application l'art. 36 al. 4 OAMal (cf. consid. 5a supra), la problématique des tarifs s'explique de la manière suivante.

aa) Selon l'art. 43 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif est une base de calcul de la rémunération ; il peut notamment prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire ; cf. art. 43 al. 2 let. c LAMal).

Pour rémunérer le traitement hospitalier, conformément à l'art. 49a al. 2 et 3 LAMal, dans sa version valable jusqu'au 31 décembre 2018, les cantons prennent en charge la part cantonale des assurés qui résident sur leur territoire. 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. Les coûts de l'hospitalisation seront entièrement couverts, hormis une éventuelle franchise ou autres (cf. art. 64 LAMal), à 45 % par l'assurance de base et 55 % par le canton.

Aux termes de l'art. 59d al. 2 OAMal, dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage.

Le catalogue des forfaits par cas SwissDRG est un système de classification des patients qui regroupe ces derniers dans des groupes homogènes à l'aide de critères tels que les diagnostics, les traitements et l'âge. Ces groupes correspondent aux « *Diagnosis Related Groups* ». La valeur de référence est une valeur de calcul interne à SwissDRG SA qui permet de convertir la rémunération théorique par jour en cost-weight sans dimension. Les cost-weights sont des pondérations relatives, calculées sur une base empirique, qui décrivent l'investissement en soins d'un groupe de patients déterminé. En principe, ils sont calculés chaque année sur la base des données actualisées de coûts par cas des hôpitaux. Les bornes de durée de séjour définissent pour chaque DRG, la durée de séjour jugée comme « normale » pour le type de pathologie. Les limites inférieures et supérieures de la durée de séjour sont évaluées sur la base des données du relevé SwissDRG. Les cas dont la durée de séjour se situe en-dessous de la borne inférieure ou en-dessus de la borne supérieure sont appelés low-outliers, respectivement high-outliers. Ces bornes peuvent être consultées dans le catalogue des forfaits par cas.

bb) Dans la colonne « DRG », se trouve la mention « B63B : Démence et autres troubles chronique de la fonction cérébrale », dont le « Cost-weight avec coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) » s'élève à 0.924 pour les séjours supérieurs à deux jours.

On procédera à une réduction du cost-weight sur une base journalière si la durée de séjour est inférieure ou égale au « premier jour avec réduction » selon le catalogue des forfaits par cas (colonne 6).

En présence d'un séjour avec hospitalisation le 15 août 2017 et sortie le lendemain, le jour de la sortie n'est pas pris en compte dans les jours d'hospitalisation, de sorte que la durée du séjour est donc d'un seul jour (« Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG » version mai 2017, valable à partir du 1.1.2018, p. 7).

La valeur de référence (0.924) s'appliquant aux séjours supérieurs à deux jours, dans le cas particulier le nombre de jours avec réduction est donc de 2 (« Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG » version mai 2017, valable à partir du 1.1.2018, p. 13). Partant, la valeur de référence (0.924) doit être corrigée comme suit :

$$0.924 - 0.598 (0.299 [\text{valeur de réduction \{colonne 7\}}] \times 2) = 0.326.$$

Le DRG corrigé (0.326) est ensuite multiplié par la valeur du point SwissDRG dans le canton de Vaud, soit 792 fr. 50 (10'650 fr. [Tarifs LAMal vaudois 2017 de référence, valeur pour les hôpitaux universitaires] x 45 % [solde à la charge de l'assurance]), ce qui correspond à un montant de 1'562 francs. Comme l'intimée l'a relevé dans ses explications écrites, elle s'est basée pour ses calculs sur le tarif de référence 2017 le plus élevé, soit 10'650 francs.

En application de l'art. 36 al. 2 et 4 OAMal, selon lequel les prestations et les traitements effectués en urgence à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse, le remboursement des coûts de traitement à la charge de l'AOS est limité au montant de 3'124 fr. (soit 1'562 fr. x 2), sous déduction de la quote-part de 10 % à la charge de l'intéressée.

e) En définitive, le remboursement effectué à la charge de l'AOS, corrigé s'agissant des frais d'ambulance dans la décision sur opposition dont est recours, est donc correct. Il peut et doit être confirmé.

6. a) En conclusion, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Il n'est pas alloué de dépens à la recourante, au demeurant non assistée par un mandataire qualifié pour la défense de ses intérêts, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 26 juin 2018 par S._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- T._____,
- S._____,

- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :