

NE_GERICHTE CDP.2018.424 vom 12. Juni 2017

NE Tribunal cantonal, 2017-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.424_d20170612

FR: NE_GERICHTE CDP.2018.424 du 12 juin 2017

IT: NE_GERICHTE CDP.2018.424 del 12 giugno 2017

Regeste

Garantie de paiement de la part cantonale pour hospitalisation extracantonale.

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'article 1 de l'arrêté du 12 septembre 2007 fixant la procédure d'autorisation des hospitalisations hors canton (art. 41 al. 3 LAMal) (RSN : 821.128; ci-après : arrêté hospitalisations hors canton), le médecin cantonal est l'autorité compétente pour traiter les demandes de garantie de paiement pour les hospitalisations extracantonales au sens de l'article 41 al. 3 LAMal. En cas de refus de la garantie de paiement, le médecin cantonal communique sa décision au médecin concerné, ainsi qu'à son patient avec indication des voies de droit (art. 5 al. 2 arrêté hospitalisations hors canton). La décision rendue par le médecin cantonal peut faire l'objet d'une opposition auprès de celui-ci dans les 30 jours à compter de sa notification (art. 6 arrêté hospitalisations hors canton). La décision sur opposition rendue par le médecin cantonal peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal, dans les 30 jours à compter de sa notification (art. 7 arrêté hospitalisations hors canton). La procédure est régie par la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (RS : 830.1; ci-après : LPGA), ainsi qu'au surplus par la loi sur la procédure et la juridiction administratives, du 27 juin 1979 (RSN : 152.130; ci-après : LPJA). Elle est en principe gratuite; des frais peuvent toutefois être mis à la charge du recourant téméraire ou qui témoigne de légèreté (art. 8 arrêté hospitalisations hors canton). Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours formé auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 28 novembre 2018 du médecin cantonal adjoint est recevable.

b) Selon une jurisprudence constante, la Cour de droit public examine d'office les conditions formelles de validité et la régularité de la procédure administrative suivie devant les autorités précédentes (RJN 2016, p. 613 cons. 2a). Cela étant, il convient de se déterminer sur la procédure ayant conduit au prononcé de cette décision sur opposition et plus spécifiquement sur la question de savoir si l'écrit du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint pouvait, voire devait, vu sa teneur, être considéré comme ayant valeur de décision au sens de l'article 3 LPJA en lien avec l'article 4 LPJA. b/aa) L'article 3 al. 1 LPJA définit la décision comme toute mesure prise par les autorités dans des cas d'espèce qui, fondée sur le droit public fédéral, cantonal ou communal, a pour objet soit de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a), soit de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b), soit encore de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). En font partie les décisions incidentes (art. 3 al. 2 LPJA). Conformément à l'article 4 al. 1 LPJA, la décision n'est valable qu'aux conditions

cumulatives suivantes : elle doit être rendue en la forme écrite et comporter le mot "décision" ou le verbe "décider" (let. a); elle doit avoir été notifiée à l'administré (let. b); elle doit indiquer l'autorité auprès de laquelle un recours peut être déposé, la forme du recours et le délai pour son dépôt (let. c); à moins qu'elle ne fasse intégralement droit aux conclusions des parties, elle doit être motivée (let. d). L'obligation de faire figurer dans l'acte le mot "décision" ou le verbe "décider" ne doit pas être considérée comme une règle de droit impératif, dont la violation pourrait entraîner, à elle seule, la nullité ou l'annulabilité de la décision. En principe, il convient d'interpréter la décision dans le sens que son destinataire pouvait ou devait de bonne foi lui donner. Un éventuel doute sur la portée précise de la décision ne saurait être invoqué si les circonstances et le comportement du destinataire démontrent que celui-ci en avait compris le sens exact. Selon les cas, un vice grave qui rendrait la décision incompréhensible devrait être considéré comme un motif d'annulation voire de nullité, éventuellement partielle, de la décision. Demeure, toutefois, réservé l'abus de droit, consistant à invoquer des motifs d'annulation pour des raisons formelles alors que l'intéressé pouvait déduire des circonstances la portée de la décision, même si celle-ci n'était pas désignée comme telle, ou alors qu'il a accepté de s'y soumettre (Schaer, Juridiction administrative neuchâteloise, 1995, ad art. 4 al. 1 let. a LPJA, p. 37 et les références citées). L'obligation d'indiquer la voie à disposition pour contester la décision concerne tous les cas dans lesquels existe la possibilité de saisir un moyen juridictionnel ordinaire, savoir le recours administratif ou de droit administratif, ainsi que l'opposition ou la réclamation, mais non les voies extraordinaires. La décision qui n'indique pas – ou indique de manière inexacte ou incomplète – les voies de droit n'est pas nulle, ni même annulable à proprement parler, mais, quoiqu'imparfaite, en principe valable. En revanche, le vice ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties, ce qui signifie que celles-ci ne doivent pas être pénalisées sur le plan de la recevabilité de leurs actes si le vice les a induits en erreur. L'erreur de l'intéressé n'est cependant admise que dans les limites, restreintes, du principe de la bonne foi et en tenant compte des circonstances concrètes du cas (Schaer, op. cit., ad art. 4 al. 1 let. c LPJA, p. 40 s et les références citées). b/bb) En l'espèce, la lettre du 3 juillet 2017 du bureau des hospitalisations hors canton de HNE émane d'une autorité incompétente pour statuer sur des demandes de garantie de paiement pour les hospitalisations extracantonales au sens de l'article 41 al. 3 LAMal. Certes, ce courrier fait référence à une décision du médecin cantonal adjoint concernant l'hospitalisation hors canton de l'intéressé, qui y aurait été jointe. Toutefois, il n'y en a pas trace au dossier. S'agissant du courriel du 13 septembre 2017 du médecin cantonal adjoint, s'il est le fait d'une personne habilitée à se prononcer sur de telles requêtes, force est de constater que son caractère peu formel, de même que l'absence du mot "décision" ou du verbe "décider", respectivement, d'un dispositif en tant qu'expression même de la manifestation de volonté de l'autorité d'exercer un effet sur un rapport juridique déterminé, ainsi que la non-indication des voies de droit sont à même de provoquer, à tout le moins, un risque d'ambiguïté quant à la nature décisionnelle de cet écrit. On ne saurait dès lors reprocher à l'intéressé de ne pas avoir considéré cette missive comme une décision. Si la correspondance du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint ne contient pas non plus le mot "décision" ou le verbe "décider", pas plus qu'un dispositif séparé de l'exposé des faits et des motifs, respectivement qu'une indication des voies de droit, il n'en demeure pas moins que le patient n'a subi aucun préjudice en raison de ces vices. En effet, comme le démontre son écrit du 15 octobre 2018 au chef du DFS, il a compris que la prise en charge de la facture de 2'479.40 francs relative à son hospitalisation à la Clinique B. _____ du

29 juin au 10 juillet 2017 était refusée, ainsi que les motifs de ce refus. Il a ainsi pu contester dans les formes et délai utile, ainsi qu'en en comprenant sa teneur, l'acte du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint. Si le mémoire du 15 octobre 2018 a été adressé au chef du DFS au lieu du médecin cantonal, autorité compétente pour se prononcer sur opposition sur un refus de la garantie de paiement, force est de constater que le patient n'a pas été pénalisé sur le plan de la recevabilité de son acte par cette erreur, induite par l'absence d'indication des voies de droit. L'acte de l'intéressé, considéré comme une opposition à la décision du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint, a été communiqué à l'autorité compétente, laquelle a statué dans les formes le 28 novembre 2018.

E. 2

a) En ce qui concerne le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des coûts, l'article 41 al. 1bis LAMal (entré en vigueur le 01.01.2009) prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Selon l'article 41 al. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur à partir du 01.01.2009), si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a LAMal. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire. On qualifie d'"hospitalier" un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des soins. Un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit (cf. Message du Conseil fédéral du 15.09.2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [financement hospitalier], in : FF 2004 5207, 5234). La loi ne définit pas ce qu'il faut entendre par cas d'urgence justifiant que l'assuré ait recours aux services d'un hôpital non répertorié du canton de résidence. En revanche, l'article 36 al. 2 OAMal contient une définition du cas d'urgence en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du coût des traitements effectués à l'étranger. Selon cette disposition réglementaire, 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 (2^{ème} phrase); il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (3^{ème} phrase). Par analogie, il faut considérer qu'il y a cas d'urgence justifiant l'application d'un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son canton de résidence (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008] cons. 2.2, 13.04.2006 [K 81/05] cons. 5.1, 14.10.2002 [K 128/01] cons. 4.1, in: RAMA 2002, no KV 231, p. 475; Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, p. 560 s., no 475 ss, spéc. no 477). La jurisprudence a précisé que le canton de résidence de l'assuré n'est pas tenu de prendre en charge la différence de coûts dont il est question lorsqu'il existe un lien de connexité matériel et temporel entre une atteinte à la santé requérant des soins urgents dans un hôpital non répertorié du canton de résidence et

un traitement administré hors du canton de résidence pour des raisons autres que médicales (au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal). Ce lien de connexité est donné en particulier lorsque la situation d'urgence survient à l'occasion d'un traitement administré hors du canton. Il n'est pas déterminant que la maladie nécessitant l'aide médicale urgente fût prévisible ou même qu'il existât une certaine probabilité qu'elle survînt (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008] cons. 2.2, 13.04.2006 [K 81/05] cons. 5.3, in RAMA 2006 no KV 369, p. 232). Il suffit en principe que l'atteinte à la santé qui doit être traitée d'urgence fasse partie des risques possibles de l'intervention médicale volontaire qui est effectuée hors du canton de résidence. Constituent de tels risques toutes les maladies qui peuvent être favorisées par le traitement volontaire administré hors du canton de résidence. Il n'est pas déterminant à cet égard qu'il existe probablement, ou même au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé qui commande des soins d'urgence et le traitement préalable (hors du canton de résidence) ou que cette atteinte soit considérée comme une maladie indépendante du point de vue thérapeutique et diagnostique. Il en va différemment seulement s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie nécessitant des soins urgents serait également survenue sans le traitement volontaire hors du canton (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008] cons. 2.2, 10.07.2007 [K 117/06] cons. 6; cf. aussi arrêt du TF du 20.06.2017 [9C_177/2017] cons. 7). b) S'agissant des hôpitaux répertoriés, une obligation d'admission a été prévue et introduite par la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (financement hospitalier), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 (sous réserve des dispositions transitoires y relatives). En vertu de l'article 41a al. 1 LAMal , dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission). Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence (art. 41a al. 2 LAMal). Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission (art. 41a al. 3 LAMal).

E. 3

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le Dr A. _____ a référé son patient à la Clinique B. _____ afin d'effectuer le 29 juin 2017 une ■coronarographie et éventuelle dilatation■. De même, s'il est admis qu'une coronarographie élective n'est pas disponible dans le canton de Neuchâtel, il n'est pas remis en question que, conformément à l'arrêté du 28 septembre 2015 fixant la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]) (RSN : 821.121.2; ci-après : arrêté liste des hôpitaux), cette prestation est réalisable au CHUV, à Lausanne, aux HUG, à Genève, et à l'INSEL, à Berne, soit des établissements admis à fournir des prestations en soins somatiques aigus et en particulier, depuis le 1^{er} janvier 2016, à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des interventions coronariennes. Il s'ensuit que c'est sur conseil du cardiologue traitant, qui est membre de l'effectif des médecins de la Clinique B. _____, que le recourant a privilégié, pour effectuer l'examen ambulatoire concerné, cet établissement, lequel fait partie d'un groupe de cliniques privées, alors qu'en particulier trois hôpitaux universitaires hors du canton figurent parmi les entités répertoriées par le canton de Neuchâtel pour fournir ce genre de prestation. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que la ■coronarographie et éventuelle dilatation■, agendées le 12 juin 2017 par le Dr A. _____ pour le 29 juin suivant, devaient être pratiquées, pour quelque motif que ce fût, à la Clinique B. _____. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. b)

Ceci étant, statuer sur la garantie cantonale refusée par l'intimé revient à déterminer si le canton de Neuchâtel doit assumer la différence de tarif pour l'hospitalisation à la Clinique B. _____ par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié, en application de l'article 41 al. 3 LAMal, ou s'il peut laisser l'assuré supporter cette différence de tarif, en application de l'article 41 al. 1 bis LAMal. Par demande de garantie de paiement pour traitements extracantonaux au tarif de l'hôpital traitant selon l'article 41 al. 3 LAMal établie le 30 juin 2017, le Dr C. _____, a sollicité une participation financière du canton de Neuchâtel pour le pontage aorto-coronarien en urgence différée, réalisé à la Clinique B. _____. Indiquant que le patient était atteint d'une maladie coronarienne, ledit praticien a coché comme motif de sa demande, dans le formulaire, la rubrique suivante : ■ Selon estimation du médecin présentant la demande, la prestation n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile légal du patient ■. Par courrier du 10 novembre 2017 à l'adresse du médecin cantonal adjoint, il a précisé ce qui suit : ■ Le patient sus-mentionné a subi le 29 juin 2017 à la Clinique B. _____, de façon ambulatoire, une coronarographie à la demande du Docteur A. _____, son cardiologue traitant. Suite à cet examen invasif, X. _____ qui souffrait d'une maladie coronarienne sévère avec atteinte du tronc commun, a dû subir en urgence un double pontage aorto-coronarien sous circulation extra-corporelle. Son séjour hospitalier à la Clinique B. _____ a duré du 29 juin au 10 juillet 2017. Une garantie de paiement pour traitement extra-cantonaux a été demandée et nous a été retournée signée le 3 juillet 2017. Il n'a malheureusement pas été signalé que ce séjour était en fait une urgence. ■ Certes, le Dr C. _____ n'a pas coché comme motif de sa demande, dans le formulaire, la rubrique suivante : ■ Urgence (prière d'envoyer, par courriel, voie postale ou fax, la formule remplie immédiatement après urgence au service médical compétent du canton de domicile du patient) Lieu et heure de survenance de l'urgence : ■. Cela étant, force est de constater qu'il a bien fait état, dans sa demande de garantie de paiement pour traitements extracantonaux du 3 juillet 2017, d'une urgence, mais d'une ■ urgence différée ■. Expliquant que ce n'était qu'au moment de la coronarographie que la gravité de la situation était apparue, le recourant a d'ailleurs lui-même admis, dans son mémoire de recours du 21 décembre 2018, qu'un transfert immédiat en surveillance constante aux soins intensifs avait été ordonné dans l'attente d'une place au bloc opératoire. Il a précisé que le Dr C. _____ avait procédé à l'intervention environ 36 heures plus tard, soit dès que son planning le lui avait permis. Dans ces circonstances, l'argumentation de l'intéressé, selon laquelle l'urgence de l'opération pratiquée à la Clinique B. _____ justifiait le choix d'une hospitalisation dans un établissement non répertorié du canton de résidence, ne convainc pas. En effet, au regard des pièces au dossier, il est question d'une ■ urgence différée ■, soit précisément d'une situation dans laquelle, si des soins médicaux doivent être administrés, ils ne doivent pas l'être sans tarder, le patient pouvant être soigné avec délai. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé en l'occurrence, puisque – conformément aux dires mêmes de l'assuré – le moment de l'opération a été fonction du planning du chirurgien et a pu être différé d'environ 36 heures. Relevons encore que, si le Dr C. _____ a signalé, dans son courrier au médecin cantonal adjoint du 10 novembre 2017, que le séjour de son patient constituait une urgence, il n'a pas remis en cause son appréciation initiale, selon laquelle il s'agissait d'une ■ urgence différée ■, pas plus qu'il n'a soutenu que cette urgence justifiait que l'administration des soins médicaux intervînt sans tarder. De même, il n'a à aucun moment fait état d'une quelconque inaptitude au transfert du patient. En l'absence dès lors d'éléments médicaux attestant la nécessité d'une prise en charge ne pouvant

souffrir d'être différée, respectivement, un état de santé s'opposant à un transfert de l'assuré, le seul fait que celui-ci ait été admis aux soins intensifs de la Clinique B. _____ suite à l'examen du 29 juin 2017, de même que ses seules allégations selon lesquelles il aurait été ■à l'évidence intransportable■ ne permettent pas de retenir qu'il se trouvait dans un cas d'urgence au sens de la jurisprudence exposée ci-avant (cf. cons. 2a). Aucun indice au dossier ne permet d'ailleurs de constater qu'un délai plus important que les 36 heures s'étant écoulées entre la coronarographie du 29 juin 2017 et l'intervention chirurgicale du 1^{er} juillet 2017 aurait été nécessaire tant pour effectuer le transfert médicalisé de la Clinique B. _____ au CHUV, établissements distant d'environ 2.6 km et donc en principe à 10 minutes l'un de l'autre en véhicule motorisé, que pour pratiquer l'opération concernée au sein du CHUV, entité répertoriée par le canton de Neuchâtel pour fournir le genre de prestations dont a eu besoin l'assuré. Les éléments avancés par le recourant dans son courrier du 5 mars 2019 ne modifient en rien cette appréciation. Force est de constater qu'il se limite à énoncer, sans démontrer, que l'intervention chirurgicale en cause n'aurait pas pu être réalisée dans les mêmes délais au CHUV, que son transfert, un jeudi soir, dans cet établissement aurait impliqué d'en informer celui-ci, d'y trouver une place pour lui, d'y transmettre son dossier et de permettre à une nouvelle équipe médicale d'en prendre connaissance, d'y trouver au bloc opératoire la disponibilité pour une intervention chirurgicale urgente, longue et délicate, ainsi que de ne pas rencontrer d'incident sur la route. Au vu du contexte, il apparaît bien plutôt que c'est par convenance personnelle que le recourant a choisi de subir l'intervention en cause à la Clinique B. _____ dans le canton de Vaud, sans que la notion d'urgence au sens de la jurisprudence précitée (cf. cons. 2a) n'ait été démontrée, s'agissant d'une coronarographie planifiée suivie d'une intervention en ■urgence différée■, pas plus que l'existence de raisons médicales. On ne voit pas pour quelles raisons l'intéressé n'aurait pas pu subir la ■coronarographie et éventuelle dilatation■ dans l'un des trois hôpitaux universitaires hors du canton figurant parmi les entités répertoriées par le canton de Neuchâtel pour fournir ce genre de prestation, ni d'ailleurs les motifs pour lesquels, sur la base du résultat de cet examen réalisé à la Clinique B. _____ sur le conseil du cardiologue traitant, il n'aurait pas pu être valablement traité au CHUV, où il pouvait bénéficier de tous les soins requis. Comme déjà dit, cet établissement, répertorié dans le canton de Neuchâtel, se trouvait non seulement à moins de 3 km de la Clinique B. _____, mais de plus il disposait du personnel et des équipements nécessaires. A cet égard, l'argumentation du recourant, selon laquelle il n'avait pas eu l'occasion de disserter sur les nuances du sens qui pouvait être donné au mot ■urgence■ et qu'il n'avait fait que se conformer aux ordres du Dr C. _____, qui étaient sans alternatives, soit une hospitalisation immédiate aux soins intensifs, avec l'interdiction de poser un pied par terre, dans l'attente qu'une place soit libre au bloc opératoire, ne saurait lui être d'un quelconque secours. Ces allégations ne modifient en effet en rien le fait que la situation de l'intéressé ne requérait pas une administration de soins médicaux sans tarder, ni ne s'opposait à un transfert au CHUV. Il faut admettre, avec le médecin cantonal, qu'en tant que patient, l'assuré avait le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les mesures prophylactiques envisageables, sur la nature, les modalités, le but, les risques, l'aspect financier et la couverture d'assurance de base des différentes mesures diagnostiques et thérapeutiques proposées ou possibles (art. 23 de la loi cantonale de santé du 06.02.1995 [LS]). En d'autres termes, le recourant aurait dû être informé quant à l'urgence de l'indication opératoire, respectivement, s'agissant des options, tel qu'un transfert au CHUV, ainsi que des conséquences financières. Cela étant, pour apprécier si le

canton de Neuchâtel doit assumer la différence de tarif pour l'hospitalisation à la Clinique B. _____ par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié, il importe peu que ladite information au patient soit ou non intervenue. c) En définitive, en l'absence d'urgence au sens de la jurisprudence (cf. cons. 2a ci-avant) et faute de raisons médicales, le canton de Neuchâtel n'était pas tenu de prendre en charge la différence de coûts dont il est question, à savoir la différence de tarif entre l'hospitalisation à la Clinique B. _____ du 29 juin au 10 juillet 2017 par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié. Il pouvait laisser l'assuré supporter cette différence. Contrairement à l'opinion du recourant, on ne voit pas en quoi cette appréciation pourrait être qualifiée d'arbitraire, d'hors de propos ou d'insoutenable. Les critères ici retenus par le médecin cantonal adjoint pour refuser la garantie de paiement sont parfaitement adaptés aux exigences législatives et jurisprudentielles. Or, une décision ne peut être qualifiée d'arbitraire (art. 9 Cst. féd.) que si elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse concevable, voire préférable; pour que cette décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat (ATF 142 II 369 cons. 4.3, 141 III 564 cons. 4.1, 138 I 49 cons. 7.1), ce qui n'est pas le cas ici.

E. 4

a) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 28 novembre 2018 confirmée. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuves du recourant. b) La procédure en matière de litiges concernant l'obligation du canton au titre de l'article 41 al. 3 LAMal est régie par le droit cantonal (ATF130 V 215 cons. 6.3.2 et 123 V 290 cons. 5). Or, conformément à l'article 8 de l'arrêté hospitalisations hors canton, la procédure est en principe gratuite, des frais pouvant être mis à la charge du recourant téméraire ou qui témoigne de légèreté. Il s'ensuit qu'en application du principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure. Vu le sort de la cause, il n'est pas non plus alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA, qui prévaut ici sur l'article 48 LPJA).

E. 12

septembre 2007 fixant la procédure d'autorisation des hospitalisations hors canton (art.41 al. 3 LAMal) (RSN : 821.128;ci-après : arrêté hospitalisations hors canton), le médecin cantonal est l'autorité compétente pour traiter les demandes de garantie de paiement pour les hospitalisations extracantonales au sens de l'article 41 al. 3 LAMal. En cas de refus de la garantie de paiement, le médecin cantonal communique sa décision au médecin concerné, ainsi qu'à son patient avec indication des voies de droit (art. 5 al. 2 arrêté hospitalisations hors canton). La décision rendue par le médecin cantonal peut faire l'objet d'une opposition auprès de celui-ci dans les 30 jours à compter de sa notification (art. 6 arrêté hospitalisations hors canton). La décision sur opposition rendue par le médecin cantonal peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal, dans les 30 jours à compter de sa notification (art. 7 arrêté hospitalisations hors canton). La procédure est régie par la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (RS : 830.1; ci-après : LPGA), ainsi qu'au surplus par la loi sur la procédure et la juridiction administratives, du 27 juin 1979 (RSN : 152.130; ci-après :LPJA). Elle est en principe

gratuite; des frais peuvent toutefois être mis à la charge du recourant téméraire ou qui témoigne de légèreté (art. 8 arrêté hospitalisations hors canton).

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours formé auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 28 novembre 2018 du médecin cantonal adjoint est recevable.

b) Selon une jurisprudence constante, la Cour de droit public examine d'office les conditions formelles de validité et la régularité de la procédure administrative suivie devant les autorités précédentes (RJN 2016, p. 613 cons. 2a). Cela étant, il convient de se déterminer sur la procédure ayant conduit au prononcé de cette décision sur opposition et plus spécifiquement sur la question de savoir si l'écrit du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint pouvait, voire devait, vu sa teneur, être considéré comme ayant valeur de décision au sens de l'article 3 LPJA en lien avec l'article 4 LPJA.

b/aa) L'article 3 al. 1 LPJA définit la décision comme toute mesure prise par les autorités dans des cas d'espèce qui, fondée sur le droit public fédéral, cantonal ou communal, a pour objet soit de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a), soit de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b), soit encore de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). En font partie les décisions incidentes (art. 3 al. 2 LPJA). Conformément à l'article 4 al. 1 LPJA, la décision n'est valable qu'aux conditions cumulatives suivantes : elle doit être rendue en la forme écrite et comporter le mot "décision" ou le verbe "décider" (let. a); elle doit avoir été notifiée à l'administré (let. b); elle doit indiquer l'autorité auprès de laquelle un recours peut être déposé, la forme du recours et le délai pour son dépôt (let. c); à moins qu'elle ne fasse intégralement droit aux conclusions des parties, elle doit être motivée (let. d).

L'obligation de faire figurer dans l'acte le mot "décision" ou le verbe "décider" ne doit pas être considérée comme une règle de droit impératif, dont la violation pourrait entraîner, à elle seule, la nullité ou l'annulabilité de la décision. En principe, il convient d'interpréter la décision dans le sens que son destinataire pouvait ou devait de bonne foi lui donner. Un éventuel doute sur la portée précise de la décision ne saurait être invoqué si les circonstances et le comportement du destinataire démontrent que celui-ci en avait compris le sens exact. Selon les cas, un vice grave qui rendrait la décision incompréhensible devrait être considéré comme un motif d'annulation voire de nullité, éventuellement partielle, de la décision. Demeure, toutefois, réservé l'abus de droit, consistant à invoquer des motifs d'annulation pour des raisons formelles alors que l'intéressé pouvait déduire des circonstances la portée de la décision, même si celle-ci n'était pas désignée comme telle, ou alors qu'il a accepté de s'y soumettre (Schaer, Juridiction administrative neuchâteloise, 1995, ad art. 4 al. 1 let. a LPJA, p. 37 et les références citées).

L'obligation d'indiquer la voie à disposition pour contester la décision concerne tous les cas dans lesquels existe la possibilité de saisir un moyen juridictionnel ordinaire, savoir le recours administratif ou de droit administratif, ainsi que l'opposition ou la réclamation, mais non les voies extraordinaires. La décision qui n'indique pas ou indique de manière inexacte ou incomplète les voies de droit n'est pas nulle, ni même annulable à proprement parler, mais, quoiqu'imparfaite, en principe valable. En revanche, le vice ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties, ce qui signifie que celles-ci ne doivent pas être pénalisées sur le plan de la recevabilité de leurs actes si le vice les a induits en erreur.

L'erreur de l'intéressé n'est cependant admise que dans les limites, restreintes, du principe de la bonne foi et en tenant compte des circonstances concrètes du cas (Schaer, op. cit., ad art. 4 al. 1 let. cLPJA, p. 40 s et les références citées).

b/bb) En l'espèce, la lettre du 3 juillet 2017 du bureau des hospitalisations hors canton de HNE émane d'une autorité incompétente pour statuer sur des demandes de garantie de paiement pour les hospitalisations extracantonales au sens de l'article 41 al. 3 LAMal. Certes, ce courrier fait référence à une décision du médecin cantonal adjoint concernant l'hospitalisation hors canton de l'intéressé, qui y aurait été jointe. Toutefois, il n'y en a pas trace au dossier. S'agissant du courriel du 13 septembre 2017 du médecin cantonal adjoint, s'il est le fait d'une personne habilitée à se prononcer sur de telles requêtes, force est de constater que son caractère peu formel, de même que l'absence du mot "décision" ou du verbe "décider", respectivement, d'un dispositif en tant qu'expression même de la manifestation de volonté de l'autorité d'exercer un effet sur un rapport juridique déterminé, ainsi que la non-indication des voies de droit sont à même de provoquer, à tout le moins, un risque d'ambiguïté quant à la nature décisionnelle de cet écrit. On ne saurait dès lors reprocher à l'intéressé de ne pas avoir considéré cette missive comme une décision. Si la correspondance du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint ne contient pas non plus le mot "décision" ou le verbe "décider", pas plus qu'un dispositif séparé de l'exposé des faits et des motifs, respectivement qu'une indication des voies de droit, il n'en demeure pas moins que le patient n'a subi aucun préjudice en raison de ces vices. En effet, comme le démontre son écrit du 15 octobre 2018 au chef du DFS, il a compris que la prise en charge de la facture de 2'479.40 francs relative à son hospitalisation à la Clinique B. _____ du 29 juin au 10 juillet 2017 était refusée, ainsi que les motifs de ce refus. Il a ainsi pu contester dans les formes et délai utile, ainsi qu'en en comprenant sa teneur, l'acte du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint. Si le mémoire du 15 octobre 2018 a été adressé au chef du DFS au lieu du médecin cantonal, autorité compétente pour se prononcer sur opposition sur un refus de la garantie de paiement, force est de constater que le patient n'a pas été pénalisé sur le plan de la recevabilité de son acte par cette erreur, induite par l'absence d'indication des voies de droit. L'acte de l'intéressé, considéré comme une opposition à la décision du 26 septembre 2018 du médecin cantonal adjoint, a été communiqué à l'autorité compétente, laquelle a statué dans les formes le 28 novembre 2018.

2.a) En ce qui concerne le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des coûts, l'article 41 al. 1bis LAMal (entré en vigueur le 01.01.2009) prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Selon l'article 41 al. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur à partir du 01.01.2009), si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a LAMal. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

On qualifie d'"hospitalier" un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des soins. Un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit (cf. Message du Conseil fédéral du 15.09.2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [financement hospitalier], in : FF 2004 5207, 5234).

La loi ne définit pas ce qu'il faut entendre par cas d'urgence justifiant que l'assuré ait recours aux services d'un hôpital non répertorié du canton de résidence. En revanche, l'article 36 al. 2 OAMal contient une définition du cas d'urgence en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du coût des traitements effectués à l'étranger. Selon cette disposition réglementaire, 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 (2^{ème} phrase); il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (3^{ème} phrase). Par analogie, il faut considérer qu'il y a cas d'urgence justifiant l'application d'un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son canton de résidence (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008]cons. 2.2, 13.04.2006 [K 81/05]cons. 5.1, 14.10.2002 [K 128/01]cons. 4.1, in: RAMA 2002, no KV 231, p. 475; Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, p. 560 s., no 475 ss, spéc. no 477). La jurisprudence a précisé que le canton de résidence de l'assuré n'est pas tenu de prendre en charge la différence de coûts dont il est question lorsqu'il existe un lien de connexité matériel et temporel entre une atteinte à la santé requérant des soins urgents dans un hôpital non répertorié du canton de résidence et un traitement administré hors du canton de résidence pour des raisons autres que médicales (au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal). Ce lien de connexité est donné en particulier lorsque la situation d'urgence survient à l'occasion d'un traitement administré hors du canton. Il n'est pas déterminant que la maladie nécessitant l'aide médicale urgente fût prévisible ou même qu'il existât une certaine probabilité qu'elle survînt (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008]cons. 2.2, 13.04.2006 [K 81/05]cons. 5.3, in RAMA 2006 no KV 369, p. 232). Il suffit en principe que l'atteinte à la santé qui doit être traitée d'urgence fasse partie des risques possibles de l'intervention médicale volontaire qui est effectuée hors du canton de résidence. Constituent de tels risques toutes les maladies qui peuvent être favorisées par le traitement volontaire administré hors du canton de résidence. Il n'est pas déterminant à cet égard qu'il existe probablement, ou même au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé qui commande des soins d'urgence et le traitement préalable (hors du canton de résidence) ou que cette atteinte soit considérée comme une maladie indépendante du point de vue thérapeutique et diagnostique. Il en va différemment seulement s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie nécessitant des soins urgents serait également survenue sans le traitement volontaire hors du canton (arrêts du TF des 31.03.2009 [9C_812/2008]cons. 2.2, 10.07.2007 [K 117/06]cons. 6; cf. aussi arrêt du TF du 20.06.2017 [9C_177/2017]cons. 7).

b) S'agissant des hôpitaux répertoriés, une obligation d'admission a été prévue et introduite par la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (financement hospitalier), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 (sous réserve des dispositions transitoires y relatives). En vertu

de l'article 41a al. 1 LAMal, dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission). Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence (art. 41a al. 2 LAMal). Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission (art. 41a al. 3 LAMal).

3.a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le Dr A. _____ a référé son patient à la Clinique B. _____ afin d'effectuer le 29 juin 2017 une coronarographie et éventuelle dilatation. De même, s'il est admis qu'une coronarographie élective n'est pas disponible dans le canton de Neuchâtel, il n'est pas remis en question que, conformément à l'arrêté du 28 septembre 2015 fixant la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]) (RSN : 821.121.2; ci-après : arrêté liste des hôpitaux), cette prestation est réalisable au CHUV, à Lausanne, aux HUG, à Genève, et à l'INSEL, à Berne, soit des établissements admis à fournir des prestations en soins somatiques aigus et en particulier, depuis le 1er janvier 2016, à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des interventions coronariennes. Il s'ensuit que c'est sur conseil du cardiologue traitant, qui est membre de l'effectif des médecins de la Clinique B. _____, que le recourant a privilégié, pour effectuer l'examen ambulatoire concerné, cet établissement, lequel fait partie d'un groupe de cliniques privées, alors qu'en particulier trois hôpitaux universitaires hors du canton figurent parmi les entités répertoriées par le canton de Neuchâtel pour fournir ce genre de prestation. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que la coronarographie et éventuelle dilatation, agendées le 12 juin 2017 par le Dr A. _____ pour le 29 juin suivant, devaient être pratiquées, pour quelque motif que ce fût, à la Clinique B. _____. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

b) Ceci étant, statuer sur la garantie cantonale refusée par l'intimé revient à déterminer si le canton de Neuchâtel doit assumer la différence de tarif pour l'hospitalisation à la Clinique B. _____ par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié, en application de l'article 41 al. 3 LAMal, ou s'il peut laisser l'assuré supporter cette différence de tarif, en application de l'article 41 al. 1 bis LAMal.

Par demande de garantie de paiement pour traitements extracantonaux au tarif de l'hôpital traitant selon l'article 41 al. 3 LAMal établie le 30 juin 2017, le Dr C. _____, a sollicité une participation financière du canton de Neuchâtel pour le pontage aorto-coronarien en urgence différée, réalisé à la Clinique B. _____. Indiquant que le patient était atteint d'une maladie coronarienne, ledit praticien a coché comme motif de sa demande, dans le formulaire, la rubrique suivante : « Selon estimation du médecin présentant la demande, la prestation n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile légal du patient ». Par courrier du 10 novembre 2017 à l'adresse du médecin cantonal adjoint, il a précisé ce qui suit :

■ Le patient sus-mentionné a subi le 29 juin 2017 à la Clinique B. _____, de façon ambulatoire, une coronarographie à la demande du Docteur A. _____, son cardiologue traitant.

Suite à cet examen invasif, X. _____ qui souffrait d'une maladie coronarienne sévère avec atteinte du tronc commun, a dû subir en urgence un double pontage aorto-coronarien

sous circulation extra-corporelle. Son séjour hospitalier à la Clinique B._____ a duré du 29 juin au 10 juillet 2017.

Une garantie de paiement pour traitement extra-cantonaux a été demandée et nous a été retournée signée le 3 juillet 2017. Il n'a malheureusement pas été signalé que ce séjour était en fait une urgence.

Certes, le Dr C._____ n'a pas coché comme motif de sa demande, dans le formulaire, la rubrique suivante : « Urgence (prière d'envoyer, par courriel, voie postale ou fax, la formule remplie immédiatement après urgence au service médical compétent du canton de domicile du patient) Lieu et heure de survenance de l'urgence : ». Cela étant, force est de constater qu'il a bien fait état, dans sa demande de garantie de paiement pour traitements extracantonaux du 3 juillet 2017, d'une urgence, mais d'une urgence différée. Expliquant que ce n'était qu'au moment de la coronarographie que la gravité de la situation était apparue, le recourant a d'ailleurs lui-même admis, dans son mémoire de recours du 21 décembre 2018, qu'un transfert immédiat en surveillance constante aux soins intensifs avait été ordonné dans l'attente d'une place au bloc opératoire. Il a précisé que le Dr C._____ avait procédé à l'intervention environ 36 heures plus tard, soit dès que son planning le lui avait permis.

Dans ces circonstances, l'argumentation de l'intéressé, selon laquelle l'urgence de l'opération pratiquée à la Clinique B._____ justifiait le choix d'une hospitalisation dans un établissement non répertorié du canton de résidence, ne convainc pas. En effet, au regard des pièces au dossier, il est question d'une urgence différée, soit précisément d'une situation dans laquelle, si des soins médicaux doivent être administrés, ils ne doivent pas l'être sans tarder, le patient pouvant être soigné avec délai. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé en l'occurrence, puisque conformément aux dires mêmes de l'assuré le moment de l'opération a été fonction du planning du chirurgien et a pu être différé d'environ 36 heures. Relevons encore que, si le Dr C._____ a signalé, dans son courrier au médecin cantonal adjoint du 10 novembre 2017, que le séjour de son patient constituait une urgence, il n'a pas remis en cause son appréciation initiale, selon laquelle il s'agissait d'une urgence différée, pas plus qu'il n'a soutenu que cette urgence justifiait que l'administration des soins médicaux intervînt sans tarder. De même, il n'a à aucun moment fait état d'une quelconque inaptitude au transfert du patient. En l'absence dès lors d'éléments médicaux attestant la nécessité d'une prise en charge ne pouvant souffrir d'être différée, respectivement, un état de santé s'opposant à un transfert de l'assuré, le seul fait que celui-ci ait été admis aux soins intensifs de la Clinique B._____ suite à l'examen du 29 juin 2017, de même que ses seules allégations selon lesquelles il aurait été à l'évidence intransportable ne permettent pas de retenir qu'il se trouvait dans un cas d'urgence au sens de la jurisprudence exposée ci-avant (cf. cons. 2a). Aucun indice au dossier ne permet d'ailleurs de constater qu'un délai plus important que les 36 heures s'étant écoulées entre la coronarographie du 29 juin 2017 et l'intervention chirurgicale du 1er juillet 2017 aurait été nécessaire tant pour effectuer le transfert médicalisé de la Clinique B._____ au CHUV, établissements distant d'environ 2.6 km et donc en principe à 10 minutes l'un de l'autre en véhicule motorisé, que pour pratiquer l'opération concernée au sein du CHUV, entité répertoriée par le canton de Neuchâtel pour fournir le genre de prestations dont a eu besoin l'assuré. Les éléments avancés par le recourant dans son courrier du 5 mars 2019 ne modifient en rien cette appréciation. Force est de constater qu'il se limite à énoncer, sans démontrer, que

l'intervention chirurgicale en cause n'aurait pas pu être réalisée dans les mêmes délais au CHUV, que son transfert, un jeudi soir, dans cet établissement aurait impliqué d'en informer celui-ci, d'y trouver une place pour lui, d'y transmettre son dossier et de permettre à une nouvelle équipe médicale d'en prendre connaissance, d'y trouver au bloc opératoire la disponibilité pour une intervention chirurgicale urgente, longue et délicate, ainsi que de ne pas rencontrer d'incident sur la route.

Au vu du contexte, il apparaît bien plutôt que c'est par convenance personnelle que le recourant a choisi de subir l'intervention en cause à la Clinique B. _____ dans le canton de Vaud, sans que la notion d'urgence au sens de la jurisprudence précitée (cf. cons. 2a) n'ait été démontrée, s'agissant d'une coronarographie planifiée suivie d'une intervention en urgence différée, pas plus que l'existence de raisons médicales. On ne voit pas pour quelles raisons l'intéressé n'aurait pas pu subir la coronarographie et éventuelle dilatation dans l'un des trois hôpitaux universitaires hors du canton figurant parmi les entités répertoriées par le canton de Neuchâtel pour fournir ce genre de prestation, ni d'ailleurs les motifs pour lesquels, sur la base du résultat de cet examen réalisé à la Clinique B. _____ sur le conseil du cardiologue traitant, il n'aurait pas pu être valablement traité au CHUV, où il pouvait bénéficier de tous les soins requis. Comme déjà dit, cet établissement, répertorié dans le canton de Neuchâtel, se trouvait non seulement à moins de 3 km de la Clinique B. _____, mais de plus il disposait du personnel et des équipements nécessaires. A cet égard, l'argumentation du recourant, selon laquelle il n'avait pas eu l'occasion de dissenter sur les nuances du sens qui pouvait être donné au mot urgence et qu'il n'avait fait que se conformer aux ordres du Dr C. _____, qui étaient sans alternatives, soit une hospitalisation immédiate aux soins intensifs, avec l'interdiction de poser un pied par terre, dans l'attente qu'une place soit libre au bloc opératoire, ne saurait lui être d'un quelconque secours. Ces allégations ne modifient en effet en rien le fait que la situation de l'intéressé ne requérait pas une administration de soins médicaux sans tarder, ni ne s'opposait à un transfert au CHUV. Il faut admettre, avec le médecin cantonal, qu'en tant que patient, l'assuré avait le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les mesures prophylactiques envisageables, sur la nature, les modalités, le but, les risques, l'aspect financier et la couverture d'assurance de base des différentes mesures diagnostiques et thérapeutiques proposées ou possibles (art. 23 de la loi cantonale de santé du 06.02.1995 [LS]). En d'autres termes, le recourant aurait dû être informé quant à l'urgence de l'indication opératoire, respectivement, s'agissant des options, tel qu'un transfert au CHUV, ainsi que des conséquences financières. Cela étant, pour apprécier si le canton de Neuchâtel doit assumer la différence de tarif pour l'hospitalisation à la Clinique B. _____ par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié, il importe peu que ladite information au patient soit ou non intervenue.

c) En définitive, en l'absence d'urgence au sens de la jurisprudence (cf. cons. 2a ci-avant) et faute de raisons médicales, le canton de Neuchâtel n'était pas tenu de prendre en charge la différence de coûts dont il est question, à savoir la différence de tarif entre l'hospitalisation à la Clinique B. _____ du 29 juin au 10 juillet 2017 par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation dans un hôpital répertorié. Il pouvait laisser l'assuré supporter cette différence.

Contrairement à l'opinion du recourant, on ne voit pas en quoi cette appréciation pourrait être qualifiée d'arbitraire, d'hors de propos ou d'insoutenable. Les critères ici retenus par

le médecin cantonal adjoint pour refuser la garantie de paiement sont parfaitement adaptés aux exigences législatives et jurisprudentielles. Or, une décision ne peut être qualifiée d'arbitraire (art. 9 Cst. féd.) que si elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse concevable, voire préférable; pour que cette décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat (ATF 142 II 369cons. 4.3,141 III 564cons. 4.1,138 I 49cons. 7.1), ce qui n'est pas le cas ici.

4.a) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 28 novembre 2018 confirmée. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuves du recourant.

b) La procédure en matière de litiges concernant l'obligation du canton au titre de l'article 41 al. 3 LAMalest régie par le droit cantonal (ATF130 V 215cons. 6.3.2 et123 V 290cons. 5). Or, conformément à l'article 8 de l'arrêté hospitalisations hors canton, la procédure est en principe gratuite, des frais pouvant être mis à la charge du recourant téméraire ou qui témoigne de légèreté.

Il s'ensuit qu'en application du principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure. Vu le sort de la cause, il n'est pas non plus alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA, qui prévaut ici sur l'article 48LPJA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Statue sans frais.
3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 8 avril 2019

1 En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.²³

1bis En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49 jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.⁴

1ter L'al. 1bis s'applique par analogie aux maisons de naissance.⁵

2 En cas de traitement hospitalier en Suisse, les assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ont le libre choix entre les hôpitaux répertoriés.⁶

2bis Si les assurés suivants qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton auquel ils sont rattachés assument la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton en question:

- a. les frontaliers et les membres de leur famille;
- b. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.⁷

²Si des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence.⁸

³Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.⁹

^{3bis}Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.¹⁰

⁴L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

¹Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).²Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).³Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).⁴Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.⁵Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).⁶Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).⁷Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).⁸Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).⁹Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007

(Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).¹⁰ Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).

1 Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

2 Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence.

3 Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

1 Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).² Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).

1 Les rémunérations au sens de l'art. 49, al. 1, sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.

2 Les cantons prennent en charge la part cantonale:

a. des assurés qui résident sur leur territoire;

b. des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont hospitalisés en Suisse, s'ils appartiennent aux catégories suivantes:

1. les frontaliers et les membres de leur famille,

2. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse,

3. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.²

2bis Le canton qui prend en charge la part cantonale pour les assurés visés à l'al. 2, let. b, est considéré comme le canton de résidence au sens de la présente loi.³

2ter Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55 % au moins.⁴

3 Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42.

3bis En cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, les cantons assument collectivement la prise en charge de la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital. Le montant dû à ce titre par chacun des cantons est réparti entre eux proportionnellement à leur population résidante.⁵

4 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 et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.⁶Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2.

¹Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.²Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).³Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).⁴Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).⁵Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20176717;FF20161).⁶Nouvelle teneur selon l'art. 25 de la LF du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient, en vigueur depuis le 15 avr. 2017 (RO20172201;FF20134747). Voir aussi des disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.