

Hospitalisations extracantonales : assurance nécessaire ?

Par Jean-François Steiert, conseiller national, vice-président de la Fédération suisse des patients

« En prenant des renseignements pour changer de caisse-maladie pour l'assurance-maladie obligatoire, j'ai été rendue attentive à l'opportunité de vérifier mon portefeuille d'assurances complémentaires. Dans ce contexte, je souhaite savoir quelle est l'utilité d'une assurance pour l'hospitalisation dans l'ensemble du pays. Ai-je besoin d'une telle assurance et, si ce n'est pas le cas, comment puis-je la résilier ? »

La loi fédérale sur l'assurance-maladie limite le libre choix de l'hôpital : l'assurance obligatoire couvre les frais d'hospitalisation dans le canton de domicile, en chambre commune, dans un hôpital qui figure sur la liste d'hôpitaux du canton de domicile. Contrairement aux règles valables pour les traitements ambulatoires, le lieu de travail ne joue aucun rôle, et il n'est pas non possible de se rendre dans un hôpital qui se trouverait « dans les environs », mais hors canton.

Cette règle comprend plusieurs exceptions :

1. Depuis le 1^{er} janvier 2009, il est possible de se faire soigner, sans raison médicale particulière, dans un hôpital d'un autre canton figurant sur la liste de ce canton. L'assuré aura alors droit au remboursement du tarif applicable dans son canton de résidence. Cela signifie que si le tarif de l'hôpital choisi devait être supérieur à celui d'un traitement dans le canton de résidence (ce qui est par exemple généralement le cas d'une Fribourgeoise se rendant dans le canton de Vaud), la différence devra être prise en charge par le patient. Cette règle vaut tant pour les hôpitaux publics ou subventionnés que pour les hôpitaux privés (division commune). Attention : chaque hôpital mentionné dans la liste de son canton doit prendre en charge tous les patients de ce canton, mais cette obligation d'admission ne vaut pas pour les assurés des autres cantons.
2. Les cas d'urgence : dans un tel cas et si le traitement a lieu dans un hôpital extracantonnel public ou subventionné figurant sur la liste de son canton, la caisse-maladie devra couvrir l'ensemble des frais selon les mêmes modalités que si le traitement s'était déroulé dans le canton de domicile, même si le coût est nettement plus élevé dans le canton où le traitement est effectué. Le médecin d'urgence devra avoir vérifié avant le traitement s'il n'est pas possible de transférer le patient dans son canton de résidence.
3. Les cas médicaux : si aucun traitement adéquat n'est possible dans le canton, le canton de résidence peut prendre en charge un traitement hospitalier dans un hôpital extracantonnel public ou subventionné figurant sur la liste de son canton. Cela présuppose impérativement une autorisation préalable du canton de résidence, généralement par le médecin cantonal.

L'assurance complémentaire ne couvre que la différence de coût lors d'une hospitalisation volontaire dans un autre canton, au sens du premier point. Elle ne donne donc de sens que pour les personnes qui envisagent, pour des raisons de confort ou de proximité d'hôpitaux extracantonaux (ou encore, p. ex., pour des personnes âgées dont la famille proche réside dans un autre canton), de se faire soigner hors canton. Elle ne donne en outre aucune garantie d'admission dans un hôpital d'un autre canton. Dans ces conditions, de nombreux assurés pourraient

sans doute renoncer sans problème à une telle assurance. Attention : avant de résilier une telle assurance, vérifiez si le contrat ne couvre pas simultanément d'autres prestations auxquelles vous tenez. Enfin, en ce qui concerne le délai de résiliation, il n'est pas uniforme, mais figure dans les conditions générales du contrat : il s'agit généralement du 30 septembre, pour la fin de l'année en cours, parfois aussi du 30 juin ou d'autres dates.