

Hospitalisation dans un établissement extracantonal Notice d'information aux patients

Dès le 1^{er} janvier 2012, en cas de traitement hospitalier pour des maladies aiguës (somatiques et psychiatriques) ou de mesures de réadaptation, les patients et les patientes ont le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste de leur canton de domicile ou sur celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié, public ou privé)¹, conformément à l'article 41, alinéa 1^{bis} de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).

Attention : libre choix ne signifie pas forcément prise en charge des frais de prestations hospitalières en division commune par l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base) et le canton. **En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié d'un autre canton, l'assureur et le canton de domicile assument leur part respective de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de domicile.**

A noter que les frais éventuels découlant de prestations supplémentaires en division semi-privée ou privée sont à la charge de l'assurance complémentaire.



Que signifie concrètement prise en charge des frais d'une **hospitalisation extracantonale** ?
Il y a lieu de distinguer différents cas de figure :

1. Entière prise en charge des frais par l'assurance de base et le canton de Berne

- 1.1 L'hôpital extracantonal figure sur la liste des hôpitaux du canton de Berne².
- 1.2 L'hôpital extracantonal est mentionné dans la liste des hôpitaux du canton d'implantation³ et le tarif de cet établissement est inférieur au tarif de référence bernois⁴ (les deux conditions doivent être remplies).
- 1.3 L'hôpital extracantonal figure sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation, le tarif de cet établissement est supérieur au tarif de référence bernois et le canton de Berne a octroyé une garantie de participation aux frais (les trois conditions doivent être remplies).
- 1.4 L'hôpital extracantonal ne figure ni sur la liste des hôpitaux du canton ni sur celle du canton d'implantation (mais sur la liste hospitalière d'un autre canton) ou l'hôpital est conventionné⁵ et le canton de Berne a accordé de garantie de participation aux frais pour un cas d'urgence⁶ (les deux conditions doivent être remplies).

¹ L'alinéa s'applique par analogie aux maisons de naissance.

² La liste des hôpitaux en vigueur peut être consultée ou téléchargée sur le site internet de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale ([Liste des hôpitaux \(Santé\) Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale - Canton de Berne](#)).

³ La liste des hôpitaux en vigueur du canton de domicile peut être consultée ou téléchargée sur le site internet du canton de domicile.

⁴ Les tarifs de référence bernois en vigueur peuvent être consultés ou téléchargés sur le site internet de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale ([Hospitalisation hors canton \(Santé\) Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale - Canton de Berne](#)).

⁵ Hôpital qui a conclu des contrats avec un ou plusieurs assureurs mais ne figure pas sur une liste hospitalière d'un canton.

⁶ Lorsqu'un patient souffre d'un problème de santé aigu dans un autre canton et que son état ne permet pas de le transporter dans un hôpital bernois.

Dans quels cas une garantie de participation aux frais est-elle octroyée ?

Une **garantie de participation aux frais** est accordée uniquement pour un traitement couvert par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)⁷, conformément à l'article 41, alinéa 3 LAMal lorsque le traitement est dispensé en dehors du canton de Berne pour des raisons médicales. Sont réputées raisons médicales :

- le **cas d'urgence** (i.e. lorsqu'un patient souffre d'un problème de santé aigu dans un autre canton et que son état ne permet pas de le transporter dans un hôpital bernois),
- **l'indisponibilité du traitement requis dans le canton de Berne** (la prestation médicale ne peut pas être assurée dans le canton de Berne ou exigerait un délai d'attente excessivement long).

Qui doit déposer une demande de garantie de participation aux frais ?

- Le médecin traitant qui ordonne une hospitalisation dans un hôpital extracantonal, **figurant sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation et dont le tarif est supérieur au tarif de référence du canton de Berne**, doit déposer la demande de garantie de participation aux frais selon l'article 41, alinéa 3 LAMal auprès de l'Office du médecin cantonal (OMC) **avant** l'admission.
- En cas d'urgence, c'est au médecin de l'hôpital qui accueille le patient de déposer la requête.

Qui décide ?

- Il revient à l'OMC d'accepter ou de refuser les demandes. La décision est communiquée au patient, à l'administration des patients de l'hôpital extracantonal, à la direction médicale de la division concernée de l'hôpital extracantonal, à l'assureur et au médecin du canton de Berne qui a adressé le patient.
- Si le patient ou son assureur conteste une décision négative, il peut :
 - fournir des informations médicales supplémentaires à l'OMC, en le priant de réexaminer la demande sur la base de ces compléments ;
 - exiger une décision formelle susceptible de recours.

2. L'assurance de base et le canton de Berne n'assurent pas entièrement les frais dans les cas suivants :

2.1 L'hôpital extracantonal figure sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation, le tarif de cet établissement est supérieur au tarif de référence bernois et le canton de Berne n'a pas octroyé de garantie de participation aux frais.

2.2 L'hôpital extracantonal figure sur la liste hospitalière d'un autre canton ou est lié à un contrat⁸ et le canton de Berne n'a pas accordé de garantie de participation.

Quand intervient l'assurance complémentaire ?

En cas de rejet de la demande, il est recommandé aux patients disposant d'une assurance complémentaire (p. ex. division commune dans toute la Suisse, division semi-privée ou privée) de s'adresser à leur assureur pour déterminer si une prise en charge de la totalité des frais est envisageable. En effet, selon le type d'assurance contractée, la caisse-maladie est tenue de payer l'intégralité des coûts.

Berne, février 2018

⁷ Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux traitements pour lesquels il existe une obligation à prestation de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire.

⁸ Hôpital qui a conclu des contrats avec un ou plusieurs assureurs mais ne figure sur aucune liste hospitalière cantonale.