



Le complément médical en 10 points de l'ASMI :

Complément médical de l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation (privée ou semi-privée)

Introduction

A l'article 12 de la LAMal, le législateur a clairement séparé les deux domaines d'assurance maladie que nous connaissons en Suisse de longue date : l'une, appelée assurance sociale et obligatoire, est régie par la LAMal, l'autre facultative, dite assurance complémentaire, est versée dès 1996 dans le droit privé et régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Les conséquences multiples de cette séparation concernent les patients, les assureurs, les fournisseurs des soins, les soins dans leur étendue et leur financement, le droit, pour ne mentionner que les plus évidentes.

La logique de cette séparation concerne principalement les soins prodigués en cas d'hospitalisation que cela soit en établissement privé non subventionné ou en division privée d'un établissement subventionné. Les soins comportent d'une part les prestations prises en charge par l'assurance sociale. Selon l'article 32, les conditions de prise en charge des prestations mentionnées ci-dessus doivent être efficaces, appropriées et économiques. D'autre part, les prestations absentes des art. 25 à 31 ou ne répondant pas aux conditions de l'art. 32 LAMal peuvent être prises en compte par l'assurance complémentaire. Quiconque tente d'étudier dans le détail les art. 25 à 32 de la LAMal et leur application rencontre de multiples difficultés à établir la frontière entre les deux domaines, ce qui nécessitera assurément encore plusieurs décisions de tribunal à défaut de décision politique.

Buts

Notre activité médicale est naturellement une composante des soins et est, par conséquent, également soumise à la séparation entre l'assurance sociale et l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation dans un établissement privé non subventionné ou dans une division privée d'un établissement subventionné. Une part de notre activité médicale est à charge de l'assurance sociale alors que son complément est de la responsabilité du patient ou de son assurance complémentaire. Il a paru primordial à notre Association de définir la part médicale complémentaire – donc hors LAMal – en cas d'hospitalisation dans un établissement privé non subventionné. Notre réflexion à ce sujet a été stimulée par l'expertise publiée en 2000 du Prof. R. Leu, qui avait signalé la difficulté croissante des assurés à distinguer les deux domaines d'assurance maladie et, par l'Organisation suisse des patients qui, à juste raison, a souhaité connaître le complément des soins et, plus précisément en ce qui nous concerne, le complément médical qu'un assuré peut obtenir du médecin agréé lorsqu'il a contracté une assurance complémentaire pour motif d'avoir le libre choix du médecin en cas d'hospitalisation.



Complément médical en 10 points

L'arrêt du Tribunal Fédéral du 31 août 2004 a approuvé les efforts entrepris par notre association. Lors d'un séminaire consacré entièrement au thème de la « plus-value » médicale – notamment le libre choix du médecin en cas d'hospitalisation privée ou semi-privée – nous avons poursuivi notre réflexion. Le résultat a été un programme de 8 points en 2002 et son développement à l'attestation de 10 points en 2005. Le programme a été retouché la dernière fois en 2016 et est valable pour les années 2019-2021.

1. Le médecin agréé réalise personnellement les prestations médicales.
2. Le médecin agréé a achevé la formation de médecin spécialiste et s'engage dans la formation continue.
3. La disponibilité du médecin agréé est permanente et donc son accessibilité aisée assure un accompagnement thérapeutique personnel.
4. Le médecin agréé attache une grande importance au souhait du patient dans l'organisation de la prestation.
5. Le médecin agréé met rapidement en œuvre le processus diagnostique et thérapeutique. Il peut faire abstraction de limitations du traitement prévues pour les patients de classe commune (LAMal).
6. En cas d'hospitalisation dans une division privée ou semi-privée, le médecin agréé s'efforcera, d'entente avec les établissements privés, d'éviter tout délai d'attente.
7. Le médecin agréé veille particulièrement à la protection de la sphère privée du patient.
8. Le médecin agréé informe préalablement les patients à propos des éventuels coûts supplémentaires à anticiper et il établit une note d'honoraires transparente et intelligible. Il leur fait valoir l'importance d'une garantie de prise en charge de la part de l'assurance ou le montant du dépôt de garantie pour les patients auto-payeurs.
9. Le médecin agréé accepte les règles de la commission paritaire responsable pour les assurances complémentaires.
10. L'éventuel médecin agréé remplaçant, consultant ou mandaté répond à ces mêmes critères.

Nous espérons ainsi répondre aux attentes des assurés qui ont souscrit volontairement une assurance complémentaire garantissant le libre choix du médecin en cas d'hospitalisation.