



## DOCUMENTATION à L'ATTENTION DES PATIENTS

### Hospitalisations 2012

### « Libre choix » de l'hôpital et hospitalisations hors du canton de Vaud : questions et réponses les plus fréquentes à l'attention des patients vaudois

Concerne l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2012 des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sur le financement hospitalier.

#### Questions générales

##### **1. Qu'est-ce qui change au 1er janvier 2012 pour les assurés vaudois ?**

Dès le 1er janvier 2012, le nouveau financement hospitalier prévu par la LAMal introduit le « libre choix » de l'hôpital. Cela signifie que les assurés ont davantage de liberté dans le choix de leur lieu d'hospitalisation. **Attention : le « libre choix » ne signifie pas que l'entier du traitement hospitalier est remboursé dans toutes les situations.**

##### **2. Qu'est-ce que la liste LAMal ?**

Chaque canton établit une planification hospitalière et, en fonction des besoins sanitaires de la population et de l'offre hospitalière, décide quels établissements il va inscrire sur sa liste pour couvrir ces besoins. Certains établissements figurent sur cette liste pour certaines prestations spécifiques seulement (prestations reconnues).

Les listes hospitalières cantonales sont en principe consultables sur le site Internet de chaque canton. Pour le canton de Vaud, voir sur [www.vd.ch/lamal2012](http://www.vd.ch/lamal2012)

##### **3. En cas d'hospitalisation dans le canton de Vaud dans un établissement figurant sur la liste LAMal vaudoise, comment les coûts sont-ils pris en charge ?**

Le remboursement des hospitalisations est entièrement pris en charge. L'assurance-maladie de base couvre 45% et le canton 55%.

##### **4. En cas d'hospitalisation hors canton, quels sont les coûts pris en charge ?**

Le montant du remboursement des hospitalisations hors canton dépend des situations :

##### A. S'il s'agit d'une urgence ou si la prestation n'est pas disponible dans le canton de Vaud.

Les coûts sont entièrement remboursés. (Assurance obligatoire des soins 45% et Canton de VD 55%).

##### B. Si la prestation est reconnue pour cet établissement par son canton.

Les coûts sont remboursés jusqu'à hauteur du prix qu'aurait coûté le traitement dans le canton de Vaud. L'assurance complémentaire ou le patient lui-même lorsqu'il n'en n'a pas, doit payer la différence.

C. Si la prestation n'est pas reconnue pour cet établissement par son canton ou si la prestation est fournie par un établissement qui ne figure sur aucune liste.

L'assurance de base rembourse à hauteur de 45 % si elle a un contrat spécifique avec cet établissement (convention), et l'assurance complémentaire ou le patient lui-même les 55% restant.

Si l'assurance de base n'a pas de contrat spécifique avec cet établissement, c'est l'assurance complémentaire qui paie en fonction du type de contrat conclu avec le patient. Si le patient n'a pas d'assurance complémentaire, c'est lui qui paie le 100%.

**5. L'assurance complémentaire couvrant le « libre choix » de l'hôpital dans toute la Suisse est-elle encore nécessaire ?**

Chaque assuré doit se renseigner auprès de son assurance-maladie complémentaire pour savoir quelles prestations sont prises en charge.

**6. Que se passe-t-il si la prestation n'est pas disponible dans le canton de Vaud ?**

Il est du devoir de votre médecin de vous renseigner à ce sujet.

## **Demande de garantie**

**7. En quoi consiste le système de garantie ?**

Le financement de l'hospitalisation d'un résident vaudois dans son propre canton est pris en charge à hauteur de 45% par l'assurance de base et de 55% par le canton de Vaud.

Pour une hospitalisation dans un autre canton la prise en charge de la part cantonale n'est assumée par le canton de Vaud que dans certains cas.

La garantie de paiement pour hospitalisation extracantonale permet ainsi de garantir que la part cantonale de la facture sera prise en charge par le canton, en complément de la part prise automatiquement en charge par l'assurance de base. Cette demande de garantie doit être faite par le médecin.

**8. Dans quels cas la demande de garantie n'est-elle pas nécessaire ?**

Il n'est pas nécessaire de procéder à une demande de garantie lorsque l'établissement hospitalier figure sur la liste cantonale vaudoise.

**9. Pourquoi le système de garantie de paiement est-il maintenu ?**

L'octroi d'une garantie de paiement par le canton permet le remboursement de l'entier de l'hospitalisation (hors franchise et participation aux frais). La demande de garantie de paiement doit être adressée au Service de la santé publique par le médecin.

**10. Dans quels cas d'hospitalisation hors canton une garantie de paiement est-elle octroyée ?**

Lorsque l'hôpital/une clinique n'est pas sur la liste vaudoise, les critères pris en compte pour l'octroi d'une garantie de paiement restent inchangés et sont :

- En cas d'urgence : lorsque le traitement doit être administré sans tarder et un transfert/une admission dans un hôpital/une clinique dans le canton de Vaud (liste vaudoise) n'est médicalement pas justifiable/possible.
- En cas de traitement non disponible : lorsque le traitement ne peut pas être réalisé dans le canton de Vaud (traitement non dispensé ou manque de place dans les hôpitaux du canton de résidence) et que le recours à un hôpital/une clinique extracantonale est dès lors indispensable.

**11. Dans quel cas faut-il déposer une demande de garantie de paiement ?**

En cas d'hospitalisation dans un hôpital/une clinique figurant sur la liste LAMal d'un autre canton ou dans un hôpital/une clinique ne figurant sur aucune liste cantonale, une demande de garantie doit être adressée au Service de la santé publique vaudois.

Attention, le « libre choix » de l'hôpital ne donne droit qu'à une prise en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de Vaud. Ainsi, par exemple, si une personne souhaite se faire hospitaliser à Bâle et que cette hospitalisation coûte plus cher que dans le canton de Vaud, seul sera remboursé le montant qu'aurait coûté cette hospitalisation dans le canton de Vaud. La prise en charge totale, c'est-à-dire au tarif de l'hôpital traitant, n'est accordée que sur la base d'une garantie de paiement.

**12. A quel moment faut-il déposer une demande de garantie de paiement ?**

Les demandes de garantie doivent être adressées au Service de la santé publique, au moins 15 jours avant une hospitalisation programmée, au plus vite lors d'une hospitalisation en urgence.

**13. Qui établit la demande de garantie ?**

Le médecin traitant ou hospitalier qui propose un traitement hospitalier hors canton doit déposer une demande de garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant.

**14. A qui l'assuré peut-il s'adresser en cas de question ?**

Le médecin traitant ou hospitalier qui propose un traitement hospitalier hors canton a l'obligation d'informer le patient ou son représentant légal des conséquences financières et de la prise en charge, ou non, des coûts de ce traitement.

**15. Le cas d'urgence nécessite-t-il une demande de garantie de paiement ?**

Oui. Elle doit être adressée au plus vite, après l'entrée à l'hôpital, au Service de la santé publique du canton de Vaud.

**16. Quelle est la procédure à suivre pour demander une garantie de paiement ?**

Les demandes de garantie doivent être adressées au Service de la santé publique, Bureau des garanties (par fax au 021 316 42 14, ou par courrier). Toutes les demandes concernant une hospitalisation en 2012 doivent être établies sur le nouveau formulaire de garantie, disponible sur le site Internet de la CDS (<http://www.gdk-cds.ch/>, onglets "Thèmes", "Tarifs/Financement", "Hospitalisations extra-cantoniales").

Le Bureau des garanties est à disposition pour tout complément d'information au tél. 021 316 42 90/63.

***Avec nos remerciement au service de la santé publique du canton du Valais pour la mise à disposition de leur documentation.***

## DOCUMENTATION à L'ATTENTION DES PATIENTS

### Hospitalisations 2012 : « Libre-choix » de l'hôpital et conséquences en terme de remboursement, du point de vue du patient vaudois

Hôpitaux	Type d'hospitalisation	Qui paie ?
Je vais me faire soigner dans un <u>hôpital</u> figurant sur la liste LAMal du canton de Vaud.	Tous types d'hospitalisation et de prestations.	Je suis remboursé entièrement (Assurance obligatoire des soins 45% et Canton de VD 55%).
Je vais me faire soigner dans une <u>clinique</u> figurant sur la liste LAMal du canton de Vaud.	Si je me fais soigner <u>pour une prestation reconnue pour la clinique par le canton de Vaud.</u>	Je suis remboursé entièrement (Assurance obligatoire des soins 45% et Canton de VD 55%).
	Si j'ai choisi de me faire soigner dans cette clinique bien que la prestation <u>ne soit pas reconnue</u> pour cette clinique par le canton de Vaud.	Mon assurance rembourse à hauteur des 45 % si elle a un contrat spécifique avec cet établissement (convention), et mon assurance complémentaire ou moi-même les 55% restant. Si mon assurance n'a pas de contrat spécifique avec cet établissement, c'est mon assurance complémentaire qui paie en fonction du type de contrat que j'ai conclu avec elle. Si je n'ai pas d'assurance complémentaire, c'est moi qui paie le 100%.
Je vais me faire soigner dans un <u>hôpital</u> ou une <u>clinique</u> figurant sur une liste LAMal d'un autre canton.	S'il s'agit d'une urgence ou si la prestation dont j'ai besoin n'est pas disponible dans le canton de Vaud.	Je suis remboursé entièrement (Assurance obligatoire des soins 45% et Canton de VD 55%).
	Si j'ai choisi de me faire soigner dans cet établissement <u>pour une prestation reconnue</u> pour cet établissement par son canton.	Je suis remboursé <u>jusqu'à hauteur du prix qu'aurait coûté le traitement dans le canton de Vaud.</u> Mon assurance complémentaire ou moi-même, lorsque je n'en ai pas, doit payer la différence.
	Si j'ai choisi de me faire soigner dans cet établissement bien que la prestation <u>ne soit pas reconnue</u> à cet établissement par son canton.	Mon assurance rembourse à hauteur des 45 % si elle a un contrat spécifique avec cet établissement (convention), et mon assurance complémentaire ou moi-même les 55% restant. Si mon assurance n'a pas de contrat spécifique avec cet établissement, c'est mon assurance complémentaire qui paie en fonction du type de contrat que j'ai conclu avec elle. Si je n'ai pas d'assurance complémentaire, c'est moi qui paie le 100%.
Je vais me faire soigner dans un <u>hôpital</u> ou une <u>clinique</u> qui ne figure sur aucune liste LAMal cantonale.	J'ai choisi de me faire soigner dans cet établissement bien qu'il ne figure sur aucune liste.	Mon assurance rembourse à hauteur des 45 % si elle a un contrat spécifique avec cet établissement (convention), et mon assurance complémentaire ou moi-même les 55% restant. Si mon assurance n'a pas de contrat spécifique avec cet établissement, c'est mon assurance complémentaire qui paie en fonction du type de contrat que j'ai conclu avec elle. Si je n'ai pas d'assurance complémentaire, c'est moi qui paie le 100%.