

Réforme nationale du financement hospitalier

Réponses aux questions les plus fréquentes à l'attention de la population

Questions et réponses les plus fréquentes à l'attention de la population concernant l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sur le financement hospitalier et leurs conséquences sur les hospitalisations hors canton.

Remarques : les considérations ci-dessous s'appliquent uniquement aux traitements hospitaliers stationnaires relevant de l'assurance-maladie de base (division commune) ; elles ne concernent pas l'ambulatoire hospitalier, ni les prestations relevant d'autres assurances sociales (AI, AA, AM), ou d'assurances complémentaires privées.

1. Qu'est-ce qui change au 1^{er} janvier 2012 pour les assurés neuchâtelois ?

Dès le 1^{er} janvier 2012, le nouveau financement hospitalier prévu par la LAMal introduit

- la rémunération des hôpitaux par le biais de forfaits par prestation (SwissDRG) uniformes au niveau national pour toutes les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS);
- le « libre choix » de l'hôpital qui signifie que les assurés ont davantage de liberté dans le choix de leur lieu d'hospitalisation dans le cadre de l'assurance-maladie de base (division commune).

Mais attention : le « libre choix » tel que prévu par la LAMal peut comporter des implications financières pour le patient.

2. Quel est l'objectif du changement de système?

Avec le nouveau système, les hôpitaux ne sont plus financés en tant qu'institution: sont rémunérées leurs prestations effectives au patient individuel. Les prestations et les prix des traitements hospitaliers deviennent ainsi transparents et comparables. La concurrence entre les hôpitaux en est favorisée. L'objectif du nouveau financement hospitalier est donc également une réduction des coûts globaux des traitements hospitaliers sans que la qualité des traitements en pâtisse.

3. Qu'est-ce que la nouvelle structure tarifaire SwissDRG?

Les SwissDRG sont la version suisse des DRG (Diagnosis Related Groups). Dans le système DRG, chaque diagnostic et le traitement requis sont recensés et attribués à un groupe de cas. Est indiqué en même temps de quel facteur les coûts pour ce groupe de cas spécifique se situent au-dessus ou au-dessous des coûts moyens de tous les traitements. L'hôpital reçoit comme indemnisation le prix de base („baserate“) multiplié par ce facteur. (Informations complémentaires sur le système SwissDRG sous www.swissdrg.org)

Le prix de base (ci-après tarif) est différent d'un hôpital à l'autre. Il n'est pas défini au niveau national mais est le résultat de négociations entre l'AOS et les hôpitaux.

Les SwissDRG ne sont appliqués que pour les prestations de soins somatiques aigus. Dans les domaines de la réadaptation, de la psychiatrie et des soins palliatifs, un forfait journalier reste généralement applicable.

4. A quels types de situations s'applique le « libre choix » ?

Selon les nouvelles dispositions de la LAMal, l'assuré n'est plus limité dans son choix aux seuls établissements figurant sur la liste hospitalière de son canton de domicile pour une hospitalisation à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS - division commune). Il peut également choisir de se faire hospitaliser hors canton, pour autant que l'hôpital ou la clinique figure, pour la prestation concernée, sur la liste du canton où il/elle se situe. Ainsi, par exemple, une personne assurée à Neuchâtel pourra se rendre dans une clinique ou un hôpital vaudois à condition que cet établissement figure sur la liste hospitalière vaudoise pour la prestation en question.

Mais attention : le canton et l'AOS ne participent que jusqu'à concurrence du tarif de référence neuchâtelois pour ce même traitement. Ainsi, si le tarif de l'hôpital traitant (qui fournit la prestation) est plus élevé que ce tarif de référence, la différence sera portée à la charge du patient ou de son assurance complémentaire.

5. En cas d'hospitalisation hors canton, quels coûts sont pris en charge par le canton et l'assurance-maladie de base ?

Le montant du remboursement des hospitalisations hors canton pris en charge par le canton et l'AOS dépend des situations. Il existe quatre cas de figure :

1. Hospitalisation pour une prestation indisponible dans le canton de Neuchâtel fournie par l'un des trois hôpitaux universitaires¹ ou l'une des neuf cliniques de réadaptation² figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise **et relevant de son mandat**: le canton de Neuchâtel et l'AOS prennent en charge le coût complet du traitement (hors franchise et participation aux frais), sans qu'une garantie de paiement soit nécessaire.
2. Hospitalisation avec une garantie de paiement octroyée par le canton de Neuchâtel (voir questions 6 et 7): le canton de Neuchâtel et l'AOS prennent en charge le coût complet du traitement (hors franchise et participation aux frais).
3. Hospitalisation sans garantie de paiement dans un hôpital figurant, pour la prestation concernée, sur la liste hospitalière du canton où il se situe (ex : l'Hôpital fribourgeois figurant sur la liste hospitalière du canton de Fribourg pour la prestation concernée) : le canton de Neuchâtel et l'AOS prennent en charge le traitement, **mais uniquement jusqu'à concurrence du tarif de référence neuchâtelois pour ce même traitement**. Si le tarif de l'hôpital traitant (qui fournit la prestation) est plus élevé que ce tarif de référence, la différence sera portée à la charge du patient ou de son assurance complémentaire.
4. Hospitalisation sans garantie de paiement dans un hôpital ne figurant pas, pour la prestation concernée, sur la liste du canton où il se situe (ex : une clinique vaudoise ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de Vaud pour la prestation concernée) : **le canton de Neuchâtel et l'AOS ne participent en principe pas** au financement de l'hospitalisation. Dans certains cas bien spécifiques à clarifier avec son assurance-maladie et avec la clinique concernée, l'AOS peut participer au financement de l'hospitalisation. L'assuré doit également s'assurer auprès de son assurance complémentaire si les coûts peuvent être pris en charge par celle-ci.

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

Cette assurance couvre la différence entre les coûts effectifs du traitement (prestation au tarif de l'hôpital traitant) et les coûts qui résulteraient du même traitement dans le canton de domicile (prestation au tarif de référence neuchâtelois). Elle n'intervient donc que si les coûts effectifs du traitement sont plus élevés que les coûts de la même hospitalisation dans le canton de domicile du patient. Chaque assuré doit se renseigner auprès de son assureur-maladie complémentaire pour savoir quelles prestations sont prises en charge.

¹ Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et établissements universitaires qui lui sont affiliés: Hôpital ophtalmologique, Hôpital orthopédique, Hôpital de l'enfance et Clinique de la Longeraie, à Lausanne, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) à Genève et Hôpital de l'Île, à Berne

² Berner Klinik à Montana, Centre jurassien de réadaptation cardio-vasculaire au Noirmont, Clinique Bethesda à Tschugg, Centre suisse pour paraplégiques à Notwill, REHAB Basel AG (Rehabilitationszentrum Basel für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte) à Bâle, Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – site de Chamblon, HUG – service de neurorééducation, Institution de Lavigny à Lavigny et Réseau Santé Valais (RSV) - Centre valaisan de pneumologie à Montana

7. Que se passe-t-il si la prestation n'est pas disponible dans un hôpital neuchâtelois ?

Les cantons sont tenus d'établir une planification des soins hospitaliers qui couvre les besoins de leur population et d'inclure les prestations correspondantes des hôpitaux sur leur liste hospitalière. Si une prestation ne peut pas être offerte dans le canton de domicile, celui-ci inclut dans sa liste hospitalière un hôpital extracantonal offrant la prestation en question.

La liste hospitalière neuchâteloise prévoit que ces prestations sont assurées par les trois hôpitaux universitaires du CHUV, des HUG et de l'Île (liste disponible sur le site Internet du Service cantonal de la santé publique, voir question 12). Ces hospitalisations hors canton sont remboursées entièrement par le canton de Neuchâtel et l'AOS (hors franchise et participation aux frais), sans qu'une demande de garantie de paiement soit nécessaire.

Pour toutes les autres situations, le système de garantie de paiement est maintenu comme le prévoit la LAMal.

8. 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). Les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) uniformisent les procédures en la matière sur le plan suisse.

9. Dans quels cas une garantie de paiement est-elle octroyée ?

Une garantie de paiement est octroyée si le traitement hors canton répond à une raison médicale (voir question 10), y compris les urgences (voir question 11). Dans ce cas, le canton et l'AOS prennent à leur charge l'entier du traitement hospitalier (hors franchise et participation aux frais).

10. Qu'entend-on par « raison médicale » ?

On entend par raison médicale le cas d'urgence survenant hors du canton de Neuchâtel, et le cas où la prestation requise ne peut temporairement pas être fournie par un hôpital figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise pour cette prestation.

11. Que considère-t-on comme urgence ?

Est considéré comme urgence le cas où l'urgence survient hors du canton de Neuchâtel lorsque l'état du patient ne permet pas de le transporter dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise pour la prestation requise.

12. Où trouver les informations utiles sur la réforme du financement hospitalier ?

Le site Internet du Service cantonal de la santé publique (www.ne.ch/santepublique) présente un certain nombre d'informations devant notamment permettre au patient de profiter du "libre choix" en toute connaissance de cause, notamment:

- La liste des hôpitaux sis hors canton nécessaires à la couverture des besoins des habitants du canton de Neuchâtel;
- Les tarifs de référence neuchâtelois.

Les listes hospitalières des cantons sont publiées sur les sites Internet des 25 autres cantons. Les liens vers ces sites sont indiqués sur le site Internet de la CDS (www.gdk-cds.ch). L'accès aux listes hospitalières peut également être demandé directement auprès des départements ou des directions de la santé concernés dont les adresses et numéros de téléphone peuvent être recherchés sur le site Internet de la CDS.