

Données des factures et contrôles des factures dans un financement uniforme de toutes les prestations au sens de LAMal

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 26 octobre 2022

Sommaire

1	Contexte	2
2	Bilan de l'audition selon l'OFSP.....	2
3	Précisions possibles du projet de loi	3
3.1	Accès des cantons aux données des factures	3
3.2	Modalités de l'accès aux données accordé aux cantons.....	4
3.3	Processus en cas d'opposition du canton	5
3.4	Objet et finalité d'un contrôle des factures par les cantons	11
3.5	Données statistiques pour les cantons	12
3.6	Combinaison de toutes les précisions possibles.....	14
4	Garantie de prise en charge des coûts	16
5	Protection des données.....	17
6	Changement de système de financement	18

1 Contexte

Lors de la séance du 7 septembre 2022 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a eu lieu, dans le cadre de l'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins », une audition d'une délégation des cantons et des assureurs à propos des données des factures et des contrôles de celles-ci. Auparavant, le secrétariat de la CSSS-E avait transmis aux acteurs les deux possibilités de solutions discutées en première lecture au sein de la CSSS-E. Après cette audition, la CSSS-E a chargé l'administration d'en consigner les résultats, de réexaminer différentes solutions possibles pour les données des factures et les contrôles de celles-ci et d'en débattre avec les acteurs représentés à l'audition, lors d'une table ronde. Cette dernière a eu lieu le 29 septembre 2022, et auparavant, les propositions de solutions avaient à nouveau été soumises aux acteurs. Certains aspects ont encore été approfondis avec ces derniers le 6 octobre 2022. Les réponses formulées par les acteurs ont été prises en compte dans les nouvelles solutions proposées, mais faute de temps, tous les cantons et tous les assureurs n'ont pu fournir de réponse consolidée sur les propositions soumises. La présentation des positions "des cantons" ou "des assureurs" se réfère donc toujours ci-après aux estimations de la représentation de chaque acteur.

2 Bilan de l'audition selon l'OFSP

La CSSS-E avait déjà prévu d'accorder aux cantons la possibilité de contrôler le domicile de toute personne assurée pour laquelle les assureurs aimeraient exiger une contribution cantonale. Les cantons ont mentionné, lors des auditions, divers besoins pratiques en matière de données. Dans bien des cas, il est également possible de couvrir ces besoins avec les données agrégées des assureurs (comme prévu à l'art. 21 P-LAMal), ou avec des données provenant d'autres sources (comme les fournisseurs de prestations). Mais il est bien compréhensible que les cantons accordent une confiance particulière aux sources de données sans doute les plus fiables, compte tenu de leur lien direct avec la rémunération des fournisseurs de prestations.

Les représentants des cantons ont toutefois aussi souligné que les cantons n'ont pas pour but d'instaurer un double contrôle du respect des critères EAE. Il s'agit manifestement en premier lieu pour eux d'avoir la possibilité de vérifier, sur la base des données pertinentes pour la rémunération, que leurs mesures de pilotage ont été respectées (p. ex. mandats de prestations, nombre minimal ou maximal de cas, tarification des traitements extra-cantonaux, listes ambulatoires). À cela s'ajoute la traçabilité intersectorielle de la trajectoire de soins du patient, qui sert de base aux mesures de pilotage du secteur ambulatoire ainsi qu'aux réflexions de principe.

Les assureurs indiquent de manière tout aussi compréhensible, en se référant à la loi sur la protection des données (LPD ; RS 235.1), que le traitement des données personnelles doit être effectué conformément au principe de la proportionnalité (art. 4 LPD). De là découlent aussi le principe de l'économie des données et la nécessité de définir au préalable le but des collectes de données. Aussi, l'art. 60, al. 7, P-LAMal propose-t-il déjà des exigences auxquelles les cantons seront astreints en matière de protection des données (voir aussi ch. 5).

De même, on comprend bien l'argument des assureurs selon lequel un double contrôle entraînerait un surcroît de travail administratif tant pour les assureurs que pour les cantons. S'agissant de l'ensemble des coûts supplémentaires à la charge des payeurs de primes et des contribuables, l'OFSP ne saurait dire dans quelle mesure les contrôles renforcés se concentrant sur des aspects dont un seul assureur ne peut pas ou seulement difficilement se faire une idée globale, de même que les mesures dans le domaine de l'approvisionnement adoptées sur cette base permettraient de réduire, de compenser voire de surcompenser ces coûts.

L'inscription dans la loi de certaines demandes et des arguments soulevés tant par les cantons que par les assureurs au lieu de laisser le Conseil fédéral régler ces points par voie d'ordonnance pourrait au moins permettre de rapprocher les positions des cantons et des assureurs. Selon l'OFSP, de telles possibilités concernent les points suivants : la délimitation du domaine où les cantons ont accès aux données des factures (voir ch. 3.1 concernant la variante 1), la réglementation des modalités de l'accès des cantons aux données (voir ch. 3.2 pour les deux variantes), le processus applicable en cas d'opposition des cantons à la prise en charge des coûts d'une prestation spécifique (voir ch. 3.3 pour les deux variantes), l'objet et le but d'un éventuel contrôle des factures par les cantons (voir ch. 3.4 pour les deux variantes), ainsi que la réglementation des données statistiques que les assureurs doivent mettre à la disposition des cantons (voir ch. 3.5 concernant la variante 1). Ces possibilités de précisions ont été soumises pour examen aux acteurs avant la table ronde du 29 septembre et discutées à cette occasion.

3 Précisions possibles du projet de loi

3.1 Accès des cantons aux données des factures

La CSSS-E examine actuellement deux variantes à propos de l'accès des cantons aux données des factures :

- variante 1 : les cantons ont accès à une partie des données des factures ;
- variante 2 : les cantons ont accès à toutes les données des factures.

Dans la variante 1, les cantons n'auraient accès qu'aux factures dépassant un montant fixé par le Conseil fédéral ou se rapportant à une prestation désignée par le Conseil fédéral. Les cantons jugent trop restrictive une limitation d'accès à certaines factures. Quant aux assureurs, qui refusent de façon générale d'accorder aux cantons tout accès aux données des factures, ils rappellent que la définition de l'étendue des données de factures concernées est loin d'être anodine et que le tri des factures implique un certain coût.

La question est ici de savoir si l'on pourrait élargir et/ou adapter la définition du domaine de factures auxquelles les cantons ont accès avec d'autres formulations dans le sens des cantons, afin que la délimitation soit plus facile à comprendre et moins fastidieuse dans la pratique.

Une possibilité consisterait à permettre au canton d'avoir dans tous les cas accès à toutes les factures liées aux prestations hospitalières. Clairement identifiables, ces factures correspondent aux prestations que le canton cofinance aujourd'hui et pour lesquelles il reçoit aujourd'hui directement des fournisseurs la facture correspondant à la part des coûts à sa charge. Dans le cas des factures liées aux prestations hospitalières, les cantons ont déjà établi des processus de contrôle, et il existe dans ce domaine de prestations toute une série de conditions formelles à remplir en vue de la prise en charge des coûts (mandats de prestations, tarifs de référence pour les traitements hospitaliers auxquels l'assuré choisit librement de se soumettre hors de son canton, listes des prestations à fournir généralement en ambulatoire [« l'ambulatoire avant le stationnaire »]), dont les cantons aimeraient vérifier le respect.

Par contre, des difficultés de délimitation et des incertitudes juridiques seraient inévitables au cas où le domaine où les cantons ont accès aux factures serait défini à partir des objectifs visés (p. ex. contrôle de l'existence d'un mandat de prestations). À supposer qu'on limite le domaine où les cantons ont accès aux factures, il faudrait par conséquent le faire sur la base du montant des factures et/ou du type de la prestation. De telles restrictions pourront être définies dans la loi

ou par voie d'ordonnance. Dans le cas du montant de la facture, sa fixation par voie d'ordonnance présenterait de nets avantages, puisqu'il serait possible de modifier plus rapidement le montant ainsi défini.

Une extension de l'accès aux factures accordé aux cantons à la totalité des prestations stationnaires, avec abandon des critères proposés jusqu'ici, serait possible moyennant une adaptation de l'art. 60, al. 7, P-LAMal :

⁷ L'assureur permet au canton d'accéder aux données des factures qui ~~dépassent un montant fixé par le Conseil fédéral ou qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1~~ une prestation désignée par le Conseil fédéral. ...

À la table ronde organisée avec les acteurs concernés, il est apparu que les cantons continuent d'exiger l'accès à toutes les factures originales, et que les assureurs ne veulent pas d'un tel accès pour toutes les prestations. Il serait surtout inacceptable aux yeux des cantons de perdre leur accès actuel aux données des factures dans le domaine stationnaire. Quant aux assureurs, il leur paraîtrait surtout inacceptable que les cantons aient accès aux factures originales des prestations ambulatoires.

3.2 Modalités de l'accès aux données accordé aux cantons

Les cantons aimeraient disposer d'un accès gratuit et immédiat aux données des factures. Les deux variantes examinées par la CSSS-E (variante 1 : accès à une partie des données des factures ; variante 2 : accès à toutes les données des factures) sont déjà formulées de façon à tenir compte de ce souhait. Le législateur avait toutefois renoncé jusqu'ici à mentionner expressément ces exigences. La formulation « Les assureurs permettent d'accéder... » crée une obligation légale pour les assureurs, qui devront s'en acquitter à leurs propres frais, faute de base légale autorisant à prélever des taxes. Si le législateur le souhaite, il serait toutefois aussi possible de fixer expressément cet aspect dans la loi à des fins de clarification.

Afin d'assurer un traitement rapide d'une éventuelle opposition des cantons à la prise en charge des coûts, il est indispensable – au-delà de l'intervention rapide du canton (voir ch. 3.3) – que les cantons aient au plus vite accès aux données. Par conséquent, même sans que la loi ne le mentionne expressément, les assureurs auraient tout intérêt à faciliter une rapide exécution, puisque ce n'est qu'en cas d'accès rapide aux données que les cantons pourront réagir rapidement et qu'ainsi, le traitement final des demandes de remboursement des factures émanant des personnes assurées pourra se faire dans les meilleurs délais. Or, un remboursement rapide des assurés constitue un atout concurrentiel important pour les assureurs.

L'accès des cantons aux données devrait se faire aussi rapidement que techniquement possible. Avec la facturation électronique, cela pourrait généralement être le cas dès qu'une facture parvient dans le système d'un assureur et (variante 1) qu'une règle de contrôle l'a repérée comme une facture à laquelle les cantons ont également accès. Comme la facturation sur papier est encore possible actuellement, il faudrait d'abord numériser la facture avant que l'assureur puisse permettre au canton d'y accéder sous forme électronique. Au besoin, les cantons et les assureurs pourront régler les modalités techniques au sein du comité autonome spécialisé dans la question du financement uniforme (art. 18, al. 2^{sexies}, P-LAMal). Il serait aussi possible, si souhaité, de consigner expressément dans la loi l'exigence d'un accès sans délai aux données, dans un souci de clarification.

Par contre, l'OFSP estime que l'assureur devrait rester le débiteur de la rémunération (*tiers payant*), ou que les personnes assurées devraient avoir droit à un remboursement vis-à-vis de l'assureur (*tiers garant*). Les personnes assurées devraient donc continuer d'envoyer leurs factures à leur assureur pour remboursement, et non à un centre de réception des factures commun de tous les assureurs et cantons. L'organisation du contact avec les personnes assurées est une possibilité importante de différenciation entre les différents assureurs. En outre, la concurrence entre les assureurs dans le domaine de la réception des factures favorise là aussi l'innovation technique et l'efficience.

Durant l'audition, les cantons ont proposé de modifier légèrement la formulation de l'art. 60, al. 7 (« L'assureur et le canton de domicile de l'assuré ont un accès immédiat et gratuit aux... »). Or, une telle formulation soulève deux problèmes aux yeux de l'OFSP :

- Premièrement, la loi devrait définir clairement quelles obligations incombent à qui. Si l'on se contente d'indiquer qui a un accès spécifique, on ignore qui est également tenu de garantir cet accès. Si l'assureur, en plus d'être le débiteur de la rémunération, est responsable du remboursement à la personne assurée, il recevra les factures des fournisseurs de prestations (*tiers payant*) ou des assurés (*tiers garant*). En ce sens, il devrait aussi être astreint à permettre aux cantons d'accéder aux données.
- Deuxièmement, le terme « immédiat » n'indique pas comment respecter cette exigence avec les factures sur papier, qui sont encore possibles. Ces dernières exigent un certain délai de traitement en vue de leur numérisation. Le terme « sans délai » décrirait l'objectif d'accorder l'accès aux données aussi vite que techniquement possible, du moins d'exclure tout retard injustifié.

Si le législateur le souhaite, il serait possible de préciser expressément dans les deux variantes, à l'art. 60, al. 7, P-LAMal, que l'accès aux données doit être garanti gratuitement et sans délai :

⁷ L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai...

De l'avis général des participants à la table ronde, à supposer qu'un accès des cantons aux données des assureurs soit prévu, celui-ci devrait être gratuit pour les cantons. Il est également incontesté que cet accès devrait intervenir sans délai (soit sans obstacle supplémentaire comme le dépôt d'une requête ou des vérifications préalables) via une plateforme automatisée, au cas où il serait prévu que les cantons aient accès aux données originales des factures.

3.3 Processus en cas d'opposition du canton

Dans les deux variantes étudiées par la CSSS-E, le canton doit avoir la possibilité de contester la prise en charge de factures individuelles. On pourrait encore limiter cette possibilité au non-respect de dispositions formelles, afin d'exclure explicitement que les cantons ne procèdent au contrôle du respect des critères EAE (voir ch. 3.4). Les assureurs craignent qu'un droit d'opposition aux cantons ne conduise à d'énormes retards et à un important surcroît de charges pour eux.

Déroulement actuel du contrôle des factures et de la rémunération

À l'heure actuelle, le processus de contrôle des factures et de rémunération, autrement dit le remboursement, se déroule de la manière suivante pour les prestations ambulatoires, soit dans les cas que le canton ne cofinance pas à l'heure actuelle :

- Dans le système du *tiers payant*, l'assureur reçoit la facture du fournisseur de prestations. Dans le système du *tiers garant*, la personne assurée reçoit la facture et demande à l'assureur de la lui rembourser.
- L'assureur contrôle si la facture remplit les exigences pour une prise en charge des coûts. Si tel est le cas, il verse, dans le système du *tiers payant*, la rémunération au fournisseur de prestations. Dans le système du *tiers garant*, il rembourse à la personne assurée la rémunération dont elle doit s'acquitter auprès du fournisseur de prestations, après déduction de la participation aux coûts.
- Si l'assureur estime que les conditions pour une prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il refuse, dans le système du *tiers payant*, sa rémunération au fournisseur de prestations, ou corrige la facture directement avec le fournisseur de prestations afin que les conditions requises soient satisfaites. En cas d'accord, la rémunération est versée ; si ce n'est pas le cas, il incombe à la justice de clarifier la situation, en l'occurrence à un tribunal arbitral cantonal selon l'art. 89 LAMal. Fixée par le canton, la procédure doit être simple et rapide (art. 89, al. 5, LAMal). Le jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral (art. 91 LAMal). Sur la base de la décision entrée en force, une rémunération (réduite) sera versée au fournisseur de prestations, et la participation aux coûts de la personne assurée devra être réglée. L'assureur ne peut exiger de la personne assurée qu'elle verse sa participation aux coûts qu'une fois la rémunération définitive connue.
- Le processus est organisé différemment dans le système du *tiers garant* : la personne assurée doit s'acquitter de la rémunération, qu'elle aura éventuellement déjà payée. Si la facture concerne, aux yeux de l'assureur, une prestation ne relevant pas de la LAMal, ou si les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies pour d'autres raisons (p. ex. combinaison non autorisée de positions tarifaires, violation de limitations, etc.), l'assureur refusera de la rembourser. Il incombe ensuite à la personne assurée de s'arranger avec le fournisseur de prestations. Faute d'accord entre l'assuré et le fournisseur de prestations (p. ex. par le biais d'une facture adaptée et correcte), l'assureur représentera gratuitement les intérêts de la personne assurée. Le tribunal arbitral visé à l'art. 89 LAMal est aussi compétent dans le système du *tiers garant*. Au cas où la personne assurée n'aurait pas encore payé la facture, le fournisseur de prestations doit attendre sa rémunération, comme dans le système du *tiers payant*, jusqu'à ce que la situation ait été définitivement tirée au clair. Si la personne assurée a déjà payé la facture, trois processus sont possibles, selon l'assureur et la situation.
 - Dans le premier cas, la personne assurée doit attendre pour se faire rembourser. En cas de réduction de la facture, elle reçoit du fournisseur de prestations la différence en retour, et peut exiger de l'assureur qu'il établisse une nouvelle facture, basée sur le montant plus bas.
 - Dans le deuxième cas, l'assureur rembourse déjà à la personne assurée une partie non contestée du montant en jeu, si bien que la personne assurée ne doit attendre plus que le montant contesté. En cas de réduction de la facture, la personne assurée recevra encore la différence de la part du fournisseur de prestations, et pourra exiger de l'assureur qu'il lui rembourse une éventuelle différence par rapport au nouveau montant, plus bas, de la facture.

- Dans le troisième cas, l'assureur rembourse à la personne assurée la totalité du montant initial de la facture, déduction faite de la participation aux coûts ; la personne assurée n'a donc pas besoin d'attendre. Si la facture est réduite, il incombe à l'assureur de réclamer au fournisseur de prestations le montant trop élevé couvert par l'AOS. Si, à la suite de la réduction du montant de la facture, la participation aux coûts est elle aussi revue à la baisse, la personne assurée se voit rembourser a posteriori la participation aux coûts payée en trop. Étant de loin le plus rare des trois dans la pratique, ce scénario concerne plutôt les factures d'un petit montant.
- Si la personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de prise en charge des coûts de son assureur, ce dernier doit rendre une décision (art. 49 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]). La personne assurée peut l'attaquer par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a rendue (art. 52 LPGA). Un recours peut être formé contre les décisions sur opposition (art. 56 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de la personne assurée (art. 58 LPGA). Réglée par le droit cantonal, la procédure doit être simple et rapide (art. 61 LPGA). Les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral (art. 62 LPGA).

Déroulement du contrôle des factures et de la rémunération en cas de financement uniforme avec droit d'opposition des cantons

Pour que les cantons aient le droit de contester la prise en charge des coûts de factures individuelles, il faudrait compléter le processus en vigueur, dans le système du *tiers payant* comme dans celui du *tiers garant*. Une partie seulement des factures seraient concernées dans la variante 1, contre toutes dans la variante 2.

- Dès que les assureurs disposent de la facture, le canton y a aussi accès. Il a la possibilité de signaler à l'assureur, dans un délai à préciser, qu'il considère que les conditions requises en vue d'une prise en charge des coûts ne sont pas remplies.
- L'assureur contrôle en parallèle les factures comme jusqu'ici. S'il aimerait malgré tout prendre en charge les coûts d'une facture contestée par le canton, il le lui signale. Le canton et l'assureur ont la possibilité de régler le cas litigieux de manière bilatérale ou de prévoir des processus correspondants. Si aucun accord n'est trouvé, l'assureur rend, à la demande du canton, une décision sujette à recours.
- Si, en raison d'appréciations divergentes, les cantons veulent soumettre le cas à la justice, le versement de la rémunération aux fournisseurs de prestations et le recouvrement de la participation aux coûts auprès des personnes assurées seraient retardés dans le système du *tiers payant* jusqu'à ce qu'une décision définitive soit rendue. La situation est comparable aux litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs, sauf pour les voies de recours : ce n'est pas le tribunal arbitral cantonal visé à l'art. 89 LAMal qui intervient, mais le tribunal cantonal des assurances (art. 57 LPGA).
- Si le cas était soumis à la justice dans le système du *tiers garant*, le règlement définitif de la rémunération et du remboursement serait retardé. Selon que la facture a déjà été payée et si oui, selon que l'assureur en a déjà remboursé à la personne assurée la partie non contestée, voire le montant total initial de la facture, le fournisseur de prestations, la personne assurée ou l'assureur devraient attendre le règlement du litige, afin que leurs prétentions financières soient satisfaites. Là encore, la situation est comparable aux litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs, sauf pour les voies de recours : ce n'est pas

le tribunal arbitral cantonal visé à l'art. 89 LAMal qui intervient, mais le tribunal cantonal des assurances.

- Par rapport à la situation actuelle, la nouveauté dans le système du *tiers garant* tient à ce que selon la situation, en cas de droit d'opposition du canton, le montant final à la charge de la personne assurée pourrait théoriquement, dans le pire des cas, être plus élevé (et non plus bas comme jusqu'ici) que celui annoncé et réclamé dans un premier temps par l'assureur. Tel serait le cas si le canton conteste qu'il s'agisse d'une prestation LAMal, alors que l'assureur estime que c'en est une. Au cas où, malgré l'avis contraire du canton, l'assureur aurait déjà pris en charge une telle facture et s'il devait s'avérer plus tard que le canton était dans son droit, l'assureur devrait réclamer le montant en question auprès de la personne assurée, à moins qu'une assurance complémentaire ne soit tenue de fournir des prestations ou que le fournisseur de prestations n'ait perdu son droit à une rémunération, faute d'avoir averti la personne assurée que les coûts n'étaient pas couverts par l'AOS. Bien qu'il soit concevable en théorie, ce scénario du pire cas ne devrait guère se concrétiser dans la pratique. Près de 20 % des factures affichant des montants plutôt inférieurs à la moyenne sont encore réglées selon le système du *tiers garant*, et cette proportion tend à baisser. En outre, si le canton conteste qu'il s'agisse d'une prestation LAMal, il n'y a guère de risque que l'assureur rembourse déjà la facture à la personne assurée.

Un retard potentiel lié à la possibilité d'opposition accordée au canton est donc à craindre dans deux cas de figure :

- Premièrement, si le canton vérifie les factures et que, pendant ce temps, l'assureur attend par prudence avant de procéder à la rémunération (*tiers payant*) ou au remboursement (*tiers garant*).
- Deuxièmement, si les avis divergent entre l'assureur et le canton et que ce dernier exige que la justice tire l'affaire au clair. Un tel retard toucherait les fournisseurs de prestations dans le système du *tiers garant*, alors que dans celui du *tiers payant*, les fournisseurs de prestations, les personnes assurées ou les assureurs eux-mêmes sont susceptibles d'être affectés.

La première possibilité de retard affecterait toutes les factures auxquelles les cantons ont accès, y compris celles qui ne sont pas contestées. Pour éviter ou limiter un tel retard, il faudrait fixer aux cantons un délai pour signaler un problème. L'assureur pourrait certes payer ou rembourser les factures dont il estime qu'elles ne posent pas problème sans attendre la réaction du canton. Mais en cas d'opposition fructueuse du canton, il s'exposerait à devoir annuler individuellement les paiements, au prix d'un lourd travail administratif. En cas de fixation d'un délai aux cantons, les assureurs sauraient rapidement s'ils doivent s'attendre ou non à une opposition de la part du canton. Pour les factures ne posant absolument pas problème à leurs yeux, les assureurs continueraient à pouvoir les payer ou les rembourser avant que les cantons n'aient donné leur avis, avec le risque susmentionné. Le risque serait toutefois réduit pour eux dans les cas un peu moins clairs, tandis que les retards seraient minimes pour les factures que le canton ne conteste pas.

La deuxième possibilité de retard ne concerne que les factures sur lesquelles le canton et l'assureur ont un avis divergent. La marge d'interprétation pour savoir si les critères de prise en charge des coûts sont remplis ou non est faible, surtout si les raisons d'une opposition ne peuvent être que des critères formels (voir ch. 3.4). Aussi l'assureur devrait-il, dans la plupart des cas, partager l'avis du canton, à condition de disposer des informations nécessaires. Seuls les cantons seraient en mesure de constater que le nombre maximal de cas a été dépassé, à moins que tous les assureurs ne s'organisent dans le cadre d'un contrôle de l'économicité, ce qui serait en

théorie possible et juridiquement autorisé. D'un point de vue financier aussi, les cantons et les assureurs ont tout intérêt à vérifier le respect des conditions requises.

Cette seconde possibilité de retard est comparable à la situation lors de litige entre fournisseurs de prestations et assureurs. Là aussi, le versement de la rémunération aux fournisseurs de prestations (*tiers payant*), respectivement le traitement et le remboursement des rémunérations entre les personnes assurées, les fournisseurs de prestations et les assureurs (*tiers garant*) prennent du retard. Afin de minimiser malgré tout de tels retards, même si, selon toute probabilité, ils seraient plutôt rares, la procédure devrait être simple et rapide. Le tribunal arbitral cantonal visé à l'art. 89 LAMal n'entre toutefois pas en compte en pareil cas. Les litiges entre personnes assurées et assureurs sont du ressort des tribunaux cantonaux des assurances (art. 57 LPGa). Étant donné que la question de l'obligation de prise en charge des prestations porte sur le même objet juridique et qu'elle concerne également les personnes assurées, les litiges entre cantons et assureurs portant sur l'obligation de prise en charge des prestations devraient être tranchés par les mêmes instances.

Étant donné que les cas où les cantons et les assureurs apprécient différemment les conditions formelles requises pour la prise en charge des prestations (mandats de prestations, facturation correcte, etc. – absence de contrôle EAE) seront probablement rares, il n'a pas été jugé utile jusqu'ici de désigner des voies de recours spéciales. Si le législateur le souhaite, il serait possible de créer, de manière analogue au tribunal arbitral cantonal (art. 89 LAMal) qui juge les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations, un tribunal arbitral chargé des litiges entre cantons et assureurs. Il incomberait au Conseil fédéral de constituer le tribunal arbitral et de régler la procédure, qui devrait être simple et rapide. Ce tribunal arbitral serait toutefois aussi compétent, en dérogation à l'art. 57 LPGa, pour les litiges entre la personne assurée et l'assureur portant sur l'obligation de prise en charge d'une prestation spécifique. Il s'agit du même objet juridique, dans le cas de la personne assurée comme du canton. Pour éviter que deux tribunaux n'aboutissent dans des procédures séparées à des conclusions contradictoires, il faudrait donc qu'un seul tribunal soit compétent pour juger les recours contre les décisions de l'assureur concernant l'obligation de prise en charge des prestations. Étant donné que la procédure devant le tribunal arbitral cantonal doit aussi être simple et rapide et qu'un recours devant le Tribunal fédéral est prévu dans tous les cas, il n'y a pas lieu, selon l'OFSP, de désigner un tribunal supplémentaire. Les acteurs représentés à la table ronde n'ont pas non plus évoqué la nécessité de créer un tribunal arbitral spécifique.

Au cas où l'assureur aurait déjà pris en charge les coûts à ses propres risques, avant la confirmation du canton ou du moins la décision entrée en force, il n'est pas possible de le tenir ensuite responsable en tant qu'entreprise vis-à-vis du canton. Dans le contexte d'une assurance sociale, ce ne sont pas les propriétaires de l'entreprise qui seraient exposés à un tel risque, mais le collectif d'assurés qui serait forcé de supporter les coûts des prestations ne remplissant pas les conditions légales de prise en charge des coûts, selon la confirmation explicite des tribunaux. Or, les assureurs ne sont pas autorisés, dans le cadre de l'AOS, à prendre en charge d'autres coûts que ceux qui remplissent les conditions prévues (art. 34 LAMal). Une telle solution est par conséquent exclue. Il est certes possible de corriger a posteriori le montant de la facture, mais dans le cadre juridique actuel, la correction doit toujours se faire au profit ou au détriment de la personne assurée en question, et non du collectif de primes.

Afin d'éviter ou de réduire au minimum les retards susmentionnés, il faudrait donc fixer un délai aussi bref que possible, mais techniquement suffisant pour que le canton puisse informer l'assureur des conditions de prise en charge des coûts non remplies. Comme le contrôle par les cantons devrait consister en un processus largement automatisé, un délai court serait techniquement réalisable. Cela serait possible dans les deux variantes suivies par la CSSS-E,

moyennant un complément à l'art. 60, al. 7, P-LAMal. Le délai exact dépend des conditions techniques et du retard toléré, mais peut aussi se fonder sur la durée actuelle du traitement des factures par les assureurs. Le Conseil fédéral pourrait fixer le délai exact ; cinq jours ouvrables seraient par exemple envisageables.

L'assureur ne doit communiquer au canton sa décision de prendre en charge les coûts que si les avis divergent même après une clarification bilatérale informelle entre assureurs et cantons, afin que le canton dispose en pareil cas d'une décision sujette à recours. Les dispositions supplémentaires s'articuleraient en deux alinéas, où les prescriptions en matière de protection des données applicables aux cantons figureraient aussitôt après la mention de l'accès aux données.

⁷ L'assureur permet au canton ... *(première phrase selon la variante 1 ou 2)*. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

^{7bis} Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral. Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans ~~les~~ ces factures contestées, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue. ~~Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées sur le traitement et la transmission des données dans le respect du principe de la proportionnalité.~~

Lors de la table ronde, tous les acteurs ont préconisé d'aménager le processus de la façon la plus simple possible, en se concentrant notamment sur les intérêts des personnes assurées. Des décisions ne devraient être rendues que lorsque c'est absolument nécessaire. En réponse à cette demande, les cantons et les assureurs sont libres en tout temps de convenir entre eux de règles sur la manière de gérer les cas peu clairs ou litigieux. Pour une partie des assureurs, les explications relatives au déroulement du processus montrent toutefois que la possibilité qu'il est prévu de donner aux cantons de vérifier le contrôle des factures effectué par les assureurs au niveau des factures individuelles, et le cas échéant d'y faire opposition, aurait pour effet inéluctable de sérieusement compliquer les processus. De son côté, la représentation des cantons a signalé qu'à ses yeux, il faudrait trouver la solution la plus simple possible dans le système du tiers payant comme dans celui du tiers garant, et qu'elle n'aimerait remettre en cause aucun des deux systèmes.

Si avec la variante 1, les cantons avaient accès uniquement aux données de factures du domaine stationnaire (voir ch. 3.1), le nombre de factures concernées (actuellement environ 1.5 million) serait relativement modeste par rapport au domaine ambulatoire (environ 130 millions). De plus, toutes ces factures seraient traitées selon le système du tiers payant. Si, même après l'échange d'informations, le canton et l'assureur ne sont pas d'accord quant à la prise en charge des coûts, seuls les fournisseurs de prestations seraient concernés par une rémunération retardée jusqu'à ce que la question soit réglée par le tribunal. De grands fournisseurs de prestations tels que les hôpitaux devraient pouvoir mieux faire face à ce genre de cas – probablement assez rares – que de petits fournisseurs de prestations ou les personnes assurées.

3.4 Objet et finalité d'un contrôle des factures par les cantons

Le contrat d'introduction de la structure tarifaire SwissDRG prévoit que les cantons renoncent à un examen séparé du respect des critères EAE. À l'audition du 7 septembre 2022, la représentation des cantons a souligné que les cantons ne visent pas à instaurer un double contrôle EAE. L'objectif est plutôt d'obtenir le maintien, dans le domaine stationnaire, de l'actuelle possibilité de refus de prise en charge des coûts pour des raisons formelles (absence de domicile de la personne assurée ou de mandat de prestations du fournisseur de prestations, dépassement du nombre maximal de cas autorisé, emploi d'un tarif non correct ou violation des modalités d'application d'un tarif), et, en cas de cofinancement des prestations ambulatoires par les cantons, son extension au domaine ambulatoire.

Par souci de clarté, il serait possible de consigner expressément dans la loi que toute opposition des cantons à la prise en charge des coûts n'est possible qu'en cas de violation de certaines conditions formelles. Toute vérification par les cantons du respect des critères EAE serait ainsi exclue. Cela correspondrait à la pratique en place dans le domaine stationnaire, que les cantons ont également reconnue. Une telle précision entrerait en ligne de compte dans les deux variantes à l'étude au sein de la CSSS-E.

Une telle règle pourrait se concrétiser par un nouvel al. 7^{ter} de l'art. 60 P-LAMal qui énumérerait les motifs d'opposition des cantons à une prise en charge des coûts. Cette liste des motifs autorisés et la remarque correspondante dans les travaux préparatoires montreraient clairement l'intention du législateur de ne pas admettre que les cantons s'opposent à la prise en charge des coûts lorsqu'ils considèrent que dans un cas d'espèce, les critères EAE de l'art. 32 LAMal ne sont pas respectés.

7^{ter} Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'article 58 LPGA contre la décision de l'assureur visée à l'al. 7^{bis}. Il peut seulement invoquer le fait:

- a. que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;
- b. qu'un tarif non autorisé est utilisé;
- c. que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

Parmi les participants à la table ronde, il était en principe unanime que les cantons ne sont pas censés effectuer de contrôle EAE et que les motifs admis pour une opposition pourraient être consignés dans la loi – dans l'hypothèse où les cantons se verraient accorder une telle possibilité. Tous les acteurs préconisaient de définir précisément les motifs admis, dans la mesure du possible dans la loi ou sinon dans les travaux préparatoires.

Les conditions d'admission non remplies concernent notamment les hôpitaux qui n'auraient pas de mandat de prestations cantonal, ou du moins pas pour la prestation en question. En cas d'extension du droit d'opposition du canton aux factures ambulatoires comme dans la variante 2, il pourrait aussi s'agir de médecins ou d'autres fournisseurs de prestations qui ne sont pas autorisés par le canton à fournir des prestations à la charge de l'AOS, ou du moins pas dans le domaine de spécialité en question.

Un tarif peut en particulier ne pas être autorisé si, pour des traitements hospitaliers stationnaires extracantonaux, le fournisseur de prestations demande que le tarif de l'hôpital concerné soit pris en charge par l'AOS à la place du tarif de référence, alors même que les conditions prévues ne sont pas remplies (urgence ou autorisation du canton pour d'autres raisons médicales).

Les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées notamment en cas de combinaison illégale de positions tarifaires, de dépassement des limitations en vigueur pour des positions tarifaires spécifiques ou de non-respect des prescriptions sur le regroupement des cas de réhospitalisations dans un délai donné.

3.5 Données statistiques pour les cantons

Les cantons souhaitent accéder aux données, non seulement pour vérifier que les moyens des cantons sont uniquement utilisés pour des prestations qui remplissent les exigences de la LAMal (contrôle des factures), mais aussi pour pouvoir prendre rapidement et sur la base de données fiables des décisions de pilotage dans le secteur de la santé.

Les assureurs font valoir que les données originales des factures ne sont indispensables pour aucune de ces tâches. Il suffirait de données agrégées ou éventuellement de données individuelles anonymisées pour comprendre par exemple les trajectoires de traitement. À la table ronde, les assureurs ont formulé pour la première fois des offres concrètes sur les données détaillées qu'ils pourraient rendre accessibles aux cantons, par exemple dans le cadre du pool de données ou du pool tarifaire. Ces données seraient disponibles dès que l'assureur les introduit électroniquement dans le système. Une discussion d'approfondissement menée le 6 octobre 2022 a permis d'examiner en détail, avec les cantons et les assureurs, quelles précisions sont nécessaires afin que les cantons aient la certitude de disposer par ce canal des données déterminantes pour eux.

Un accès garanti de cette façon à des données détaillées pourrait constituer pour les cantons, s'il présente une qualité des données suffisante, un substitut tout à fait valable, à des fins de pilotage notamment, à l'accès complet à toutes les données des factures originales non anonymisées (comme le propose la variante 2), dans le domaine ambulatoire notamment. En ce sens, cette proposition concerne surtout la variante 1, en tant que substitut (partiel) à la variante 2. Un contrôle autonome de l'utilisation correcte des moyens des cantons au cas par cas ne serait cependant pas possible avec des données statistiques tant qu'ils n'ont pas également accès à des données des factures, accès éventuellement limité à un domaine partiel (p. ex. seulement pour les factures de traitements stationnaires, voir ch. 3.1). Toutefois, l'OFSP, en tant qu'autorité de surveillance, examine déjà le processus de contrôle des factures des assureurs. L'examen des processus des assureurs pourrait être complété si nécessaire.

Un accès direct des cantons aux données, sans détour formel par l'OFSP, apaiserait les craintes des cantons d'obtenir un accès compliqué et pas assez rapide aux données. Dès que les données sont mises à la disposition des assureurs sous une forme consolidée, ce qui semble actuellement être le cas à un rythme mensuel, les cantons doivent aussi y avoir accès sous forme électronique.

Les cantons tiennent à ce qu'il soit clairement précisé que les assureurs doivent mettre à disposition, par le biais d'un tiers, sous une forme agrégée et consolidée les données de tous les assureurs. Les cantons aimeraient être impliqués dans la réglementation sur l'accès aux données.

En principe, les assureurs peuvent être tenus de permettre aux cantons d'accéder à toutes les données qui sont nécessaires à l'accomplissement de l'une des diverses tâches des cantons que la LAMal leur assigne¹. Comme les tâches des cantons sont très diversifiées, dans le cadre de la

¹ La LAMal attribue aux cantons les tâches suivantes : respect de l'obligation de s'assurer et information à ce sujet (art. 6 et 6a LAMal), gestion, avec les cantons, d'une institution active dans la promotion de la santé (art. 19 LAMal), admission des médecins et

LAMal également, les données nécessaires pour ces tâches comprennent de fait aussi celles qui leur sont nécessaires pour exercer leur responsabilité dans l'approvisionnement en prestations de soins en général. En particulier, leur responsabilité dans la planification hospitalière (art. 39 LAMal) et dans l'admission des fournisseurs de prestations (art. 36 LAMal) ainsi que dans la surveillance de ceux-ci (art. 38 LAMal), où il s'agit de veiller à une offre adéquate, au caractère économique et à la qualité des fournisseurs de prestations, font que les cantons devraient recevoir un large éventail de données pour assumer leurs tâches.

Le Conseil fédéral définirait, avec le concours des cantons et des assureurs, plus précisément quelles seraient les données concrètement concernées et dans quel délai, à quelle cadence, dans quel format et par quelle voie les données devraient être transmises. Comme la loi exige un certain degré d'abstraction, il ne serait guère judicieux d'y régler en détail à quelles données les assureurs doivent permettre aux cantons d'accéder. C'est pourquoi il serait important de préciser dans les travaux préparatoires l'intention du législateur, afin que celle-ci lie le Conseil fédéral.

La transmission des données s'effectuerait en principe sous forme agrégée, lorsque c'est suffisant pour la tâche à exécuter. Les données doivent être agrégées au niveau des fournisseurs de prestations, aussi bien par numéro RCC que par numéro GLN. Elles permettraient aux cantons de contrôler le respect du nombre minimal de cas à traiter, et des restrictions quantitatives par fournisseur de prestations. Pour le contrôle du respect d'autres limitations², des liens avec des groupes de patients (groupe d'âge, région de domicile) peuvent être nécessaires. Le contrôle du respect des mandats de prestations ainsi que de l'admission des fournisseurs de prestations en général au niveau du secteur ambulatoire grâce à une vérification des positions tarifaires admises ou non qui sont décomptées par les divers fournisseurs de prestations, la fixation dans le domaine ambulatoire médical des nombres maximaux pour les fournisseurs de prestations par groupe de spécialistes, et plus généralement la planification d'une offre conforme aux besoins seraient ainsi possibles.

Des données par assuré anonymisées sont toutefois nécessaires pour atteindre certains objectifs, notamment pour juger de la qualité et du caractère économique des fournisseurs de prestations dans le cadre de la planification hospitalière et de la surveillance des fournisseurs de prestations. Elles permettent de suivre le parcours de soins des patients entre les différents fournisseurs de prestations. Il devient ainsi possible par exemple d'observer le comportement du fournisseur de prestations et d'identifier les effets dits de « porte tournante », c'est-à-dire une accumulation d'épisodes de

d'autres fournisseurs de prestations (art. 36 LAMal) et surveillance de ceux-ci (art. 38 LAMal), planification d'un approvisionnement couvrant les besoins en soins par les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance (art. 39 LAMal), garantie du respect de l'obligation d'admission faite aux hôpitaux répertoriés (art. 41a LAMal), garantie du traitement des assurés en cas de récusation des fournisseurs de prestations (art. 45 LAMal), approbation de conventions tarifaires (art. 46 LAMal), fixation de tarifs (art. 47 LAMal), fixation de tarifs-cadres (art. 48 LAMal), institution, avec les cantons, d'une organisation tarifaire pour les prestations stationnaires (art. 49 LAMal), fixation des budgets globaux des hôpitaux et établissements médico-sociaux (art. 51 LAMal), limitation du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires (art. 55a LAMal), prise en charge d'une large partie des primes et participations aux coûts en cas de non-paiement (art. 64a LAMal), octroi de réductions des primes (art. 65 et 65a LAMal), désignation d'un tribunal arbitral (art. 89 LAMal). Le projet d'acte législatif portant sur un financement uniforme prévoit en outre la représentation des cantons au sein des organisations tarifaires responsables des prestations médicales ambulatoires et des prestations de soins (art. 47a P-LAMal), la possibilité pour eux de limiter l'admission des fournisseurs de prestations non-médicaux dans le secteur ambulatoire (art. 55b P-LAMal) et celle de vérifier pour des factures spécifiques qu'elles respectent les conditions formelles à remplir pour la prise en charge des coûts (art. 60 P-LAMal).

² Par exemple, restrictions géographiques du territoire d'activité ou restrictions des groupes d'âge à traiter (p. ex. exclusion des enfants)

traitements, à l'instar de sorties d'hôpital suivies d'une admission dans un EMS et de plusieurs réhospitalisations. La connaissance de tels effets peut contribuer à une fixation de nombres maximaux pour des fournisseurs de prestations ambulatoires et à une planification hospitalière adéquates, conformes aux besoins et orientées sur la qualité et avoir un effet de réduction des coûts.

À l'heure actuelle, de telles évaluations des parcours de soins des patients ne sont possibles ni avec le pool de données ni avec le pool tarifaire, faute d'identificateur anonymisé qui permettrait de faire le lien entre différents points de données. Mais aux dires de la représentation des assureurs, comme un délai transitoire d'au moins quatre ans serait de toute façon prévu pour l'introduction du financement uniforme, il ne serait pas simple mais devrait être possible pour les assureurs de créer dans ce temps les bases nécessaires à des évaluations du parcours de soins des patients.

3.6 Combinaison de toutes les précisions possibles

Pour une meilleure vue d'ensemble des diverses précisions susceptibles de figurer dans le projet de loi pour les articles 21 et 60 P-LAMal (al. 6, 7 et 7^{bis}), nous exposons ci-après de façon synthétique les propositions formulées aux ch. 3.1 à 3.5, de manière séparée pour les deux variantes. Toutes les précisions possibles peuvent être apportées indépendamment les unes des autres.

Variante 1 (accès des cantons à une partie des factures originales)	Variante 2 (accès des cantons à toutes les factures originales)
Art. 21 ¹ Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'office <u>l'OFSP et aux cantons</u> les données dont ils celui-ci et les cantons ont besoin pour accomplir les tâches <u>respectives</u> que la présente loi leur assigne. ² Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement: a. <u>à l'OFSP, pour</u> surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et pour élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts; b. <u>à l'OFSP, pour</u> effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et <u>pour</u> préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution; c. <u>à l'OFSP, pour</u> évaluer la compensation des risques;- d. <u>aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir</u>	Art. 21 <i>Biffer</i>

Variante 1 (accès des cantons à une partie des factures originales)	Variante 2 (accès des cantons à toutes les factures originales)
<u>les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.</u> ³ <u>L'OFSP et les cantons sont</u> L'office est responsables de garantir l'anonymat des assurés dans le cadre de l'exploitation des données. ⁴ L'OFSP <u>H-met</u> les données qu'il a récoltées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public. ⁵ <u>Le Conseil fédéral édicte, avec le concours des cantons et des assureurs, les dispositions nécessaires sur la collecte, le traitement et la transmission des données visées à l'alinéa 1, dans le respect du principe de la proportionnalité.</u> Art. 60 ⁶ Ils communiquent aux cantons les assurés pour lesquels ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou qu'il soit considéré comme tel en vertu de l'art. 41, al. 2^{ter}, et qu'il doit donc verser une contribution cantonale pour ses prestations, il rend une décision. ⁷ L'assureur permet au canton d'accéder <u>gratuitement et sans délai</u> aux données des factures qui dépassent un montant fixé par le Conseil fédéral, ou qui concernent <u>un traitement hospitalier</u> au sens de l'art. 49, al. 1 ou une prestation désignée par le Conseil fédéral. <u>Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.</u> ^{7bis} <u>Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral.</u> Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans <u>les ees factures contestées</u>, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue. Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées sur le traitement et la transmission des données dans le respect du principe de la proportionnalité.	Art. 60 ⁶ Ils communiquent aux cantons les assurés pour lesquels ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou qu'il soit considéré comme tel en vertu de l'art. 41, al. 2^{ter}, et qu'il doit donc verser une contribution cantonale pour ses prestations, il rend une décision. ⁷ L'assureur permet au canton d'accéder <u>gratuitement et sans délai</u> à toutes les données des factures. <u>Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.</u> ^{7bis} <u>Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral.</u> Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans <u>les ees factures contestées</u>, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue. Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées sur le traitement et la transmission des données dans le respect du principe de la proportionnalité.

Variante 1 (accès des cantons à une partie des factures originales)	Variante 2 (accès des cantons à toutes les factures originales)
<u>7^{ter} Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'article 58 LPGa contre la décision de l'assureur visée à l'al. 7^{bis}. Il peut seulement invoquer le fait:</u> a. <u>que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;</u> b. <u>qu'un tarif non autorisé est utilisé;</u> c. <u>que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.</u>	<u>7^{ter} Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'article 58 LPGa contre la décision de l'assureur visée à l'al. 7^{bis}. Il peut seulement invoquer le fait:</u> a. <u>que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;</u> b. <u>qu'un tarif non autorisé est utilisé;</u> c. <u>que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.</u>

4 Garantie de prise en charge des coûts

La LAMal part du principe que les prestations médicales ou fournies sur prescription médicale sont efficaces, appropriées et économiques (EAE). On trouve néanmoins des dispositions contractuelles ou des normes légales qui exigent pour certaines prestations, comme un séjour stationnaire planifié ou une réadaptation, une garantie de prise en charge des coûts de l'assureur. Celle-ci sert de garantie financière aux hôpitaux, et représente pour les assureurs un contrôle du respect des critères EAE, notamment du besoin d'hospitalisation ou de réadaptation. La garantie de prise en charge des coûts en cas de traitement hospitalier extracantonal indique aux personnes assurées les éventuels coûts non couverts. Des garanties de prise en charge des coûts sont également nécessaires pour certaines prestations ambulatoires.

Des garanties préalables de prise en charge des coûts de l'assureur sont donc notamment nécessaires pour les prestations cofinancées déjà aujourd'hui par les cantons. Elles sont exclusivement données par l'assureur et les cantons ne peuvent les remettre en question, mais doivent cofinancer les prestations lorsque l'assureur a accordé sa garantie de prise en charge. Cela ne changera pas même si, avec un financement uniforme, les cantons versent une contribution cantonale non seulement pour les prestations stationnaires, mais aussi les prestations ambulatoires.

Il ne faut donc pas s'attendre à ce qu'en cas de financement uniforme, les assureurs soient plus réticents à donner des garanties de prise en charge. La possibilité d'opposition des cantons en discussion ici (voir ch. 3) se réfère plutôt au contrôle des factures et à la prise en charge des coûts de prestations déjà fournies. Les personnes assurées ne seraient donc pas concernées, dans la mesure où elles ont déjà perçu la prestation et où le fournisseur de prestations est responsable d'une facturation correcte. Dans le système du *tiers payant*, c'est le fournisseur de prestations qui doit en outre attendre que les éventuels désaccords soient résolus avant de recevoir sa rémunération.

Comme aujourd'hui, le contrôle des factures n'affecterait les personnes assurées que dans la mesure où il leur faudrait attendre, dans le système du *tiers garant*, jusqu'à ce que leurs prétentions financières à un remboursement aient été tirées au clair (voir ch. 3.3) ou s'il devait s'avérer, à l'issue du contrôle des factures, qu'il ne s'agit pas d'une prestation LAMal et que le fournisseur de prestations l'avait signalé à la personne assurée. Par conséquent, les personnes

assurées ne risquent pas, avec un financement uniforme, de devoir attendre le remboursement des factures déjà payées par elles (*tiers garant*) pour d'autres raisons que jusqu'ici, voire de ne pas être remboursées.

L'unique changement à prévoir pour les personnes assurées, si les cantons devaient obtenir un droit d'opposition aux factures individuelles (voir ch. 3), tient à ce que, outre les assureurs, un second acteur, soit le canton, vérifierait les factures. Or, il n'est pas exclu que plus de factures incorrectes soient découvertes de cette manière, ou que le processus dure un peu plus longtemps. Concrètement, les cas où des personnes assurées doivent attendre pour se faire rembourser dans le système du *tiers garant* pourraient être un peu plus fréquents ou prendre davantage de temps. Mais cela ne serait possible que si les cantons, dans la variante 2, avaient un droit de contestation pour les prestations ambulatoires également (voir ch. 3.1).

5 Protection des données

L'article 4 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD ; RS 235.1) exige que le traitement des données personnelles par des acteurs privés ou par la Confédération soit effectué conformément au principe de la proportionnalité et uniquement dans le but indiqué lors de leur collecte, qui doit être prévu par une loi ou ressortir des circonstances. Les données personnelles doivent en outre être protégées contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées (art. 7 LPD). Ces principes impliquent que les fins du traitement des données personnelles soient définies, bien qu'une formulation large soit possible.

Si une facture de traitements stationnaires permet de connaître les diagnostics et procédures médicaux (art. 42 LAMal), avec les factures de traitements ambulatoires, des conclusions directes sur l'état de santé d'un individu sont également possibles. Toutes les factures portant sur des traitements prévus dans l'AOS renferment par conséquent des données personnelles particulièrement sensibles. Aussi le législateur a-t-il prévu à l'art. 84b LAMal que les assureurs prennent les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour garantir la protection des données. Les règlements de traitement des données qu'il incombe aux assureurs d'établir sont soumis pour évaluation au Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) et sont accessibles au public. L'art. 59ater de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) exige encore que les assureurs prennent les mesures techniques et organisationnelles propres à assurer la sécurité des données, en particulier celles visées aux art. 21 et 22 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD ; RS 235.11).

Le Conseil fédéral a expressément exigé, à propos des factures relatives aux traitements stationnaires, que seul un service de réception des données des assureurs ait accès aux indications médicales (art. 59a OAMal). Ce service doit être certifié conformément à l'art. 11 LPD. L'assureur est tenu d'informer spontanément le PFPDT de la certification de son service de réception des données ou du renouvellement de sa certification. Le PFPDT peut exiger à tout moment du service de réception des données ou de l'organisme de certification les documents déterminants pour la certification ou le renouvellement de la certification. Il publie une liste des services de réception des données certifiés.

Dans le cas des factures des traitements ambulatoires, le Conseil fédéral a donné au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence d'édicter des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des diagnostics et des procédures, dans le respect du principe de la proportionnalité (art. 59a^{bis} OAMal).

Les cantons reçoivent aujourd'hui, avec les factures des traitements stationnaires, les mêmes informations médicales que les assureurs. Or, il manque à ce jour dans la LAMal des

prescriptions spécifiques pour les cantons en matière de protection des données. Ces derniers pourront édicter, dans leurs lois respectives sur la protection des données, des prescriptions sur la gestion de telles données.

Si, dans le cadre d'un financement uniforme, les cantons continuaient d'avoir accès aux données originales des factures, il serait possible de prévoir dans la LAMal qu'ils doivent remplir, en matière de protection des données, des exigences semblables à celles que les assureurs respectent déjà. Par le passé, les cantons ont expliqué qu'ils seraient ouverts à des adaptations en matière de protection des données.

L'administration a proposé à cet effet, à l'art. 60, al. 7, P-LAMal, que le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données des factures auxquelles les cantons ont accès, dans le respect du principe de la proportionnalité. La formulation proposée s'inspire de l'art. 42, al. 3^{bis}, LAMal, de l'art. 59a, al. 4, LAMal ainsi que de l'art. 59a^{bis} OAMal.

Cette proposition constitue la base légale permettant au Conseil fédéral d'édicter, par voie d'ordonnance, des prescriptions à l'intention des cantons pour garantir la protection des données, semblables aux exigences que les assureurs sont déjà tenus de respecter aujourd'hui. Dans le cas des factures des traitements stationnaires, cela signifierait par exemple que les cantons doivent eux aussi disposer d'un service de réception des données certifié.

6 Changement de système de financement

Les prestations stationnaires font aujourd'hui l'objet d'un financement dual fixe. Autrement dit, les assureurs comme les cantons sont à chaque fois les débiteurs de la rémunération due, à hauteur de leur part de financement respective. Les fournisseurs de prestations adressent ainsi à chacun des deux débiteurs une facture pour le montant partiel qui est à leur charge. Dans le système actuel, les prestations ambulatoires sont exclusivement financées par les assureurs, pour autant qu'elles ne restent pas en deçà de la participation aux coûts à la charge des assurés. Les assureurs constituent le débiteur unique de la rémunération de ces prestations dans le système du *tiers payant*, alors que dans le système du *tiers garant*, c'est à la personne assurée de s'en acquitter. Quant aux prestations de soins, les assureurs et les personnes assurées doivent chacun verser aux fournisseurs de prestations la contribution aux coûts leur étant demandée, les cantons réglant le financement résiduel.

En cas de financement uniforme, les cantons devront participer financièrement aux coûts de toutes les prestations LAMal. Il n'y aura donc plus de distinction entre les domaines de prestations. Un tel financement uniforme de l'ensemble des prestations serait en principe possible de deux manières : par un financement dual fixe, où deux débiteurs doivent s'acquitter de la rémunération prévue, de manière analogue au système en vigueur pour les prestations stationnaires ; ou par un financement moniste avec un seul débiteur de la rémunération, comme c'est aujourd'hui le cas pour les prestations ambulatoires.

L'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins » demande un financement moniste. Dans le cas des prestations stationnaires, cela impliquerait un changement de système par rapport au financement actuel, alors que le système en place serait maintenu pour les prestations ambulatoires. Inversement, un financement dual fixe conduirait à un changement de système dans le financement des prestations ambulatoires et à la reconduction du système actuel dans le secteur stationnaire. Dans tous les cas, un changement de système est à prévoir dans l'un ou l'autre de ces deux domaines de prestations. Un financement moniste présenterait

différents avantages par rapport à un financement dual fixe, s'il devait s'appliquer à toutes les prestations couvertes par la LAMal.

Pour les fournisseurs de prestations, une double facturation implique un surcroît de travail. Il leur faut envoyer deux factures, répondre aux questions de deux parties, et le contrôle des paiements entrants s'effectue lui aussi à double. Dans le secteur stationnaire, où le montant des factures est généralement élevé, le surcroît de charges porte moins à conséquence que pour les prestations ambulatoires. Etant donné que les montants facturés sont plus faibles dans ce domaine, la charge supplémentaire relative serait nettement plus élevée. Il ne serait pas exclu de devoir adapter les tarifs en réponse au surcroît de travail que subiraient les fournisseurs de prestations ambulatoires.

Les cantons aussi auraient un surcroît de travail massif si, avec un financement uniforme, ils recevaient à contrôler et à traiter un volume actuel d'environ 130 millions de factures par an, soit beaucoup plus que les 1,5 million de factures stationnaires dont ils s'occupent à l'heure actuelle.

En outre, un financement dual fixe ne serait possible qu'en basant la contribution cantonale sur les coûts bruts, ce qui veut dire que les cantons devraient financer une partie des prestations brutes et non des prestations nettes. Or, comme l'indique le chiffre 4 du rapport du DFI du 30 novembre 2020, le principe des coûts bruts ne va pas sans problèmes sur le plan du droit constitutionnel. En effet, l'assureur ne paie aucune prestation pendant toute l'année pour une part élevée des assurés, la franchise n'ayant pas été atteinte. Or, le canton devrait prendre en charge pour tous les assurés la part des coûts lui incombant, même si l'assureur ne paie rien. On peut donc se demander si le caractère d'assurance exigé par la Constitution serait encore rempli. En outre, avec le principe des coûts bruts, les coûts de toutes les prestations diminueraient d'environ un quart du point de vue des assurés, étant donné que comme aujourd'hui dans le domaine stationnaire, aucune participation aux coûts ne serait due sur la partie financée par le canton. Une telle solution réduirait sensiblement les incitations qu'ont les personnes assurées à endiguer les coûts liés au traitement des cas de peu de gravité (« de bagatelle »), qui relèvent entièrement de leur franchise. Ainsi, des raisons économiques s'opposent également au principe des coûts bruts.

Pour toutes les raisons qui précèdent, la priorité irait à un financement moniste, en cas d'instauration d'un financement uniforme de l'ensemble des prestations. Les cantons eux-mêmes n'exigent pas un financement dual fixe avec double facturation de toutes les prestations. Même avec un financement moniste par les assureurs, il serait possible, si cela est souhaité, que les cantons aient accès à toutes les factures ou à une partie d'entre elles, et d'y faire opposition auprès de l'assureur. Des possibilités correspondantes ont été exposées au ch. 3.