

Données nécessaires au contrôle formel par les cantons des factures des prestations stationnaires

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 7 mars 2023

1 Décision du Conseil des États et mandat de la CSSS-N

La décision du Conseil des États prévoit à l'art. 21 P-LAMal que les cantons reçoivent des assureurs les données dont ils ont besoin pour accomplir les tâches que la LAMal leur assigne. Il s'agit en règle générale de données agrégées concernant plusieurs assurés. Si elles sont nécessaires à la surveillance des fournisseurs de prestations et à la planification de l'approvisionnement en soins et qu'elles ne peuvent être obtenues d'une autre manière, il peut également s'agir de données par assuré permettant notamment de retracer le parcours des patients et, par exemple, de détecter une lacune dans l'approvisionnement en soins.

Les cantons doivent en outre pouvoir accéder aux factures originales qui concernent un traitement hospitalier (art. 60, al. 7, P-LAMal) et pouvoir refuser la prise en charge des coûts pour certains motifs (art. 60, al. 7^{bis} et 7^{ter}, P-LAMal).

Il convient à présent d'examiner s'il serait également possible que les cantons, sans avoir accès aux factures originales, obtiennent des assureurs les informations nécessaires pour contrôler que les fournisseurs de prestations, en particulier les hôpitaux, disposent d'un mandat de prestations du canton pour la prestation concernée.

2 Données contenues dans les factures DRG

En théorie, il serait envisageable que les assureurs ne donnent pas aux cantons un accès formel à la facture originale, mais plutôt aux données contenues dans la facture qui sont nécessaires au contrôle effectué par les cantons. Les données nécessaires seraient toutefois presque identiques aux informations qui figurent sur la facture originale (voir tableau 1). Les cantons n'obtiendraient ainsi guère moins d'informations que s'ils avaient accès à la facture originale, alors même que la mise à disposition de ces informations serait plus contraignante sur le plan administratif et moins fiable pour les cantons.

Les factures de type DRG et toutes les autres factures stationnaires (ST Reha, TARPSY) contiennent un numéro de facture, une date de la facture ainsi qu'un numéro de cas, et des informations (numéros RCC et GLN) concernant l'émetteur de la facture et le fournisseur de prestations, la personne traitée (données personnelles, numéro AVS et numéro d'assuré), le motif du traitement (maladie, accident, grossesse, malformation congénitale) respectivement la loi (LAMal, assurance complémentaire, invalidité ou militaire), le moment et la durée de l'hospitalisation et du traitement, le type d'admission (urgence ou admission programmée), le mode d'admission et de sortie (p. ex. normal, transfert, mort), la situation (p. ex. domicile) ou l'établissement (p. ex. autre hôpital de soins aigus) précédant l'admission ou suivant la sortie, ainsi que, si disponible, la garantie de prise en charge des coûts dans le cas d'un traitement hors canton, le fournisseur de prestations qui a adressé le patient et enfin le diagnostic, le forfait par cas facturé (code DRG), y compris les coûts relatifs, et le tarif facturé (prix de base).

3 Données nécessaires à l'examen du mandat de prestations

Pour contrôler si le fournisseur de prestations dispose d'un mandat de prestations pour la prestation facturée, le canton a besoin des données concernant l'émetteur de la facture, le fournisseur de prestations, le motif du traitement et la loi applicable¹, le moment de l'hospitalisation et du traitement², le diagnostic et le forfait par cas facturé. Sont en outre nécessaires pour la correction de factures erronées et pour un éventuel refus de verser la contribution cantonale (comme pour les autres contrôles) le numéro de facture et du cas, le montant facturé et l'assureur concerné (visible avec le numéro d'assuré).

Les cantons font valoir que les assureurs n'ont pas le même intérêt à contrôler les mandats de prestations. De plus, les différents assureurs n'ont pas du tout la possibilité de contrôler les mandats de prestations limités à certains volumes, car ils n'ont pas une vue d'ensemble des prestations. Ils peuvent également être confrontés à des conflits d'intérêts lorsqu'une assurance complémentaire chez le même assureur est obligée de prendre en charge des prestations parce qu'aucun mandat de prestations LAMal n'est valable et qu'ainsi, aucune prise en charge des coûts selon la LAMal n'est possible.

4 Données nécessaires au contrôle du tarif

Si, comme le prévoit le Conseil des États (et comme exigé par les cantons), les cantons doivent pouvoir contrôler si le tarif correct est appliqué, c'est-à-dire, premièrement, si le tarif facturé est adapté à l'assureur et au motif du traitement (uniquement des prix de base LAMal pour des prestations LAMal, p. ex. pas de tarifs et de prestations AI ou LAA) et, deuxièmement, si le tarif de référence est facturé en l'absence de garantie de prise en charge des coûts pour un traitement dans un établissement hors canton choisi par l'assuré, des données supplémentaires concernant la personne traitée³, le mode d'admission (p. ex. urgence), la garantie de prise en charge des coûts et le tarif facturé (prix de base) sont nécessaires en plus des données mentionnées ci-dessus. Pour pouvoir être facturé, un tarif pour un traitement stationnaire doit en outre correspondre effectivement à un cas stationnaire (selon les règles de facturation de SwissDRG). Une durée d'un seul jour (sans nuitée) est possible en cas de transfert dans un autre hôpital ; des données concernant l'établissement dans lequel l'assuré est transféré sont alors nécessaires.

Étant donné que le canton a en principe connaissance des factures antérieures de l'AI pour une personne, il a la possibilité de reconnaître si une prestation connexe est facturée à tort comme une prestation LAMal, alors que l'assureur ne pourrait le constater qu'après un examen détaillé du dossier médical. En ce qui concerne le tarif de référence, l'assureur peut de nouveau être confronté à un conflit d'intérêts, car une prise en charge injustifiée du tarif (plus élevé) de l'hôpital par l'assurance obligatoire des soins peut avoir pour effet de décharger l'assurance complémentaire, qui est souvent conclue auprès du même assureur.

¹ Les mandats de prestations pour le domaine LAMal sont différents de ceux pour les autres assurances.

² Les mandats de prestations peuvent changer au fil du temps. Les mandats de prestations limités à certains volumes de prestations peuvent notamment être épuisés.

³ La garantie de prise en charge des coûts pour un traitement dans un établissement hors canton choisi par l'assuré est liée à une personne précise.

Tableau 1 : Factures originales pour prestations stationnaires, données contenues et utilisation

Information sur la facture	Contrôle du mandat de prestations	Contrôle du tarif correct	Contrôle des modalités d'application	Correction de factures erronées	Autre utilisation
Numéro de la facture et du cas				X	
Émetteur de la facture	X	X			
Fournisseur de prestations	X	X			
Numéro AVS et numéro d'assuré		X		X	
Maladie ou accident / autres (loi)	X	X			
Moment / durée de l'hospitalisation	X	X	X		
Type d'admission (urgence ?)		X			
Admission / sortie depuis / vers		X	X		
Fournisseur de soins prescripteur					X
Garantie de prise en charge des coûts		X			
Diagnostic / Code DRG, éventuellement rémunération supplémentaire	X	X	X		
Coût relatif			X		
Prix de Base		X	X		
Montant facturé			X	X	

Représentation OFSP. « Autre utilisation » (p. ex. planification de l'approvisionnement en soins, surveillance) n'est mentionnée que si aucune des autres utilisations prévues ne s'applique. D'autres informations sont également pertinentes à des fins de planification et de surveillance.

5 Données nécessaires au contrôle du respect des modalités d'application

Des informations supplémentaires concernant la situation ou l'établissement avant l'admission et après la sortie de l'assuré sont également nécessaires si, comme le prévoit le Conseil des États (et l'exigent les cantons), le canton doit pouvoir contrôler le respect des modalités d'application d'un tarif. Ces informations, combinées avec la durée du traitement, permettent de déterminer, par exemple, si les règles de facturation DRG sont respectées lorsque plusieurs cas doivent être facturés comme un seul cas (d'un montant moins élevé) ou lorsque le montant facturé doit être réduit en raison d'un transfert vers un autre établissement. La durée du traitement et le forfait par cas permettent également de déterminer si le coût relatif correct, y compris les déductions (dont celles de transfert) et les suppléments, a été facturé. Il est également possible de vérifier si les rémunérations supplémentaires sont cumulables et si leur montant est correct. La comparaison de tous les points de données permet de détecter les factures établies à double par erreur.

Dans la plupart des situations, l'assureur peut contrôler le respect des modalités d'application en utilisant les mêmes informations que les cantons. Dans certains cas, il est possible que le canton dispose néanmoins de plus d'informations utiles au contrôle que l'assureur : lorsqu'un assuré change d'assureur à la fin de l'année et fait l'objet, peu avant et peu après le changement d'année, de deux traitements stationnaires que l'hôpital devrait réunir dans une seule facture malgré une sortie temporaire de l'établissement pendant le changement d'année.

6 Autres utilisations

Un seul point de données des factures SwissDRG n'est pas nécessaire pour les trois contrôles formels que le canton doit pouvoir effectuer selon la décision du Conseil des États. Il s'agit de l'information sur le fournisseur de prestations qui a adressé le patient. Cependant, cette information sert à la planification de l'approvisionnement en soins (p. ex. sur la répartition régionale des flux de patients), comme le font par exemple également les informations sur la provenance d'un assuré lors de son admission et sa destination lors de la sortie.

S'il arrive souvent que les patients entrent à l'hôpital l'après-midi ou le soir précédant l'opération, parce que la durée de leur séjour s'en trouve justement prolongée de sorte qu'un coût relatif plus élevé puisse être facturé, cela peut être pertinent pour l'évaluation de son caractère économique dans le cadre de la planification hospitalière.

La nécessité d'un séjour hospitalier est déterminée sur la base du forfait par cas, d'une éventuelle garantie de prise en charge des coûts et du type d'admission. La comparaison du traitement et de la « liste ambulatoire » ainsi que des « codages de contournement » peut également être pertinente pour l'évaluation du caractère économique dans le cadre de la planification hospitalière.

Etant donné que l'art. 21, al. 2, let. d, P-LAMal autorise également la transmission par les assureurs de données par assuré pour de telles fins, les cantons n'obtiennent, grâce à l'accès aux factures originales, pas de données supplémentaires sur ce point non plus.

7 Conclusion

Premièrement, avec un accès aux factures originales limité au domaine stationnaire, comme l'a décidé le Conseil des États, les cantons n'obtiennent pas d'autres données que celles qu'ils reçoivent déjà aujourd'hui. Mais à la différence de la situation actuelle, l'art. 60, al. 7, P-LAMal crée les conditions légales permettant d'imposer aux cantons des prescriptions en matière de protection des données.

Deuxièmement, les cantons pourraient techniquement avoir accès aux données nécessaires dans un extrait de la facture plutôt que recevoir la facture originale elle-même. Cet extrait devrait toutefois contenir pratiquement toutes les informations qui figurent sur la facture originale, et l'art. 21 devrait être complété à cet effet. La question se pose de savoir quel serait l'avantage d'une telle réglementation et notamment si cette procédure serait plus efficace qu'un accès à la facture originale.

Troisièmement, un accès aux données sur la base de l'art. 21 plutôt que sur la base de l'art. 60, al. 7, ne saurait remplacer un droit pour le canton de refuser, au cas par cas, de verser la contribution cantonale lorsque les conditions formelles ne sont pas remplies (art. 60, al. 7^{bis} et 7^{ter}). Sans un tel droit, le canton n'aurait, si aucun accord n'est trouvé avec l'assureur, qu'une possibilité indirecte de réagir, avec retard, dans des cas fréquents par le biais de la surveillance qu'il exerce sur les fournisseurs de prestations. Mais cela l'obligerait à cofinancer des prestations alors qu'il suppose qu'elles n'ont pas été facturées correctement.

Et quatrièmement, l'accès des cantons aux factures originales dans le domaine stationnaire permet de maintenir, du moins dans un premier temps, les processus numérisés de contrôle existants et bien rodés dans les cantons lors du passage à un financement uniforme. Les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs ont basé leurs processus et leurs systèmes de contrôle sur les formulaires numériques standards des factures DRG. En renonçant à développer une structure de données supplémentaire, différente pour l'échange des informations pratiquement identiques entre les assureurs et les cantons, une charge administrative inutile pour l'adaptation des systèmes de contrôle peut être évitée. Si les cantons avaient de fait accès aux mêmes données, non pas dans la structure de la facture originale, mais sur la base d'une livraison des données par les assureurs, les nouveaux processus à concevoir devraient fonctionner dès le premier jour. En plus de cette charge administrative supplémentaire, les cantons émettent des réserves quant à la possibilité d'utiliser pleinement ces nouvelles solutions dès le début. Sans accès aux factures originales, il leur manquerait une solution de repli, avec des risques pour le contrôle des coûts et la planification de l'approvisionnement en soins.