

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 30 octobre 2023 à l'intention de la CSSS-E

« La mention de la durée de la consultation sur les factures »

1. Mandat

Le 12 octobre 2023, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a chargé l'administration, dans le cadre des délibérations sur l'objet 22.062n « LAMal. Modification (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet) », d'élaborer un bref rapport pour présenter les conséquences de la variante adoptée par le Conseil national le 28 septembre 2023 concernant la modification de l'art. 42, al. 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Ce projet de modification inscrit l'obligation pour les fournisseurs de prestations de mentionner la date ainsi que les heures de début et de fin des consultations sur les factures, dans le cas d'une structure tarifaire à la prestation. Il s'agit en particulier d'examiner l'apport pour les patients et les patientes ainsi que pour la lisibilité des factures.

2. Bases légales actuelles concernant le contenu et le contrôle des factures

L'art. 42, al. 3, LAMal oblige le fournisseur de prestations à remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Le débiteur de la facture est l'assuré(e) dans le système du tiers garant et l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 1 et 2, LAMal). En cas de système du tiers payant, le fournisseur de prestation doit remettre une copie de la facture également à l'assuré(e). L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent toutefois convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré(e) (art. 42, al. 3, LAMal).

Selon l'art. 43, al. 1, LAMal, le fournisseur de prestations doit établir les factures sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif constitue donc la base pour le décompte et la facturation des prestations. Sont notamment possibles les tarifs au temps, les tarifs à la prestation fondés ou les tarifs forfaitaires (art. 43, al. 2, LAMal).

L'art. 59 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) précise les informations et données qui doivent figurer sur les factures, pour la facturation en général. Son alinéa 1 oblige ainsi le fournisseur de prestations à mentionner sur la facture toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 42, al. 3 et 3^{bis}, LAMal. La liste non-exhaustive à l'art. 59, al. 1, let. a à e, OAMal contient notamment la date de traitement (let. a), les prestations fournies et détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable (let. b) ainsi que les diagnostics et les procédures qui sont nécessaires au calcul du tarif applicable (let. c). Le fournisseur de prestations doit par ailleurs veiller à ce que la facture soit compréhensible pour l'assuré(e) et en particulier à ce que le genre, la durée et le contenu du traitement soient exposés de manière claire (art. 59, al. 4, OAMal). Au-delà des éléments explicitement précisés dans la LAMal et l'OAMal, l'assureur et le fournisseur de prestations peuvent s'accorder sur les indications ou informations supplémentaires à faire figurer sur la facture et qui sont nécessaires au contrôle des factures et de l'économicité ; ce qui garantit la proportionnalité.

Il revient avant tout aux assureurs-maladie de contrôler le caractère économique des prestations facturées à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le contrôle des factures au

sens strict, consiste principalement à vérifier que l'assuré(e) a droit à la prise en charge de la prestation, que le fournisseur de prestations est admis, que le tarif a été appliqué correctement et que les dispositions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31) ont été respectés. Les assureurs poursuivent différentes stratégies : une majorité utilise aussi bien la méthode du contrôle spécifique (c.à.d. contrôle des factures individuelles sans tenir compte des autres) que la méthode transversale ou basée sur l'ensemble du cas ou une approche combinée des deux méthodes. L'assuré(e) tient également un rôle important pour le contrôle des prestations facturées. Comme mentionné plus haut, en fonction du système de facturation utilisé (tier garant ou tier payant), l'assuré(e) sera le destinataire direct de la facture ou alors il recevra une copie de celle-ci (art. 42, al. 1 à 3, LAMal). Cela lui permet non seulement d'être conscient des coûts qu'il occasionne, mais aussi de vérifier que la facture correspond au traitement qui a été fourni et de communiquer d'éventuelles erreurs à l'assureur.

3. Décision du Conseil national de compléter l'art. 42, al. 3, LAMal

a. Contenu de la décision du Conseil national

Le Conseil national propose de modifier l'art. 42, al. 3, LAMal (ci-dessous), en y introduisant la phrase qui est soulignée :

Al. 3 : Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le cas d'une structure tarifaire à la prestation, il mentionne, notamment, la date ainsi que l'heure de début et de fin de la consultation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les modalités.

b. But de la modification en général

La proposition de modification de l'art. 42, al. 3, LAMal émane du Conseil national et ne se trouvait pas dans le 2^{ème} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts qui a été transmis au Parlement par le Conseil fédéral, le 7 septembre 2022. Ce faisant, le Conseil national vise à améliorer la transparence envers les patients et les patientes ainsi qu'à faciliter le contrôle du caractère économique des prestations qui sont facturées.

Compte tenu des bases légales actuelles concernant le contenu des factures qui sont détaillées au point 2, la modification proposée pourrait aussi être interprétée comme visant à inscrire au niveau de la loi l'obligation faite à l'art. 59, al. 1 OAMal de mentionner sur les factures la date du traitement ainsi que celle faite à l'art. 59, al. 4 de mentionner les durées de traitement, en cas d'une structure à la prestation. Ce faisant, la formulation proposée précise que cette obligation concernerait toutes les factures établies sur la base d'une structure tarifaire à la prestation. Bien que le Conseil national vise avant tout les prestations décomptées avec la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires (TARMED), les prestations décomptées avec les structures tarifaires à la prestation des logopédistes, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des sage-femmes ou des dentistes seraient également concernées.

4. Analyse des conséquences de la décision du Conseil national

Le mandat de la commission consiste notamment à mettre en évidence les conséquences de la décision du Conseil national pour les patients et les patientes ainsi que pour la lisibilité de la facture. Mais la décision du Conseil national a également des répercussions sur la facturation pour les fournisseurs de prestations et sur le contrôle des factures par les assureurs. C'est pourquoi ces conséquences sont également présentées ci-dessous.

a. Conséquences pour les patients et les patientes

La mention du début et de la fin d'une consultation sur la facture permet au patient ou à la patiente de calculer lui-même la durée de la consultation. Dans certaines circonstances, cela permet de mieux contrôler l'exactitude des prestations facturées. La décision du Conseil national prévoit que la date ainsi que l'heure de début et de fin de la consultation ne doivent être indiquées sur la facture que si les prestations sont facturées via une structure tarifaire à la prestation. Dans de nombreux cas, un tarif à la prestation comprend aussi bien des positions pour des prestations qui sont facturées en fonction du temps (prestations au temps) que des prestations qui sont facturées indépendamment du temps effectivement nécessaire (prestations à l'acte). Pour les prestations à l'acte, une durée moyenne est parfois indiquée dans le tarif, mais elle n'est pertinente que pour le calcul des points tarifaires. Certains tarifs, comme celui de la physiothérapie ambulatoire, ne contiennent aucune indication de durée.

Lorsque seules des prestations au temps sont facturées (par exemple dans le cas d'une consultation médicale sans examen) et que les indications de temps par position tarifaire sont visibles sur la facture, il est possible de calculer le temps de consultation facturé sur la base des positions tarifaires décomptées et de le comparer avec la durée calculée sur la base de l'heure de début et de fin. Dans ce cas, l'indication de l'heure de début et de fin de la consultation sur la facture permet un meilleur contrôle des prestations facturées au patient ou à la patiente. Néanmoins, si la consultation est interrompue par un temps d'attente du patient ou de la patiente, par exemple pour le résultat d'une analyse de sang au laboratoire du cabinet médical, la durée de la consultation (heure de début et heure de fin) indiquée sur la facture ne correspond plus à la somme des durées des prestations facturées.

Dans le cas d'une facture avec des prestations à l'acte (avec des durées moyennes), la durée de la consultation calculée sur la base de l'heure de début et de l'heure de fin ne correspond pas non plus nécessairement à la durée des prestations facturées. Cela peut aussi être le cas lorsque les prestations sont correctement facturées. La durée moyenne mentionnée dans le tarif n'est actuellement pas non plus indiquée sur la facture. Cela peut également entraîner des demandes de renseignements de la part des patients et des patientes auprès des fournisseurs de prestations. Dans la mesure où elle figure dans le tarif, la durée moyenne des prestations pourrait en principe être indiquée sur la facture.

Il faut partir du principe que pour une grande partie des consultations, en particulier celles effectuées dans les cabinets médicaux et dans les services ambulatoires des hôpitaux, des prestations aussi bien au temps qu'à l'acte sont fournies et facturées. En résumé, on peut constater que l'indication de l'heure de début et de fin de la consultation sur la facture améliore sans doute le contrôle de la facture pour les patients et les patientes. Mais cette indication devrait également susciter certaines questions.

b. Conséquences sur la lisibilité de la facture

Comme expliqué dans le cadre des conséquences pour les patients et les patientes, il convient de distinguer entre la durée de consultation calculée sur la base des heures de début et de fin de

consultation indiquées et la durée de consultation facturée calculée sur la base des prestations facturées. Celles-ci ne doivent pas nécessairement coïncider. S'ajoute à cela le fait que la compréhension des factures des cabinets médicaux et des services ambulatoires des hôpitaux représente un grand défi pour de nombreux patients et de nombreuses patientes car la plupart des positions TARMED contiennent des termes médicaux qui ne font pas partie du vocabulaire courant. De nombreuses autres indications sur la facture ne sont pas non plus intuitives. Même si une partie des positions indiquées contiennent des indications de temps, il est difficile d'en déduire la durée totale qui est facturée. Pour ces raisons, cette disposition nécessite une mise en œuvre bien encadrée – à commencer par les assureurs-maladie – afin que l'indication de l'heure de début et de fin de la consultation améliore effectivement la lisibilité de la facture.

c. Conséquences pour les assureurs-maladie

Les conséquences de la décision du Conseil national pour les assureurs-maladie sont comparables, pour le contrôle des factures individuelles, aux conséquences pour les patients et les patientes (voir point 4.a.). En outre, l'indication de la durée de la consultation (heure de début et de fin) sur la facture permet de mieux identifier les comportements abusifs en matière de facturation des fournisseurs de prestations à un niveau agrégé. Ainsi, un assureur peut par exemple vérifier, à l'aide des heures de début et de fin de plusieurs factures d'un fournisseur de prestations, si celui-ci traite plusieurs patients et patientes en même temps, respectivement s'il facture plusieurs prestations au même moment. Cela n'est notamment pas plausible lors de la facturation de prestations qui doivent impérativement être fournies par le fournisseur de prestations sur le patient ou la patiente.

d. Conséquences pour les fournisseurs de prestations

L'obligation consistant à indiquer l'heure de début et de fin de la consultation sur la facture représente une charge de travail supplémentaire pour les fournisseurs de prestations. Il est possible que, pour des raisons d'efficacité, certains fournisseurs de prestations utilisent leur calendrier avec les consultations prévues au lieu de mentionner les heures réelles de début et de fin de chaque consultation. Cela peut donner lieu à des demandes de renseignement de la part des patients et des patientes ainsi qu'à des discussions. Les factures sur lesquelles la durée de consultation (heure de début et de fin) ne correspond pas – à juste titre - à la durée des prestations facturées (par ex. en cas de fourniture efficace de prestations à l'acte) peuvent également susciter des questions ou des discussions.