EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Ein Verbund von Helsana, Sanitas und KPT

1ère conférence de la communauté d'achat HSK

Point de vue des assureurs maladie sur la mise en œuvre opérationnelle du nouveau financement hospitalier

Communauté d'achat HSK
Dr Christoph Bangerter
Président du Comité directeur du groupe CPT

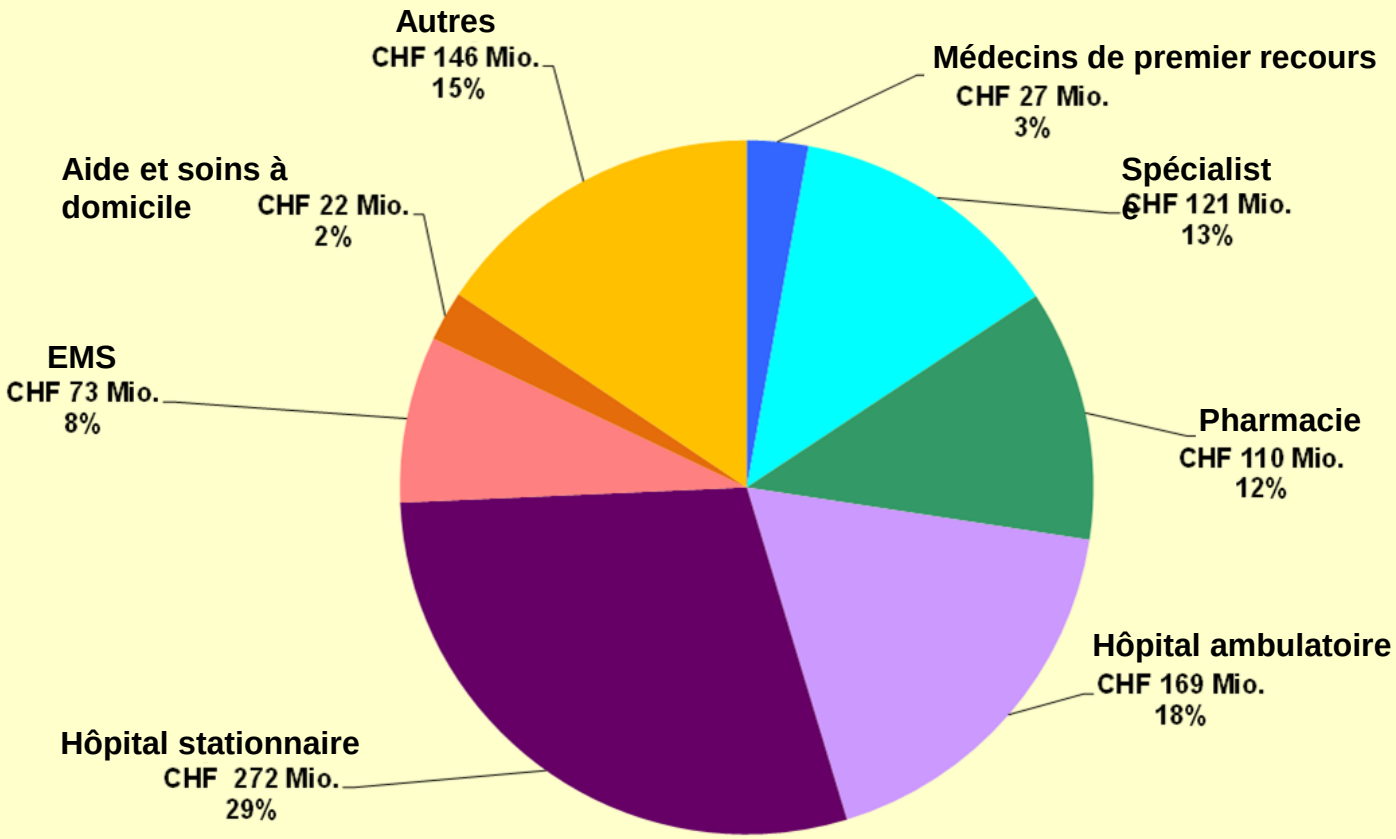
Contenu de la présentation

- **Rétrospective:** conditions-cadre politiques, légales et autres valables pour les assureurs, indépendamment de l'introduction de SwissDRG.
- **Actualités:** où en est la mise en œuvre?
- **Perspectives:** quels sont les défis à relever à court terme?
- **Bilan**

Part des frais hospitaliers dans les cas générateurs de coûts élevés (CPT)

Répartition des prestations d'assurance de base entre les groupes de fournisseurs de prestations

Année de sinistres 2011. Prestations des 25% de bénéficiaires les plus chers causant 80% des prestations. Total des prestations CHF 940 millions



Conditions-cadre politiques et régulatrices

Au niveau **politique**, la Suisse a choisi le modèle de la **concurrence régulée** («managed competition»).

- Obligation de s'assurer, catalogue de prestations de base standardisé et protection tarifaire, contrats entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, assurances complémentaires facultatives.
- L'Etat (surtout les cantons) se limite à la planification (par ex. hospitalière) et à la régulation, du moins en théorie. Voir les rôles multiples des cantons comme économistes régionaux, propriétaires d'hôpitaux, employeurs et arbitres en matière de questions tarifaires.

Conditions-cadre légales (LAMal)

- Depuis 2012, les assurés de base **ont le libre choix complet parmi tous les fournisseurs de prestations stationnaires figurant sur la liste des hôpitaux de leur canton de domicile ou du canton d'implantation de l'hôpital**, quelle que soit l'autorité responsable.
- Le fournisseur de prestations (hôpital répertorié) est obligé de facturer le même **forfait par cas** à tous les assurés, où qu'ils soient domiciliés (art. 49, al. 1 LAMal).
- **L'assureur et le canton de domicile** prennent en charge les coûts d'un séjour stationnaire dans un hôpital répertorié selon leur part respective (art. 49a LAMal), mais **au plus selon le tarif** appliqué dans un hôpital répertorié dans le canton de domicile de l'assuré (art. 41, al. 1bis LAMal).
- Ainsi, le patient bénéficie de la liberté de choix et de la protection tarifaire (art. 44 LAMal), mais court tout de même le risque de devoir payer les coûts non couverts si le forfait par cas dans l'hôpital répertorié du canton d'implantation est plus onéreux que dans l'hôpital répertorié du canton de domicile.

Conditions-cadre légales (LAMal)

- **Obligation de l'assureur de contrôler les coûts**, art. 56 LAMal: le fournisseur de prestations doit **limiter ses prestations à la mesure exigée** par l'intérêt de l'assuré et le **but du traitement.** La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée; l'assureur ou l'assuré peuvent aussi en demander le remboursement.
- **L'assureur doit respecter les directives de protection des données suivantes:**
  Art. 33 LPGA: norme générale portant sur l'obligation de garder le secret pour toute personne participant à l'application des assurances sociales.
  Art. 57, al. 7 LAMal: les **médecins-conseil** ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation. Ils doivent respecter les droits de la personnalité des assurés.
  Art. 84 LAMal: traitement de données personnelles
  Art. 84a LAMal: transmission de données à des tiers
  Art. 84b LAMal (nouveau): garantie de la protection des données par les assureurs
  -> règlement sur le traitement des données accessible au public

Conditions-cadre légales (LAMal)

- Détails sur la protection des données DRG: art. 42, al. 3bis LAMal (modification du 23.12.2011): **sur leurs factures, les fournisseurs de prestations doivent indiquer, de manière codée, les diagnostics et procédures selon les classifications. Le Conseil fédéral édicte des directives complètes** sur le prélèvement, le traitement et la transmission de données en tenant compte du principe de la proportionnalité. Entre-temps, cette directive a été appliquée (voir plus bas).
- Détails sur les contrats tarifaires avec les hôpitaux, art. 49 LAMal: les tarifs hospitaliers doivent être établis en fonction des indemnisations des hôpitaux qui allouent **la prestation tarifée et obligatoirement assurée, ce dans la qualité nécessaire et de manière économique et efficace**.
  - → La HSK a développé un benchmarking détaillé et cohérent servant de base aux négociations tarifaires.

Où en sommes-nous aujourd'hui?

- Conditions-cadre: directive du Conseil fédéral sur la transmission des données dans le cadre de SwissDRG
  - D'ici la fin 2013, les assureurs doivent développer un service de réception des données, puis le faire certifier.
  - Ce service détermine quelles factures doivent être réexaminées sur la base des directives de l'assureur. Les assureurs n'ont pas le droit d'édicter des directives plus précises à l'attention de ce service.
  - Pendant la phase de transition (donc dès le 1er janvier 2013), les données médicales pourront **seulement** être transmises au médecin-conseil ou à un service de réception des données certifié.
  - Au plus tard au 1er janvier 2014, les hôpitaux devront livrer les données médicales par voie électronique, ce de manière systématique et couplée, à un service de réception des données certifié.
  - Si d'autres documents sont demandés, généralement à l'attention du médecin-conseil, l'assureur a l'obligation d'en informer l'assuré.

Où en sommes-nous aujourd'hui?

- Envoi des factures jusqu'à aujourd'hui
  - Selon la région et la catégorie hospitalière, divers arriérés de facturation existent encore. Les effets de l'introduction de SwissDRG sur la totalité des coûts ne peuvent pas encore être évalués avec certitude.
  - Jusqu'à maintenant, les factures ont presque toujours été envoyées en format papier.
  - Elles n'ont été envoyées avec un MCD que dans de rares cas, ce qui signifie qu'il a généralement fallu demander des informations supplémentaires aux hôpitaux.
  - La HSK a conclu des accords transitoires avec la plupart des hôpitaux pour minimiser les pertes d'efficacité.

Quels sont les défis actuels?

- Certification des services de réception des données
  - Helsana, Sanitas et CPT sont en train de faire certifier leurs services. Le but est que cela soit effectué le plus vite possible, donc d'ici fin 2012, mais ce délai peut varier selon les sociétés.
  - Ensuite, donc probablement dès janvier 2013, seules les factures électroniques et comprenant les MCD seront acceptées.
  - Standard technique pour l'échange de données: il s'agira du standard xml 4.4, qui sera adopté à la fin septembre.
- Niveau organisationnel:
  - Plus grande limitation du nombre de collaborateurs qui ont éventuellement accès à des informations cliniques.
  - Le cas échéant, adaptation des conditions de travail contractuelles auxquelles sont soumis ces collaborateurs.
  - Nota bene: les médecins-conseil ne contrôlent PAS les factures.

Quels sont les défis actuels?

- Niveau conceptuel:
  - Délimitation des rôles du service de réception des données et du médecin-conseil et interaction de ces deux instances avec «l'administration de l'assurance», surtout lorsque des MCD sont livrés au médecin-conseil.
  - Prise en compte tarifaire des coûts d'investissement: actuellement, suppléments normatifs de 10% sur les coûts d'exploitation; à l'avenir, compris dans le prix total négocié.
  - Mise en place correcte de la complémentarité de la facturation au moyen de SwissDRG dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire.
    - Il est impératif de délimiter les prestations LAMal des prestations LCA dans les hôpitaux conventionnés et dans les hôpitaux répertoriés.
    - Des défis spécifiques pourraient surgir, en particulier, dans le domaine des honoraires de médecins agréés dans les hôpitaux répertoriés (prise en compte et limitation de la part des honoraires dans le forfait AOS DRG).

Conclusion

- La **concurrence** (entre les assureurs et les fournisseurs de prestations) force les deux parties à une «séparation des pouvoirs». Les assureurs doivent s'orienter en fonction des hôpitaux efficaces et économiques.
- Les **coûts hospitaliers représentent le bloc de coûts le plus important** pour les prestations d'assurance de base (et d'assurance complémentaire) et sont donc la source d'une véritable polémique par le biais des primes.
- La LAMal prévoit que les assureurs se chargent du **contrôle des coûts et de l'économicité**, y compris pour les factures DRG; dans ce cadre, des aspects spécifiques de la protection des données doivent être pris en compte.
- **Dès le 1er janvier 2014 au plus tard**, les **données** relatives aux factures devront être transmises par voie électronique aux **services de réception des données certifiés** et être systématiquement accompagnées des MCD. Sur la base de critères prédéfinis, ces services feront contrôler une partie des factures ou ordonneront qu'elles soient directement payées.
- La HSG est disposée à élaborer des **solutions contractuelles transitoires** avec les hôpitaux.
- Nous nous trouvons face à de **nombreux défis** de nature technique, organisationnelle et conceptuelle.

Merci!

Communauté d'achat HSK
Dr Christoph Bangerter
Président du Comité directeur du groupe CPT