

Contrôle des factures hospitalières DRG par les assurances-maladie Etat des lieux lors du passage au nouveau financement hospitalier

L'essentiel en bref

Depuis 2012, les Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) forment le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus². Le décompte sous forme de forfaits par cas a été introduit. Et depuis 2014, les assureurs-maladie doivent disposer pour le traitement des factures médicales d'un service de réception des données certifié par le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT).

Faute de données empiriques fiables, il est trop tôt pour procéder à une analyse complète des contrôles des factures SwissDRG effectués par les assureurs-maladies. Néanmoins, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a décidé d'examiner la phase de changement en cours. Ceci, afin de présenter de façon transparente la situation actuelle et signaler à temps les éventuels problèmes ou points cruciaux, pour que les améliorations envisageables puissent intervenir de bonne heure.

D'ici à 2018, les conséquences et les effets du nouveau financement hospitalier seront analysés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Ils feront l'objet d'études scientifiques consacrées à six grands thèmes.

SwissDRG, un système tarifaire en phase d'introduction

En vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les prestations hospitalières stationnaires sont financées depuis le 1^{er} janvier 2012 selon des critères uniformes pour toute la Suisse. Les diagnostics et procédures médicales sont établis pour chaque patient à l'aide du nouveau système tarifaire SwissDRG, puis classés dans un groupe de pathologie et indemnisés de manière forfaitaire. Chaque diagnostic se voit attribuer un degré de gravité. Par exemple, une opération de l'appendicite sans complication présente un degré de gravité bien moindre qu'une opération du cœur. Les prestations hospitalières sont rémunérées par cas de traitement et non plus en fonction de la durée de séjour. Globalement, le coût des 1,3 million de séjours hospitaliers stationnaires par an avoisine 12 milliards de francs, soit près de la moitié de tous les coûts hospitaliers en Suisse.

Le nouveau système tarifaire vise à rendre les prestations et prix des traitements hospitaliers plus transparents, ainsi qu'à faciliter les comparaisons dans toute la Suisse. Il s'agit d'encourager la concurrence entre hôpitaux et abaisser le coût des traitements hospitaliers.

Nouveaux défis pour les assureurs-maladie lors du contrôle des factures DRG

Le nouveau mode de rémunération des prestations hospitalières stationnaires comporte des défis inédits pour les assureurs-maladie. Il a fallu préciser quelles données doivent être fournies, comment et sous quelle forme, aux assureurs pour le contrôle des factures et de leur caractère économique. Ces factures incluent des données administratives et médicales. Concrètement, l'assureur-maladie reçoit pour chaque facture DRG un jeu de données liées au patient concernant

² Les «soins somatiques aigus» comprennent les traitements stationnaires de maladies aiguës ou d'accidents. Les maladies psychiques et les mesures médicales de réadaptation n'en font pas partie.



ses diagnostics et ses procédures médicales (ou MCD, pour Minimal Clinical Dataset). Les assureurs ont donc dû établir un service de réception des données qui respecte la protection des données et la proportionnalité du contrôle des factures. Situé en amont, ce service est chargé du tri automatisé et de l'identification des factures suspectes. Ces contrôles exigent un savoir médical spécifique. Pour ce faire, les assureurs-maladie ont besoin de spécialistes au bénéfice d'une expérience du codage DRG, ou du moins de connaissances médicales préalables.

Qualité de codage élevée des factures DRG et rareté des corrections

L'exactitude du codage d'un cas de traitement à partir du dossier médical est primordiale, car ce codage fait foi au moment de la facturation. Plusieurs mesures ont été adoptées par les hôpitaux pour garantir la qualité des factures DRG. Ce codage des factures DRG est ainsi confié à du personnel médical spécialement formé et des contrôles internes de la qualité sont prévus. De plus, une séparation organisationnelle est envisagée entre les traitements médicaux, le codage et la facturation DRG. Enfin, un organe de révision externe évalue chaque année la qualité du codage hospitalier, en sélectionnant des échantillons aléatoires et en procédant à un nouveau codage.

Interrogés par le CDF, assureurs, hôpitaux et cantons jugent la qualité du codage bonne, sinon excellente. Jusqu'ici, les contrôles des factures opérés par les assureurs-maladie ont abouti à recoder ou corriger 0,5 % des factures DRG en faveur ou au détriment de l'hôpital concerné. Cependant, il ne s'agit que de premières valeurs empiriques ou d'estimations. Le système de contrôle électronique basé sur les services de réception des données des assureurs n'est en effet pas encore pleinement opérationnel. A ce jour, il n'existe donc pas de vue d'ensemble des résultats des révisions du codage ou des contrôles des factures SwissDRG par les assureurs-maladie. Il est ainsi trop tôt pour dire dans quelle mesure cette rareté des corrections tient à la qualité des factures DRG ou si les processus actuels de contrôle laissent encore à désirer.

Complémentarité des révisions du codage DRG dans les hôpitaux et des contrôles des assureurs-maladie

La révision du codage dans les hôpitaux repose sur des échantillons aléatoires. Autrement dit, le choix de factures DRG n'est pas dicté par un soupçon concret ou des risques accrus. Elle permet un examen strictement statistique et quantitatif de la qualité générale du codage. La révision du codage ne remplace donc ni les vérifications administratives au cas par cas, ni les contrôles complémentaires des assureurs-maladie qui, eux, se concentrent de manière ciblée et en fonction des risques sur les factures suspectes. En ce sens, il y a complémentarité des révisions de codage internes aux hôpitaux avec les contrôles effectués par les assureurs.

Contrôle des factures DRG par les assurances-maladie: encore peu de valeurs empiriques

Les assureurs-maladie traitent et contrôlent au total 90 millions de factures par an. Basées sur 1,3 millions de séjours hospitaliers, les factures DRG représentent tout juste 1,5% de l'ensemble des factures traitées, mais leur montant moyen est plutôt élevé (moyenne 4 300 vers 300 Francs). Les assureurs-maladie soumettent toutes les factures SwissDRG à un examen de base «actuariel» standardisé. Ils peuvent aussi les contrôler «matériellement» à l'aide des données médicales. Le but est de constater à l'aide de systèmes informatisés l'exactitude des prestations facturées, d'affiner les vérifications en cas d'anomalies et, le cas échéant, d'exiger des hôpitaux qu'ils fournissent davantage de documents.

La possibilité d'identification automatisée (par sélection) des factures DRG suspectes n'a guère été utilisée jusqu'ici. Les assureurs ne disposent par conséquent que de quelques valeurs empiriques non standardisées et lacunaires provenant de contrôles matériels des factures DRG. Il faut dire qu'à l'introduction du nouveau système en 2012, le cadre juridique et les moyens techniques ne permettaient pas encore la transmission électronique des données des factures.

Trop tôt pour juger des avantages et de l'efficacité des contrôles automatisés des factures

Comme le suggèrent de premiers résultats, la procédure de contrôle basée sur l'identification manuelle des factures est peu efficace. Un contrôle matériel rationnel n'est possible que si les données sont disponibles sous forme électronique et si la sélection pour de plus amples vérifications peut se faire automatiquement et selon les risques, à l'aide de critères spécifiques. Depuis début 2014, les conditions s'y prêtent. A l'exception de trois petits assureurs-maladie, tous les autres assureurs disposent d'un tel service de réception des données depuis l'automne. Toutefois, il faudra disposer des valeurs empiriques sur plusieurs exercices avant de se prononcer sur les avantages et l'efficacité du contrôle automatisé et ciblé des factures par les assureurs. Le CDF a eu connaissance d'un accord entre un hôpital et une caisse-maladie qui donne lieu à des rabais peu importants en cas de non-dépassement d'un quota défini des demandes d'éclaircissement. Le CDF ne peut pas juger de l'étendue d'une telle pratique en Suisse.

Les intérêts des hôpitaux en tant que fournisseurs de prestations et ceux des assureurs-maladie ne coïncident pas. Ils sont en compétition, notamment pour l'embauche des spécialistes du codage convoités sur le marché. Grâce à une communication transparente entre ces acteurs, il importe d'améliorer le climat de confiance pour éviter les complications administratives inutiles lors des contrôles, vérifications ou demandes d'éclaircissements. On peut aussi s'interroger sur l'utilité de désigner une instance de conciliation indépendante, chargée de régler de manière rationnelle les désaccords entre les hôpitaux et les assureurs à propos du codage des factures DRG.

Activités de contrôle : pas de redondances flagrantes

Au plus tard en 2017, les cantons participeront à hauteur de 55 % aux prestations stationnaires fournies par tous les établissements publics ou privés de leur liste hospitalière. Ils recevront par conséquent des hôpitaux des factures au prorata – généralement sous forme agrégée par établissement et sans données médicales.

La répartition des activités de traitement des factures SwissDRG entre cantons et assureurs-maladie a été réglée comme suit: d'une part, les contrôles des factures et leur caractère économique incombent aux assureurs-maladie et d'autre part, les cantons renoncent à créer en parallèle une structure de contrôle analogue. Contrairement aux assureurs-maladie, les cantons n'ont pas accès aux données médicales. Mais comme ils financent plus de la moitié des coûts des prestations hospitalières, il est logique qu'ils veuillent contrôler leurs décomptes au moins selon des critères administratifs (par ex. lieu de domicile du patient, séjours hospitaliers dans le canton ou hors du canton de résidence, garanties de paiement, etc.). Comme le législateur a prévu un système de financement dual des séjours hospitaliers stationnaires, il est compréhensible que les assureurs comme les cantons veillent à leurs intérêts financiers. Le CDF n'a pas constaté, lors de l'introduction des DRG, de redondances flagrantes entre les activités de contrôle des assurances-maladie et celles des cantons.



Selon le Surveillant des prix, des prix de base excessifs fixés par les partenaires tarifaires

Les partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs) fixent le niveau du «prix de base par hôpital». Faute d'accord, c'est le canton qui a le dernier mot. Depuis l'introduction du système DRG en 2012, les négociations entre partenaires tarifaires ont régulièrement échoué. Selon le Surveillant des prix, les cantons ont parfois fixé des prix de base excessifs. Et de nombreux recours sont en attente au Tribunal administratif fédéral.

Concrètement, cela signifie que des factures DRG des hôpitaux reposent souvent sur des prix de base fixés «provisoirement». Depuis le printemps 2014, une première décision a été rendue sur le recours déposé par les assureurs-maladie contre le tarif pour les traitements stationnaires en vigueur à l'hôpital cantonal de Lucerne. Or, cet arrêt n'a pas confirmé le tarif fixé par le Conseil d'Etat lucernois, soit un prix de base de 10'325 francs. Les juges n'ont pas non plus suivi la proposition des 46 assureurs d'un prix de base de 8'951 francs. Conséquence, la nécessité de renégocier les prix de base de l'hôpital en question. Pour l'exercice 2014, on constate que les partenaires tarifaires ont mieux réussi à s'entendre et ont eu tendance à fixer des prix de base inférieurs aux années précédentes.

Les adaptations des prix de base ont un impact financier bien plus lourd que les corrections de factures DRG effectuées jusqu'ici. Par exemple, sur la base d'une extrapolation aux 1,3 million de séjours stationnaires annuels, une modification du prix de base de 100 francs représente déjà un montant de 130 millions de francs.

Recommandations adressées à l'Office fédéral de la santé publique

Les recommandations du CDF concernent de premières mesures d'optimisation, à mettre en place dans l'actuel chantier de mise en œuvre du traitement des factures SwissDRG:

- désigner une instance de conciliation, chargée de statuer de manière définitive sur les désaccords entre les hôpitaux et les assureurs dans les cas avec SwissDRG;
- désigner un service existant, qui garantisse que les révisions du codage soient opérées, évaluées et publiées de manière complète et appropriée;
- veiller à ce qu'en cas de correction des factures, les hôpitaux fassent rapport au canton et à l'assurance-maladie;
- clarifier et concrétiser les critères EAE (efficacité, adéquation et économie) et la procédure de mesure et d'évaluation des prestations médicales stationnaires.

Texte original en allemand