Convention
nationale sur les modalités d'application complémentaires
dans le cadre de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG

entre

H+ Les Hôpitaux de Suisse (ci-après « les hôpitaux »)

et

santésuisse (ci-après « les assureurs-maladie »)

[tous deux ci-après « les partenaires tarifaires nationaux »]

Préambule

[1] Les partenaires tarifaires nationaux ont convenu avec les cantons de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG dans toute la Suisse à partir du 1er janvier 2012. A ce sujet, il est renvoyé au contrat relatif à la structure tarifaire du 2 juillet 2009.

[2] Les partenaires tarifaires nationaux prennent acte qu'avec l'approbation de la structure tarifaire et des modalités d'application par le Conseil fédéral, l'application uniforme à l'échelle de toute la Suisse est imposée.

[3] Les partenaires tarifaires nationaux sont tombés d'accord sur le fait que l'application uniforme des SwissDRG nécessite d'autres éléments qui doivent avoir une validité nationale. Cette convention englobe l'accord y relatif des partenaires tarifaires nationaux. Pour que les conditions-cadre dont il est convenu ci-après aient une validité nationale, il faut que le Conseil fédéral adopte cette convention en tant que partie intégrante des modalités d'application des SwissDRG et qu'il déclare qu'elle revêt un caractère obligatoire sur le territoire suisse. Les partenaires tarifaires nationaux estiment notamment qu'il importe que le Conseil fédéral examine la transmission des données médicales telle qu'elle est définie au point 1 quant à sa conformité aux exigences de la protection de la personnalité et des données et procure ainsi la sécurité juridique aux hôpitaux et assureurs-maladie.

[4] Le présent contrat ne porte pas sur l'ensemble des aspects ayant trait à la fixation des prix (calcul et négociation des prix de base et des rémunérations pour les groupes de pathologie non évalués et les rémunérations complémentaires non évaluées), dont les hôpitaux et les assureurs-maladie ou leurs organisations professionnelles doivent convenir dans le cadre de contrats tarifaires.

1. Transmission de données médicales lors de la facturation à l'assureur-maladie

1.1. Principes

[1] La réalisation du contrôle des factures et du caractère économique en conformité à l'art. 42, 3e alinéa, de la LAMal nécessite que les informations sur lesquelles repose la facturation soient mises à la disposition de l'assureur-maladie. Dans le cadre d'un système de décompte basé sur les DRG, les données relatives au diagnostic et à la procédure se rapportant à des personnes qui ont été codées pour le cas stationnaire respectivement décompté sont entre autres concernées également. Sur la base de l'arrêt du tribunal administratif fédéral (TAF) C-6570/2007 du 29 mai 2009, les partenaires contractuels reconnaissent en conséquence le principe de la transmission des données dans le respect des règles de la proportionnalité et de la protection des données, concrétisées par l'ensemble de prescriptions énoncées ci-après.

[2] Les données médicales telles qu'elles sont définies au point 1.5. sont transmises à l'assureur-maladie ou au médecin-conseil de l'assureur-maladie lorsque le patient le demande ou que les circonstances l'exigent (art. 42, 5e al., LAMal).

[3] Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent modifier par consentement mutuel la réglementation de la transmission des informations déterminantes pour l'établissement des décomptes dans le cadre d'un contrat tarifaire individuel. En l'absence d'un tel consentement, la présente réglementation est applicable.

1.2. Information du patient

[1] L'hôpital donne des explications au patient sur la forme et le contenu des données transmises à l'assureur-maladie, ainsi que sur le but d'utilisation des données (contrôle individuel des factures et du caractère économique par l'assureur-maladie selon la LAMal). La mise en œuvre de l'information des patients incombe à l'hôpital. La nature de l'information délivrée aux patients et son contenu doivent être présentés à l'assureur-maladie sur simple demande de ce dernier.

[2] Si le patient en fait la demande, l'hôpital est dans l'obligation de ne transmettre les informations médicales qu'au médecin-conseil de l'assureur (cf. point 1.4.).

1.3. Transmission des données déterminantes pour le décompte lors de la facturation

[1] Au moment de la facturation, l'hôpital transmet à l'assureur-maladie les indications sur toutes les données relatives aux procédures et diagnostics codées dans la période de traitement facturée, ainsi que tous les autres éléments déterminants pour l'établissement des décomptes selon le point 1.5. Les codes sont indiqués dans toute leur longueur selon les classifications applicables (versions en vigueur respective de la CIM-10 et CHOP). Ces données sont transmises d'office à chaque facturation.

[2] La transmission électronique des données est codée. Ces dernières ne sont pas anonymisées, ni pseudonymisées.

[3] Les partenaires tarifaires nationaux élaborent et entretiennent au niveau national la norme technique applicable en matière de transmission des informations déterminantes pour l'établissement des décomptes. L'absence d'une norme technique ne libère pas les hôpitaux de leur obligation en matière de transmission des données.

[4] La facturation à l'assureur et la transmission des données déterminantes pour l'établissement des décomptes lors de la facturation sont gratuites.

[5] Si l'assureur-maladie a besoin, dans un cas isolé de contrôle de la facture et du caractère économique, d'informations médicales supplémentaires pour pouvoir décider de la rémunération, l'hôpital transmet d'autres documents médicaux à l'assureur-maladie l'ayant demandé. Lorsque

la situation décrite au point 1.4. se présente, les documents médicaux sont exclusivement transmis au médecin-conseil de l'assureur-maladie.

[6] Lorsqu'un assureur-maladie demande des précisions à une fréquence excessive, l'hôpital peut lui demander de se justifier.

[7] Les autres modalités de facturation sont réglementées dans les tarifs contractuels.

1.4. Transmission des données médicales au médecin-conseil

[1] Les données médicales décrites au point 1.5. peuvent être transmises et rendues accessibles au médecin-conseil de l'assureur ou à ses assistant-e-s de manière exclusive dans les cas suivants :

a) à la demande du patient ;

b) lorsque les circonstances l'exigent au sens de l'art. 42, 5e al., de la LAMal. Les circonstances l'exigent si :

- le patient n'était pas en mesure, durant tout le séjour stationnaire, de s'exprimer sur la question de la transmission des données ;
- le patient est dans l'incapacité de se former un jugement ;
- une maladie codée ou un traitement ou une combinaison de ceux-ci justifie une transmission des données au médecin-conseil.

[2] La raison de la transmission des données au médecin-conseil selon le 1er alinéa doit être communiquée à ce dernier.

[3] Dans ces cas, la transmission électronique des données s'organise comme suit :

a) L'enregistrement de données médicales défini au point 1.5. est transmis au médecin-conseil en étant identifié comme confidentiel.

b) L'assureur-maladie apporte la garantie irréprochable, par des mesures techniques et organisationnelles, que le médecin-conseil ou ses assistant-e-s pourront consulter de manière durablement exclusive les données médicales transmises.

1.5. Spécification de l'enregistrement de données

[1] Pour la transmission électronique des données, les parties reconnaissent les processus élaborés dans la pratique et les spécifications d'annonce du projet avec les hôpitaux eKarus ou le standard XML correspondant du Forum Echange de données. En l'absence d'un accord contraire, la transmission des données intervient de manière couplée avec l'utilisation du container standard du Forum Echange de données. Les données administratives (facture) et médicales (MCD) sont alors transmises dans un container de données.

[2] Les variables de la statistique médicale de l'OFS (concept d'interfaces, version 1.0 ou plus récente) servent de base à la spécification de l'enregistrement de données. Ces variables doivent être transmises de manière complète à l'assureur-maladie compte tenu des limitations définies aux alinéas 3 et 4 ci-dessous.

[3] Les variables suivantes de la statistique médicale sont exceptées de manière générale de la transmission des données :

N° variable	Désignation
0.1.V01	Type de relevé
0.2.	Identification
0.3.	Données supplémentaires**
1.6.	Diagnostics
1.7.	Traitements
2.1.V01	Type de relevé
2.3.	Données concernant la mère
3.	Données complémentaires (psychiatrie)
4.1.	Données générales
4.6.	Statistique des coûts par cas MD

**l'enregistrement cantonal de données supplémentaires n'est pas transmis à l'assureur-maladie

[4] Les variables suivantes de la statistique médicale définissent les informations médicales ne pouvant être transmises qu'au médecin-conseil dans les cas définis au point 1.4 :

N° variable	Désignation
2	Données supplémentaires sur les nouveau-nés, sauf 2.2.V04***
4.2.	Diagnostics MD
4.3.	Traitements MD
4.4.	Médecine intensive MD
4.5.	Enfants MD, sauf 4.5.V01***

*** les variables 2.2.V04 (poids à la naissance) et 4.5.V01 (poids à l'admission) sont considérées comme des données administratives de facturation

1.6. Protection de la personnalité et des données

[1] Les parties contractantes garantissent la protection de la personnalité et des données selon les dispositions légales, dans leur sphère d'influence respective et pendant la transmission des données. Elles engagent à cette fin les mesures techniques et organisationnelles requises selon les art. 8 s. et l'art. 20 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD).

[2] Les assureurs-maladie apportent la garantie que les informations médicales obtenues selon les termes de la présente convention sont exclusivement utilisées à des fins de contrôle des factures et du caractère économique selon la LAMal.

[3] Dans les règlements relatifs au traitement des données, les assureurs-maladie décrivent notamment aussi les droits d'accès aux données relatives aux diagnostics et procédures et la durée de conservation. Les droits d'accès doivent être limités aux collaborateurs qui ont besoin de consulter les données médicales non anonymisées et non pseudonymisées dans le cadre du contrôle des factures et du caractère économique. En concordance avec l'art. 59 de l'OAMal, l'accès de l'assureur-maladie aux données du diagnostic est supprimé en cas de conservation des données relatives au diagnostic. Seul le médecin-conseil de l'assureur-maladie peut décider de la levée de la pseudonymisation.

[4] Les données qui sont transmises au médecin-conseil restent durablement dans le service de médecin-conseil. Elles ne peuvent être transférées à l'assureur-maladie ou à des tiers que dans les cas prévus par la loi ou si une procuration a été délivrée par la personne assurée concernée.

1.7. Facturation au canton

[1] Les directives définies à l'art. 49a, 3e al., de la LAMal sont en principe applicables. Selon celles-ci, le canton de résidence verse directement sa part de la rémunération à l'hôpital, sauf si un accord contraire a été passé entre le canton et l'assureur.

2. Monitoring de l'introduction

[1] L'art. 59 c de l'OAMal stipule que le changement de modèle tarifaire ne doit pas occasionner de surcoût.

[2] Les surcoûts mentionnés au 1er alinéa n'englobent pas les effets de la redistribution entre les cantons et les assureurs, de même qu'entre le domaine de l'assurance privée et celui de l'AOS, qui sont entraînés par les nouvelles adaptations du financement hospitalier (modification LAMal du 21.12.2007).

2.1. Monitoring du CMI et mécanisme de correction

[1] Pendant la phase d'introduction de deux ans (années de décompte 2012 et 2013), il convient de procéder à un monitoring du CMI selon les valeurs de référence indiquées ci-après.

[2] En plus du prix de base, il est également convenu du CMI dans le contrat tarifaire. Le calcul du CMI intervient en deux étapes :

1ère étape :

- pour les tarifs 2012 sur les codages de cas de sorties de l'hôpital en 2010, calculés à l'aide de la version de planification SwissDRG 1.0
- pour les tarifs 2013 sur les codages de cas de sorties de l'hôpital en 2011, calculés à l'aide de la version tarifaire applicable en 2013 (version de planification).

2e étape :

Si l'hôpital montre de manière compréhensible, dans le cadre des négociations tarifaires, sur la base de volumes de prestations planifiés, que le CMI de l'année 2010 (respectivement 2011) a certes été calculé correctement, mais qu'il ne correspondra pas aux faits lors de l'année de décompte, il est convenu d'un CMI différent du CMI calculé dans le contrat tarifaire. L'écart est calculé en s'appuyant sur les données d'après l'éventail de prestations planifié et le volume de prestations planifié et peut déboucher sur une correction du CMI à la hausse ou à la baisse.

[3] Si le CMI effectivement décompté dans l'année de référence dépasse de plus de +2% la valeur fixée dans le contrat tarifaire, l'hôpital doit rembourser la différence dépassant les +2%. En revanche, si le CMI effectivement décompté dans l'année de référence est inférieur à la valeur convenue dans le contrat tarifaire, il ne s'ensuit aucun remboursement a posteriori à l'hôpital.

[4] Si l'hôpital apporte la preuve, en s'appuyant sur les données, que son CMI effectif a augmenté en raison de modifications substantielles non planifiées de son éventail de prestations ou de certains volumes de prestations, cette partie est prise en compte lors du remboursement[1]. Les reports et changements usuels à cause de la concurrence ne sont pas pris en considération.

[1] En tant que méthode possible ici, on peut convenir de la modification du CMI AP-DRG 6.0 entre les années 2012 et 2010 en comparaison du CMI SwissDRG entre 2012 et 2010. AP-DRG 6.0 est en l'occurrence adapté parce que l'algorithme de groupement ne change pas entre les années 2010 et 2012.

[5] La compensation pour les cas facturés (sorties) de l'année civile respectivement 2012 ou 2013 est réglée dans les six premiers mois de l'année suivante.

3. Transparence des coûts et des prestations dans le cadre des négociations tarifaires

[1] La loi et l'ordonnance stipulent que les tarifs sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, ce qui présuppose la transparence des données sur les coûts et les prestations.

[2] En ce qui concerne la transparence à garantir, les principes suivants sont fixés :

a) L'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) doit être appliquée.

b) Les hôpitaux adressent aux assureurs-maladie les informations qu'ils nécessitent.

c) Si les hôpitaux établissent leur comptabilité analytique selon le modèle ITAR-K de H+, les règles suivantes doivent être observées :

   a. ITAR-K est reconnu en tant que justificatif des coûts, mais pas en tant que modèle de tarification.

   b. l'hôpital met à disposition de l'assureur-maladie le justificatif global ITAR-K au niveau de toute l'entreprise et le justificatif des unités finales d'imputation selon REKOLE. L'assureur-maladie a le droit de réclamer d'autres informations.

   c. Mise à disposition des informations sur les données relatives aux prestations (par ex. : total des coûts relatifs ou pondérés (CW), CMI, nombre de cas, nombre de cas extrêmes (outliers), etc.) et informations déterminantes pour la structure tarifaire (par ex. : cadre estimatif des groupes de pathologie non évalués et rémunérations complémentaires) avec le degré de détail nécessaire, y compris des effets de catalogue en cas de changement de la version de structure tarifaire.

d) Les hôpitaux sont libres de convenir avec les assureurs-maladie d'autres méthodes pour attester des coûts et des prestations.

e) Les corrections des données relatives aux coûts et aux prestations, ainsi que les différents résultats des calculs, sont présentés et commentés de manière compréhensible dans le cadre des négociations tarifaires entre l'hôpital et l'assureur.

4. Réglementation transitoire concernant le remboursement des coûts d'utilisation des immobilisations

[1] Pendant une phase transitoire de trois ans (années tarifaires 2012, 2013 et 2014), les coûts d'utilisation des immobilisations pour les cas stationnaires décomptés selon les SwissDRG sont indemnisés sous la forme de suppléments exprimés en pour cent par rapport aux prix de base négociés :

- pour les cas SwissDRG facturés de l'année 2012 : 10% ;
- pour les cas SwissDRG facturés de l'année 2013 : 11% ;
- pour les cas SwissDRG facturés de l'année 2014 : 12%.

[2] En cas d'absence de communication des données ou de communication insuffisante de données à la société SwissDRG SA, les suppléments définis au 1er alinéa sont réduits comme suit :

- sur les cas SwissDRG facturés de l'année 2012 : pas de réduction ;
- sur les cas SwissDRG facturés de l'année 2013 : déduction de 1% en cas d'absence de communication des données sur les coûts d'exploitation de l'année 2011 (cela correspond à un supplément minoré de 10% sur le prix de base négocié) ;
- sur les cas SwissDRG facturés de l'année 2014 : déduction de 1% respectif en cas d'absence de communication des données sur les coûts d'exploitation et/ou des données sur les coûts d'utilisation des immobilisations de l'année 2012 (cela correspond à des suppléments minorés de 10% ou 11% sur le prix de base négocié).

[3] La réglementation des suppléments décrite ci-dessus n'a aucun effet préjudiciable sur la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations à partir de l'année tarifaire 2015.

5. Dispositions finales

5.1. Adhésion

[1] Vu le but de la convention, une procédure d'adhésion est superflue.

5.2. Validité et entrée en vigueur

[1] Les parties contractantes se sont mises d'accord sur la teneur de cette convention.

[2] Cette convention entre en vigueur en même temps que l'introduction des SwissDRG en Suisse. Elle doit être approuvée par le Conseil fédéral et déclarée obligatoire en rapport avec l'application des SwissDRG sur l'ensemble du territoire suisse.

[3] Si cette convention n'est approuvée que partiellement, les points non acceptés sont soumis à de nouvelles négociations de façon à déboucher sur une solution.

[4] Du côté de H+, cette convention est soumise au consentement de ses membres, en conformité à ses statuts. Si la convention est refusée, H+ informe immédiatement le Conseil fédéral et santésuisse par écrit de l'annulation de la signature. La communication doit au plus tard intervenir jusqu'au 15 août 2011.

5.3. Langue de la convention

[1] Si le texte de la convention est disponible dans plusieurs langues, la version allemande fait foi.

Berne, le 5 juillet 2011

_____

Claude Ruey

Président santésuisse

Berne, le 5 juillet 2011

_____

Stefan Kaufmann

Directeur santésuisse

Berne, le 5 juillet 2011

_____

Charles Favre

Président H+

Berne, le 5 juillet 2011

_____

Bernhard Wegmüller

Directeur H+