



A l'attention des assureurs-maladie

Soleure, le 16 décembre 2002

Votre interlocuteur: Urs Wunderlin
Ligne directe: 032 625 48 25
Email: urs.wunderlin@kvg.org

Compensation des risques / Prise en considération de versements complémentaires, respectivement de paiements forfaitaires de la part des, respectivement aux fournisseurs de prestations

Mesdames, Messieurs,

Selon l'article 10, alinéa 1 de l'OCOR, les assureurs-maladie fournissent leurs données réparties par **canton, par groupe de risques, par sexe et par année civile**, concernant les effectifs, les coûts et les participations aux coûts selon les directives de l'Institution commune LAMal.

Souvent, les fournisseurs de prestations **facturent rétroactivement** aux assureurs-maladie certains montants datant des années antérieures à l'octroi des prestations (pour lesquelles la première facturation a déjà eu lieu). Ces facturations complémentaires peuvent, par exemple, résulter de décisions prises par le Conseil fédéral à la suite de recours tarifaires. D'autre part, des remboursements de la part de certains fournisseurs de prestations peuvent également être effectués aux assureurs-maladie, par exemple, en raison de la procédure relative au caractère économique des traitements. En outre, des facturations complémentaires en rapport avec des budgets globaux, peuvent exister. Tous ces **paiements complémentaires**, sont, en règle générale, effectués sous la forme de **versements forfaitaires**. L'ordonnance sur la compensation des risques ne contient **aucune définition explicite** concernant la prise en considération des paiements complémentaires, respectivement des versements forfaitaires dans le cadre de la compensation des risques.

C'est la raison pour laquelle, le **Conseil de fondation de l'Institution commune LAMal** a décidé le 3 décembre 1998 que les **paiements complémentaires** devaient être pris **en considération** dans le cadre du calcul de la compensation des risques, ce également si la première facturation a été effectuée au cours d'une année pour laquelle la compensation des risques correspondante a déjà été calculée. Dans de tels cas, les paiements correspondants doivent être pris en considération dans le cadre de la **prochaine remise de données** pour la compen-

sation des risques. L'Institution commune LAMal a informé les assureurs-maladie en conséquence, d'une part, par sa circulaire du 17 décembre 1998 (prise en considération des facturations complémentaires effectuées par les fournisseurs de prestations en raison de décisions sur la base de recours prises par le Conseil fédéral) et, en particulier, également dans son guide pour l'établissement des données nécessaires à la compensation des risques (voir chapitre 3.2). Une **attribution correcte** des paiements complémentaires, séparée par canton et par groupe de risque (sexe et âge) est, en particulier, également exigée dans ces instructions.

Les **réponses des assureurs-maladie** reçues dans l'intervalle ont, notamment, démontré que la mise en application de ces instructions chez les assureurs-maladie, était souvent liée à des **problèmes considérables**. C'est pourquoi, l'Institution commune LAMal a exécuté un sondage à ce sujet auprès de plusieurs assureurs-maladie importants. Ce sondage confirme, notamment, la problématique comme suit:

- En règle générale, les paiements complémentaires parviennent sous la forme de paiements forfaitaires. Avec des paiements forfaitaires, il est souvent **difficile** de déterminer le sexe, les groupes d'âge, respectivement les cantons concernés. Une attribution exacte de ces paiements forfaitaires est, par conséquent, uniquement réalisable moyennant un surcroît de **travail important** ou n'est **pas réalisable** du tout. L'attribution correcte des paiements forfaitaires selon la LAMal, respectivement selon le domaine de la LCA est également souvent difficilement réalisable en pratique.
- Les montants partiels des versements forfaitaires qui reviennent aux assurés individuels, sont surtout **très minimes** (par exemple, lors d'actions de vaccination). Le surcroît de travail des assureurs pour l'attribution exacte de ces faibles montants aux assurés individuels, respectivement aux groupes de risques est, par conséquent, souvent considéré comme démesurément élevé par les assureurs interrogés, également en ayant connaissance exactement des caractéristiques de l'attribution.
- Une attribution correcte des montants facturés rétroactivement rendrait en principe nécessaire une **facturation rétroactive individuelle** de la part des fournisseurs de prestations pour chaque facture de patient individuel. Cette procédure n'est, en pratique, **pas réaliste** (par exemple, répercussions sur la participation aux coûts).

Le sondage a également démontré auprès des assureurs interrogés que la **part des paiements rétroactifs, respectivement des paiements forfaitaires était très faible** par rapport aux coûts brut totaux (dans le domaine des pour mille). L'estimation effectuée par l'Institution commune LAMal indique pour tous les assureurs des paiements annuels de la part des, respectivement aux fournisseurs de prestations d'un montant total d'environ 15 millions de francs. Etant donné que la compensation des risques est calculée sur la base des coûts moyens, l'influence de ces paiements sur le résultat de la compensation des risques est, au plus, d'une **signification marginale**.

En cas d'ignorance de l'appartenance à l'âge et au sexe ainsi qu'au canton de domicile des assurés concernés, les paiements forfaitaires ne peuvent pas être attribués ou, uniquement, au moyen d'une **procédure d'attribution spéciale** (par exemple, attribution en pour cent) aux assurés individuels, respectivement aux cantons ainsi qu'aux groupes de risques. Une procédure

d'attribution correspondante doit, toutefois, également être jugée de problématique étant donné que la réalité ne peut, par conséquent, souvent être **qu'insuffisamment représentée** et que, de ce fait, il pourrait en résulter des distorsions dans les résultats de la calculation effectuée par la compensation des risques.

C'est la raison pour laquelle, le **Conseil de fondation de l'Institution commune LAMal** s'est, lors de sa séance du 11 décembre 2002, une nouvelle fois préoccupé en détail de l'intégration des paiements forfaitaires à la compensation des risques. Sur la base des réflexions mentionnées ci-dessus et, en particulier, des résultats apportés par le sondage effectué auprès des assureurs-maladie, il a **réexaminé la situation et pris la décision suivante**:

1. **Les paiements forfaitaires ne seront, à l'avenir, (c'est-à-dire la première fois pour le prélèvement des données durant l'année 2003, respectivement dans les données de l'année 2002 et suivantes) plus pris en considération dans le cadre de la compensation des risques lorsqu'au minimum une des deux conditions mentionnées ci-après est remplie:**
 - **les indications nécessaires relatives aux assurés concernés (âge, sexe et canton) manquent pour l'attribution correcte du paiement forfaitaire aux groupes de risques individuels et celles-ci ne peuvent également plus être tirées au clair.**
 - **Le paiement forfaitaire concerne un grand nombre d'assurés et, en se référant aux assurés individuels concernés, il est en moyenne inférieur à 50 francs.**

Dans tous les autres cas, les paiements forfaitaires doivent, par conséquent, être attribués correctement aux groupes de risques individuels, respectivement aux cantons.

2. **Afin que l'Institution commune LAMal connaisse les montants des paiements forfaitaires qui n'ont pas été pris en considération par les assureurs-maladie dans les données relatives à la compensation des risques, elle demande aux assureurs-maladie, dans le cadre du prélèvement ordinaire des données de communiquer, sur un formulaire d'enquête séparé, la somme des paiements correspondants structurée par canton.**

Le service de révision externe de l'Institution commune LAMal a été mandaté, dans le cadre de ses **enquêtes auprès d'un échantillon d'assureurs** (article 11, alinéa 2 OCoR), de vérifier le respect de l'application de ces directives.

Attention!

Les directives susmentionnées ne s'appliquent, toutefois, **pas** pour le cas où un assureur exploitant de centres HMO verse ce que l'on dénomme des forfaits de traitement (prix fixes) pour ses **assurés HMO**. A cet effet, sont applicables nos directives mentionnées au chapitre 5.2.5 (assurés HMO) du manuel pour la détermination des données dans le cadre de la compensation de risques, respectivement les directives mentionnées dans notre circulaire du 28 février 1997 (remise des données pour la compensation des risques / assurés HMO).

Monsieur Urs Wunderlin se tient, bien entendu, à votre entière disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

En vous souhaitant bonne réception de ce courrier, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

Institution commune LAMal



Rolf Sutter
Directeur



Urs Wunderlin
Chef du département
compensation des risques