



A l'attention de tous les assureurs-maladie

| Votre interlocuteur | Ligne directe | E-mail | Date |
|---------------------|---------------|-------------------------|------------|
| Yannick Schwarz | 032 625 30 48 | yannick.schwarz@kvg.org | 27.09.2022 |
| Magnus Vieten | 032 625 30 64 | magnus.vieten@kvg.org | |

Enseignements tirés de la collecte de données pour la compensation des risques 2021

Mesdames, Messieurs,

Dans la présente lettre, nous vous informons des principaux enseignements tirés de la collecte de données pour la compensation des risques PCG de l'année 2021. Ces conclusions proviennent d'une part des échantillons réalisés en 2022 de notre expérience en matière de contrôle des données ainsi que des discussions et entretiens avec vous.

Constatations les plus fréquentes lors des contrôles par sondage

- En cas de recours, les indicateurs de séjour à l'hôpital, les médicaments, les coûts et la participation aux coûts éventuellement concernés sont pris en compte à tort dans les données fournies à la compensation des risques.

Selon les chapitres 3.4.10, 3.6.4, 3.8.6 et 3.9.2 du guide (CdR 2021), s'agissant d'une prestation pour laquelle un recours a été formé, seule peut être prise en compte dans la livraison des données à la compensation des risques la part de la prestation qui est également prise en charge par votre institution après le recours (part de la caisse). S'il y a eu un séjour à l'hôpital, les nuits de séjour selon la part de la caisse doivent être utilisées pour déterminer l'indicateur de séjour à l'hôpital (chap. 3.4.10). En cas de remise de médicaments, le nombre d'emballages selon la part de la caisse doit être pris en compte (chap. 3.6.4). Les coûts et la participation aux coûts sont à prendre en considération selon la part de la caisse (chap. 3.8.6 et 3.9.2).

Conformément au chapitre 3.8 du guide (CdR 2021), les coûts bruts doivent être communiqués pour les prestations effectivement fournies par l'assurance obligatoire des soins au cours de l'année civile déterminante. Dans le cas de recours, les frais de règlement (p. ex. honoraires basés sur le résultat pour des prestataires tiers) ne peuvent donc pas faire l'objet d'une compensation avec les coûts de prestations remboursés.

Dans le cadre d'un recours concernant une prestation avec hospitalisation d'un assureur AOS envers un autre assureur AOS, la totalité des nuits de séjour peut être prise en compte (voir [circulaire](#)).

- Les médicaments qui, au moment de leur remise, avaient été radiés de la liste des spécialités (LS) et ne figuraient pas sur la liste des emballages radiés ont été pris en compte dans la communication des données.

Selon le chapitre 3.5 du guide, les médicaments qui ont été radiés de la liste des spécialités et qui ne figurent pas sur la liste des emballages radiés ne doivent plus être pris en compte dans la communication des données à partir du moment où ils ont été radiés de la LS.

- Des médicaments remboursés par les caisses-maladie selon la liste des emballages radiés n'ont pas été pris en compte dans la communication des données.

Conformément au chapitre 3.5 du guide, les médicaments remis qui ont été radiés de la liste des spécialités et qui figurent sur la liste des emballages radiés seront pris en compte dans la communication des données jusqu'à la date indiquée "à charge de la caisse jusqu'au" (en règle générale 3 mois après la date de radiation).

- Les séjours à l'hôpital reçoivent un indicateur de séjour hospitalier, même s'ils se chevauchent avec un accouchement.

Selon l'art. 3 al. 3 OCoR, les séjours pour cause de maternité avec accouchement ne peuvent pas être pris en compte comme séjours pour la compensation des risques. Selon le chapitre 3.4.7 du guide, les transferts hospitaliers opérés le même jour (valables également pour les maisons de naissance et les EMS) sont réputés être des séjours continus. Les séjours avec transfert pour lesquels un séjour avec accouchement a eu lieu sont considérés comme un séjour ininterrompu avec accouchement et ne doivent donc pas être pris en compte. Voir à ce sujet l'annexe du guide (exemples de prise en compte des séjours en hôpital et en EMS, point 1.1.11).

- En ce qui concerne les médicaments bénéficiant d'un rabais, la procédure de plausibilisation et de correction du nombre d'emballages indiqué par le fournisseur de prestations selon le chapitre 3.6.1 du guide n'est pas effectuée correctement.

Pour une base de calcul correcte de la plausibilisation de l'emballage, les rabais accordés doivent être déduits du montant facturé (selon chapitre 3.6.1, étape 1 du guide, voir aussi annexe 3 du guide).

- Pour les factures saisies manuellement ou les factures papier, les médicaments ne sont pas pris en compte dans la communication des données.

Dans la livraison des données à la compensation des risques, il faut indiquer pour chaque personne assurée tous les médicaments pour lesquels les conditions du chapitre 3.5 du guide sont remplies.

Informations sur les règles des guides

- Personnes avec permis S (pour les personnes vulnérables)

Selon le chapitre 2 du guide, les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes vulnérables (permis S) sans permis de séjour qui séjournent en Suisse et bénéficient de l'aide sociale (art. 105a LAMal) ne doivent pas être pris en compte dans les données pour la compensation des risques.

Veillez vous assurer que toutes les règles énumérées ici seront correctement observées dans vos futures livraisons de données pour la compensation des risques.

Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration et nous réjouissons de recevoir la collecte des données pour la compensation des risques 2022.

Avec nos salutations les meilleures,

Institution commune LAMal