

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Jacques-André Haury et consorts demandant au Conseil d'Etat d'exploiter les contestations formulées à l'endroit de factures du CHUV dans sa lutte contre la hausse des coûts de la santé

La commission s'est réunie en date du 13 janvier 2012.

Membres présents : Mmes Catherine Roulet (présidence), Catherine Aellen, Christa Calpini, Christiane Jaquet-Berger. MM. Maximilien Bernhard, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero, François Payot, Nicolas Rochat (en remplacement de Filip Uffer), Philippe Vuillemin, Pierre Zwahlen et M. Jacques-André Haury

Représentants du DSAS : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, M. Marc Weber, Chef adjoint du Service de la santé publique (SSP), M. Thierry Monod, Chef de la division Hôpitaux au sein du SSP, M. Charles Vogel, Chef du Service de la gestion administrative des patients au CHUV

L'auteur du postulat rappelle les éléments clés de son argumentation :

- afin de vérifier l'économicité des soins dispensés, la LAMal impose aux assureurs de procéder à des contrôles des factures établies par les fournisseurs de prestations ;
- l'existence de cas de surfacturations, parfois non intentionnelles certes, est avérée. Ainsi, il est notoire que, dans le domaine ambulatoire en particulier, l'engagement de codeurs sert à facturer au maximum ;
- la surfacturation engendre une augmentation des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ainsi que des coûts supplémentaires pour l'Etat (aides au paiement des primes de l'AOS, participation de 55% de l'Etat aux tarifs DRG).

En conséquence, plutôt que de critiquer les contestations formulées par les assureurs à l'endroit du CHUV, il conviendrait au contraire d'exploiter celles-ci dans l'optique d'une meilleure maîtrise des coûts de la santé. Un contrôle serré des factures paraît encore plus indispensable dans le cadre du système du tiers payant où l'assuré ne reçoit généralement pas une copie détaillée de la facture envoyée à son assurance par le prestataire de soins. Enfin, l'auteur du postulat plaide pour l'instauration d'un organe paritaire chargé de statuer sur les cas litigieux de facturation.

De son côté, le chef du DSAS présente un tableau de chiffres qui montre que :

- près de 13% des cas d'hospitalisation au CHUV font l'objet d'une demande de renseignements médicaux par les assureurs. Traiter ces demandes occasionne au moins 10'000 heures de travail au personnel du CHUV (ouverture d'un dossier, transmission d'informations, etc.) ;

- le taux de demande varie entre assureurs. Ainsi, certains assureurs demandent des renseignements pour les 5%-6% seulement des cas d'hospitalisation les concernant, alors que, par exemple, un autre assureur demande des renseignements pour la moitié des cas d'hospitalisation le concernant !
- pour ce dernier assureur, comme pour les autres d'ailleurs, le nombre de factures finalement modifiées s'avère relativement faible en fonction du nombre de contestations (0,7 %, moyenne : 2,7%). Aussi, le soupçon pèse qu'un assureur qui conteste autant les factures, avec un taux de réussite si bas, utilise une disposition justifiée de la LAMal (contrôle de l'économicité des soins) pour faire savoir aux assurés que, en cas d'hospitalisation, il est peu aisé d'obtenir remboursement de sa part (stratégie de sélection des risques). Par comparaison, le taux de modification des factures contestées se monte à 50% en Allemagne qui, pour éviter les contrôles indus des factures, a instauré un système de facturation aux assurances des vérifications que ces dernières exigent.

En conclusion, le chef du DSAS insiste sur l'absence totale, au sein du département et du CHUV, d'opposition au contrôle de l'économicité des prestations fournies, tout en soulignant l'importance que ce contrôle légitime soit réalisé de façon efficiente. A part le système allemand, une solution au niveau national pour assurer une surveillance efficiente pourrait consister en l'extension à la facturation (vérification de l'économicité) du contrôle paritaire (hôpitaux, assureurs) qui existe déjà pour le codage DRG. Ainsi, un hôpital qui surfacturerait pourrait voir baisser en proportion les tarifs DRG qui lui sont appliqués.

Le chef du Service de la gestion administrative des patients au CHUV précise que :

- en vertu de la LAMal, les patients du CHUV reçoivent systématiquement copie de la facture que l'hôpital envoie à l'assurance. 600'000 copies de facture sont ainsi transmises par année aux patients du CHUV ;
- le CHUV a tout intérêt à facturer de façon la plus correcte possible, de part le rôle d'exemple que son statut de service de l'Etat lui confère et dans le cadre de la concurrence acharnée à laquelle se livrent les établissements hospitaliers ;
- le rapport d'audit annuel indépendant du codage des hôpitaux vaudois, genevois et de quelques autres hôpitaux romands, comme le démontre un extrait produit, conclut à un codage de haute qualité effectué par le CHUV. Les quelques erreurs de codage repérées au CHUV sont d'ailleurs plutôt en faveur des assureurs et des patients (sous-facturation). Avec l'introduction des SwissDRG, la généralisation à toute la Suisse de l'audit de la qualité des codages effectués par les hôpitaux est prévue. De l'avis du chef du Service de la gestion administrative des patients au CHUV, cette généralisation permet de réaliser le contrôle voulu de l'économicité des prestations fournies avec plus d'efficience que les contestations des factures par les assureurs, qui coûtent beaucoup de temps et d'argent tant aux hôpitaux qu'aux assureurs eux-mêmes.

Discussion générale

Des questions posées et des réponses apportées, il ressort que :

- les stratégies des assureurs en matière de contestation des factures varient. Ainsi, certains assureurs consentent à des investissements (engagement et formation de spécialistes) en vue de procéder à un contrôle ciblé, réellement efficace, des factures des prestataires de soins, d'autres assureurs pas du tout ;
- une contestation de facture implique, en premier lieu, une demande par l'assureur des codes DRG et de la documentation médicale relatifs au cas concerné. Dans un second temps, l'assureur interroge la pertinence du diagnostic principal sélectionné, ce qui donne souvent lieu à de longs échanges d'informations, de justificatifs d'analyses de laboratoire, de

protocoles de traitement. Lorsque les interprétations sur le diagnostic principal à retenir ne concordent pas, intervient l'arbitrage d'un médecin de l'Office fédéral des statistiques (audit du codage). De fait, le processus de contestation d'une facture peut durer plusieurs mois voire plusieurs années. Durant toute la procédure, le paiement de la facture contestée est suspendu dans sa totalité ;

- au-delà du nombre (souvent faible) des factures contestées avec succès, il serait intéressant de connaître, de cas en cas, le niveau des montants économisés par les assureurs grâce aux contestations.

L'auteur du postulat insiste quant à lui sur :

- l'aspect formateur des contestations des factures pour les médecins ainsi sensibilisés aux coûts qu'ils occasionnent ;
- la tendance du CHUV à prendre en charge aussi les autres pathologies que celle pour laquelle le patient est admis au sein de l'établissement, autres pathologies pourtant généralement suivies par ailleurs (par le médecin traitant par exemple).

Concernant ce dernier point, le chef du DSAS fonde plus d'espoir, pour remédier au problème, sur une amélioration du dialogue entre médecins traitants et médecins du CHUV que sur le contrôle des factures par les assureurs. En effet, médecins traitants et médecins du CHUV, même si leurs avis peuvent diverger sur les prises en charge, œuvrent en principe tous en faveur de la santé des patients. Tandis que les assureurs pourraient être amenés à faire prévaloir des intérêts plus étroitement économiques. Au demeurant, l'amélioration des interactions entre médecins passe en particulier par la mise en œuvre, malgré toute les difficultés d'application, de l'échange informatique des données (dossier-patient informatisé).

Conclusion et vote

Deux commissaires estiment que les informations fournies en commission suffisent à répondre au postulat. L'auteur du postulat tient néanmoins à maintenir le postulat.

Le chef du DSAS se dit prêt à donner une réponse plus circonstanciée au postulat et, cas échéant, à rendre publics les chiffres présentés en commission.

Par 8 voix pour, 6 voix contre et 0 abstention (le total des voix se monte à 14 suite au départ d'un commissaire avant la fin de la séance), la commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération le postulat et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Le Mont, le 19 février 2012

La présidente :
(signé) Catherine Roulet