

Le médecin-conseil n'est pas un contrôleur de factures

Les forfaits par cas sont entrés en vigueur et les assureurs-maladie ont reçu les premières factures établies selon le système SwissDRG. Ce qui manque encore, ce sont les données de diagnostic et de procédure nécessaires pour le contrôle des factures afin d'alléger la charge qui pèse sur les payeurs de primes. Le contrôle des factures permet en effet d'économiser près d'un milliard de francs par an. Marc Stettler, spécialiste du contrôle automatisé des factures chez Visana Services SA, nous fait part de son expérience.

Les factures sont établies selon le système SwissDRG depuis janvier 2012. Que pensez-vous de ce nouveau système ?

Le démarrage est plutôt laborieux. Nous recevons quelques factures électroniques pour tester les connexions et vérifier la qualité des données. La plupart des factures SwissDRG sont transmises en format papier à Visana. Tous les hôpitaux ne semblent pas encore s'être familiarisés avec le nouveau système.

Combien d'hôpitaux envoient des factures sur papier ?
Environ 98% actuellement.

Les données de diagnostic et de procédure vous sont-elles transmises systématiquement ?

Non, pas encore. Les fournisseurs de prestations attendent l'ordonnance, qui contiendra les dispositions détaillées sur la transmission des données. Jusque là, nous réclamons les documents médicaux lorsque des contrôles s'avèrent nécessaires.

Quelles données vous livrent les hôpitaux ?

Nous recevons actuellement le groupe de cas DRG, la date de début et de fin de traitement ainsi que les éventuels

jours de congé pendant le séjour. Il manque encore les données de diagnostic et de procédure ainsi que le temps de ventilation artificielle.

Comment organisez-vous le triage pour les factures qui requièrent un contrôle plus approfondi ?

Les données de diagnostic et de procédure n'étant pas disponibles lors du triage, nous devons nous contenter des données fournies, c'est-à-dire pour l'essentiel du groupe de cas DRG. Nous avons examiné le potentiel de contrôle des DRG avant leur introduction. Cet examen a débouché sur une liste de critères avec les DRG devant faire l'objet d'un contrôle approfondi (voir encadré).

Quelles données devez-vous recevoir pour garantir un contrôle optimal des factures ?

Pour pouvoir contrôler les factures conformément aux dispositions légales, nous devons être en possession de toutes les données de diagnostic et de procédure ainsi que d'autres données importantes pour le groupage (temps de ventilation artificielle, poids à la naissance etc.). C'est le seul moyen de vérifier efficacement, de manière électronique et systématique, les factures et d'adresser des questions ciblées aux fournisseurs de prestations en cas de nécessité.

Comment procédez-vous étant donné que vous ne recevez pas toutes les données requises ?

Les demandes d'informations ciblées ne sont pas possibles et ce serait bien plus simple si nous recevions toutes les données dès le départ.

Avez-vous augmenté les effectifs du service du médecin-conseil depuis l'introduction des forfaits par cas ?

Nous avons formé des collaborateurs au codage et avons recruté des médecins codeurs. Ces mesures nous permettront de faire face aux défis de l'avenir.

Factures nécessitant un contrôle approfondi

- cas inlier dont la durée de séjour est nettement plus courte que la durée de séjour moyenne du groupe de cas DRG correspondant selon le catalogue de forfaits par cas,
- cas admis dans une autre institution stationnaire le même jour ou le jour suivant de la sortie de l'hôpital,
- cas réadmis dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie ou cas retransféré dans les 18 jours qui suivent le transfert et qui ont été facturés selon un autre DRG/MDC, pour autant que le catalogue de forfaits par cas ne prévoit pas une « Exception de réadmission »,
- examen des degrés de sévérité A, B et éventuellement C (dernier chiffre du DRG) en cas de DRG établissant une distinction selon d'autres degrés de sévérité.
- groupes de cas DRG ayant été attribués au MDC 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique » et à la catégorie « DRG d'erreur et DRG autres ».

*Circulaire de tarifsuisse sa du 2/2012



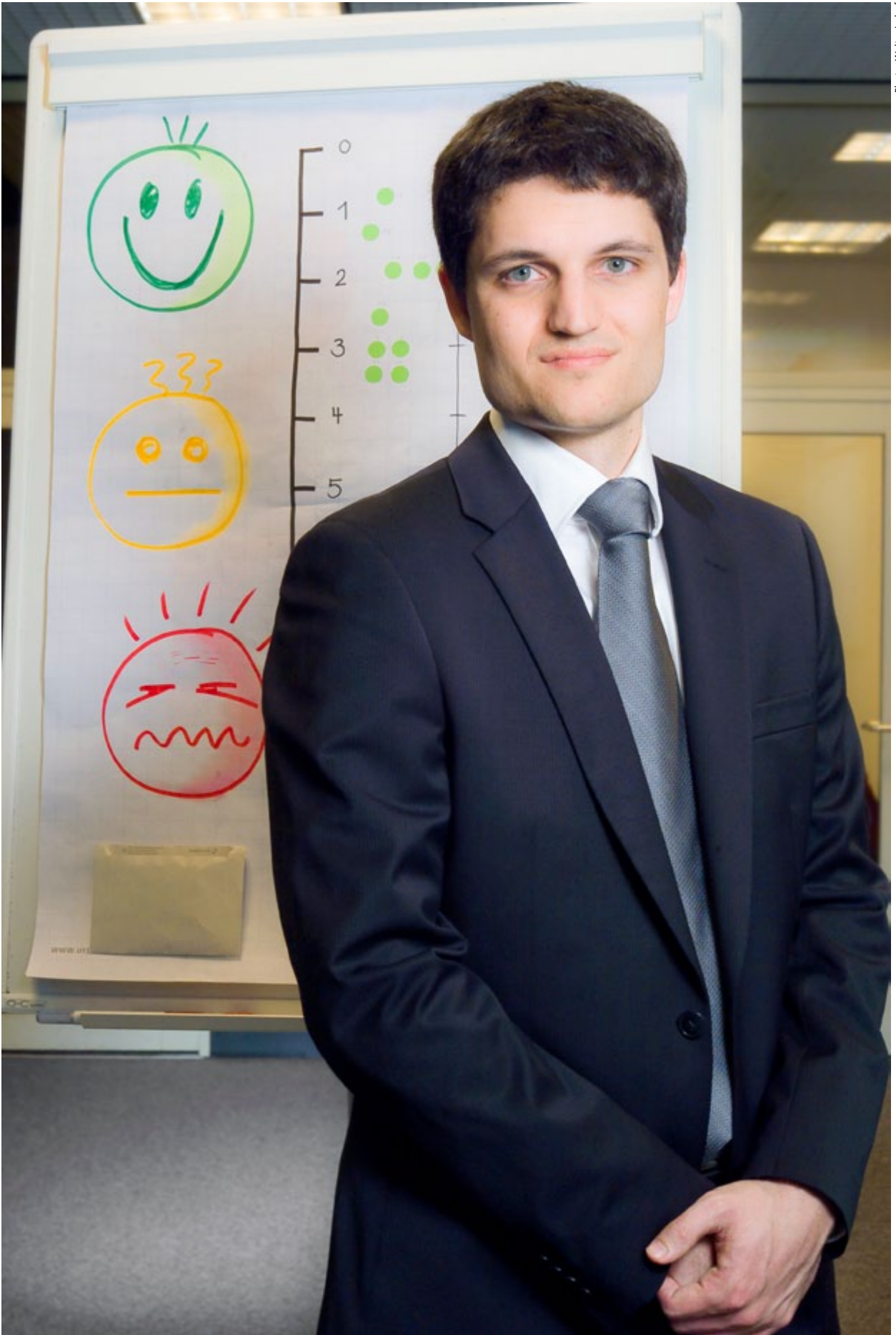


Photo: Walter Imhof

Marc Stettler: « La nouvelle ordonnance doit impérativement stipuler quelles données doivent être transmises. Envoyer toutes les factures au médecin-conseil n'est pas une solution. »

Compte tenu des conditions actuellement en vigueur, quand une facture attire-t-elle l'attention uniquement sur la base d'un numéro DRG ?

Si elle correspond à un critère de notre liste de contrôle manuelle ou si un collaborateur spécialisé estime devoir la contrôler, par exemple suite à un séjour très long au regard du diagnostic (codé).

Quelles factures font en principe l'objet d'un contrôle plus rigoureux ?

Nous passons systématiquement au crible certains types de cas. Par exemple une réadmission à l'hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie. Nous examinons aussi les DRG d'erreur, car nous ignorons totalement dans ces cas ce que nous devons exactement payer. Un exemple d'erreur de DRG est le code 901A qui apparaît lorsque des procédures non compatibles avec un diagnostic principal sont codées pour ce dernier. Ou le code 961Z qui apparaît lorsqu'un diagnostic principal non admis est saisi dans le grouper.

Comment se passe la collaboration avec les hôpitaux ?

Nous avons déjà une phase de test avec les AP-DRG et avons pu collecter des informations conjointement. Sur cette base, nous avons pu construire une bonne collaboration et je pense que nous comprenons parfaitement les besoins et les enjeux réciproques. Il arrive qu'il y ait des désaccords, mais nous les réglons toujours de manière partenariale.

Que doit impérativement contenir la nouvelle ordonnance sur la transmission des données ?

La nouvelle ordonnance doit impérativement stipuler quelles données doivent être transmises. Celles-ci seront contrôlées à leur arrivée par nos règles automatiques et adressées au service concerné. Envoyer toutes les factures au médecin-conseil n'est pas une solution.

Dans le modèle de rémunération DRG, les informations médicales sont cruciales pour l'indemnisation et sont indispensables pour le contrôle des factures. Pourquoi ?

Les données médicales influent directement sur la détermination du groupe de cas. Il est, par exemple, important pour les nouveau-nés de connaître leur poids à la naissance. Selon le poids, le DRG appliqué diffère au même titre que l'indemnisation. Les diagnostics sont tout aussi décisifs. Une maladie secondaire peut s'avérer bénigne dans certains cas et très graves dans d'autres. Cela se répercute aussi sur le DRG. Il est donc important de toujours comprendre pourquoi un certain groupe de cas a été attribué plutôt qu'un autre.

Forfait par cas (DRG): définition

Le principal critère d'attribution d'un patient à un groupe de cas est le diagnostic principal à la sortie de l'hôpital. D'autres critères de classification sont le diagnostic secondaire, les procédures, l'âge, le sexe, le type de sortie, le degré de sévérité et, pour les nouveau-nés, le poids à la naissance, etc. Ces informations sont saisies dans le logiciel de groupage (*grouper*) et attribués à un groupe de cas (DRG). Chaque groupe de cas (par exemple appendicectomie) a le même *cost-weight* dans toute la Suisse (0,624). Il est multiplié par le prix de base (négocié entre assureurs et hôpitaux ou fixé par le canton) de l'hôpital concerné pour obtenir le montant du forfait par cas SwissDRG (exemple Zurich : prix de base provisoire de 9500 francs : > $0,624 \times 9500 = 5928$ francs).

¹ *infosantésuisse* 2/11, p. 10/11, glossaire SwissDRG. Les abonnés peuvent consulter le numéro en ligne sur www.santesuisse.ch/publications.

Pour combien de factures d'hôpitaux demandez-vous des informations complémentaires aux fournisseurs de prestations ?

Nous demandons des informations complémentaires aux données automatiquement transmises pour 10 à 20% des factures. Ce pourcentage correspond aux expériences recueillies en Allemagne.

Que vous apportent ces données supplémentaires ?

Nous les utilisons pour «plausibiliser» un cas. Il arrive que quelqu'un utilise par erreur un mauvais code lors du codage ou fasse une faute de frappe. Si les données demandées sont concordantes avec le codage, la facture est correcte.

Combien de factures renvoyez-vous actuellement et pourquoi ?

Nous serons sans doute amenés à renvoyer environ 6% des factures établies selon les nouveaux forfaits par cas à cause d'incohérences tarifaires et médicales. Cela entraînera une réduction de 3% des coûts totaux des prestations comme le prouvent les statistiques allemandes.

Combien de factures avez-vous dû renvoyer avant SwissDRG ?

Environ 7% des factures.

Rencontrez-vous des problèmes avec les factures de réadaptation et de psychiatrie ?

Comme pour les soins aigus, le financement de la réadaptation et des soins psychiatriques a évolué, en ce sens que toutes les cliniques ayant un mandat de prestations sont cofinancées par le canton. En revanche, le tarif selon SwissDRG et la facturation électronique ne s'appliquent pas à ces cliniques. Mais c'est notre objectif également dans ces deux domaines.

INTERVIEW: SILVIA SCHÜTZ