



ENQUÊTE SUR LE CONTRÔLE DES FACTURES ET DU CARACTÈRE ÉCONOMIQUE DES PRESTATIONS CHEZ LES ASSUREURS-MALADIE



IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit

Rapport | 23.01.2020



IMPRESSUM

MANDANT

Office fédéral de la santé publique OFSP | Schwarzenburgstrasse 157 | CH-3003 Berne
Interlocuteur : Christophe In-Albon | responsable section Audit | tél. +41 58 461 40 20

GROUPE DE SUIVI (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Sonia D'Inca (Sanitas), Christoph Engel (Visana), Christian Etterlin (Concordia), Urs Gerber (Visana), Daniel Habegger (Santésuisse), Patrick Heinz (ÖKK), Daniel Herzog (RVK), Annette Jamieson (Helsana), Christoph Kilchenmann (Santésuisse), Beat Knuchel (KPT), Gerd Marschall (CSS), Rolf Meyer (Sympany), Mario Morger (Curafutura), Josko Pekas (Visana), Axel Reichlmeier (Santésuisse), Daniel RoCHAT (Swica), Ulrich Tanner (Concordia), David Théoduloz (Groupe mutuel), Marcel Wild (Swica).

MANDATAIRE

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel | Solothurnerstrasse 94 | 4053 Bâle
www.gesundheit.iwsb.ch | gesundheit@iwsb.ch | +41 61 281 21 21

AUTEURS

Stefan Meyer	Dr. rer. pol.	Stefan Meyer	Directeur de projet	IWSB
Nils Braun-Dubler	MPhil (Oxon)	Nils Braun-Dubler	Assurance-qualité	IWSB
Markus Gmünder	Dr. rer. pol.	Markus Gmünder	Rédaction	IWSB

NOTE SUR L'UTILISATION

L'étude ne peut être copiée ni reproduite sous aucune autre forme à des fins commerciales. Lors de l'utilisation des données de l'étude, il convient de citer la source de manière appropriée et de nous envoyer une copie (gesundheit@iwsb.ch).

CITATION PROPOSÉE

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2020) : *Enquête sur le contrôle des factures et du caractère économique chez les assureurs-maladie*. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP.

REMARQUES

Les avis exprimés dans le présent rapport sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion du mandant et du groupe de suivi.

Pour une meilleure lisibilité et afin d'alléger le texte, la forme générique est employée dans cette publication. Elle s'applique, le cas échéant, à l'autre sexe également.



TABLE DES MATIÈRES

IMPRESSUM.....	1
TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES ABRÉVIATIONS	II
1 INTRODUCTION	1
1.1 CONTEXTE.....	1
1.2 OBJECTIFS DU PROJET	1
1.3 MÉTHODOLOGIE	2
2 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	2
2.1 CONTRÔLE DES FACTURES AU SENS STRICT.....	2
2.2 CONTRÔLE EAE	7
2.3 LIMITES DES SYSTÈMES DE CONTRÔLE	9
3 CONCLUSIONS	10



LISTE DES ABRÉVIATIONS

LMT	Liste des médicaments avec tarif
CG	Conditions générales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SRD	Service de réception des données certifié
DFI	Département fédéral de l'intérieur
Groupe EE	Groupe d'échange d'expériences
GLN	« Global Location Number » (identificateur personnel)
HMO	« Health Maintenance Organisation »
CIM	Classification internationale des maladies (« International Classification of Diseases »)
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
MCD	« Minimal Clinical Dataset » (données médicales de base)
LiMA	Liste des moyens et appareils
AOS	Assurance obligatoire des soins
LS	Liste des spécialités
VPT	Valeur du point tarifaire
SMC	Service du médecin-conseil
EAE	Efficacité, adéquation et économie



1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Dans son rapport¹ de 2017, le groupe d'experts institué par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a défini de nombreuses mesures qui peuvent être mises en place immédiatement et doivent permettre de réaliser des économies sensibles dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'une de ces mesures porte sur le contrôle des factures et sur celui des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) par les assureurs (M09). Les dispositions en vigueur de la LAMal doivent être appliquées de façon plus rigoureuse. Concrètement, cela suppose que :

- a) les assureurs améliorent leurs systèmes et outils de contrôle,
- b) les agents payeurs refusent systématiquement de rémunérer les prestations en cas d'abus,
- c) les assureurs misent davantage sur la collaboration pour le contrôle des factures, et
- d) les cantons et les assureurs coordonnent leurs contrôles.

Par ailleurs, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) doit accroître sa surveillance des assureurs. Il le fait déjà actuellement, en développant les audits sur place et en réalisant principalement des contrôles axés sur les processus.

Pour disposer d'une meilleure vue d'ensemble des contrôles des factures et du caractère économique des prestations actuellement mis en œuvre par les assureurs, l'OFSP a chargé l'Institut d'études économiques de Bâle (IWSB) d'effectuer une enquête auprès des assureurs-maladie et de l'évaluer.

1.2 OBJECTIFS DU PROJET

Une enquête menée auprès de l'ensemble des assureurs-maladie autorisés à pratiquer doit permettre de *déterminer les principes et les données clés concernant le contrôle des factures et du caractère économique des prestations*. Il s'agit notamment d'obtenir des informations sur a) le contrôle des factures au sens strict, b) le contrôle du caractère économique au cas par cas, c) le contrôle général du caractère économique au niveau des fournisseurs de prestations et d) les limites/faiblesses des systèmes de contrôle actuels. Les résultats doivent révéler les éventuelles mesures à prendre et mettre en évidence les défis potentiels dans le domaine du contrôle des factures.

Concrètement, l'enquête doit répondre en détail aux questions suivantes :

- a) **Contrôle des factures au sens strict** : comment (par voie électronique ou manuelle) et avec quels systèmes de contrôle les justificatifs sont-ils saisis et vérifiés ? Quelles restrictions en résulte-t-il, comment l'élaboration et la maintenance des règles de vérification sont-elles assurées ? Quels aspects sont contrôlés concrètement et comment l'assureur procède-t-il en cas de prestations incorrectement facturées ?
- b) **Contrôle des critères EAE au cas par cas** : comment l'adéquation de la prestation fournie est-elle contrôlée au cas par cas (information utilisée, règles de vérification) ? Quelles autres sources sont utilisées par ailleurs (assuré, médecin-conseil, etc.) ?
- c) **Contrôle général des critères EAE** : quelles analyses sont effectuées rétrospectivement (en particulier au niveau des fournisseurs de prestations) ? Quelles sont les données analysées ? L'assureur recourt-il aux prestations de Tarifsuisse ? Que fait-il en cas d'anomalies ou d'indices de fraude chez un fournisseur de prestations ?

¹ Cf. DFI (2017) : *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins*. Rapport du groupe d'experts du 24 août 2017.



- d) **Limites des systèmes de contrôle** : quelles sont aujourd’hui les limites des systèmes de contrôle ? Pour quelles raisons ? Quels défis en découle-t-il pour l’avenir ?

1.3 MÉTHODOLOGIE

En juillet 2019, tous les assureurs-maladie ont été invités à participer à l’enquête, menée sous forme électronique. Les 51 assureurs de l’AOS en Suisse sont affiliés à 34 sociétés indépendantes au total, dont des sociétés holding (état : 2018). Pour que la charge administrative soit la plus faible possible pour les assureurs, les questions ont été discutées au préalable avec les organisations des assureurs-maladie santéuisse et Curafutura. Dans le cas des sociétés holding, seule la maison mère a été sollicitée. En d’autres termes, les personnes contactées au sein des sociétés holding ont dû remplir le questionnaire au nom de *tous* les assureurs qui leur sont affiliés.

Au terme fixé le 15 septembre 2019, 32 assureurs ou sociétés indépendantes, sur les 34 destinataires, ont pris part à l’enquête. Pour l’analyse, les assureurs ont été répartis en trois classes de grandeur sur la base des justificatifs remis² : les « petits assureurs » (moins de 100 000 justificatifs traités par an), les « assureurs de taille moyenne » (100 000 à deux millions de justificatifs) et les « grands assureurs » (plus de deux millions de justificatifs).

Les différences sont considérables : en 2018, un petit assureur a traité en moyenne moins de 50 000 justificatifs, alors qu’un grand assureur en a saisi en moyenne plus de neuf millions au cours de la même période. Sur l’ensemble des assureurs, le nombre de justificatifs saisis va de 13 403 à 17 533 763 (rapport : 1 à 1308). Pour les questions où des différences sont attendues dans le déroulement des processus en fonction de la taille de l’entreprise, les réponses sont analysées *par classe de grandeur*.

2 RÉSULTATS DE L’ENQUÊTE

2.1 CONTRÔLE DES FACTURES AU SENS STRICT

TRAITEMENT ÉLECTRONIQUE DES JUSTIFICATIFS

Près de deux tiers des justificatifs sont transmis sous forme numérique. C’est un peu moins pour les petits assureurs (6 factures sur 10). Le fait que le justificatif soit transmis sous forme numérique dépend fortement du type de fournisseur de prestations. L’assureur a une certaine influence à cet égard et peut conclure, dans ce domaine, des contrats avec des fournisseurs de prestations choisis. Sans surprise, les grands assureurs reçoivent davantage de factures par voie électronique, car le processus de contrôle des factures se déroule aussi en grande partie de manière électronique et il y a donc une incitation à échanger tous les justificatifs par cette voie.

NUMÉRISATION ET STANDARDISATION

Une part prépondérante des justificatifs qui ne sont pas transmis sous forme numérique est ensuite convertie dans un format lisible de manière automatisée : les factures papier sont scannées et saisies manuellement ou semi-automatiquement dans les postes détaillés. Parfois, les factures sont aussi saisies manuellement. Les assureurs signalent qu’à la fin, tous les justificatifs doivent figurer dans leur base de données dans un format lisible de manière automatisée. Sans cette étape, tout traitement ultérieur est impossible.

² D’après les indications des répondants, près de 109,6 millions de justificatifs ont été traités en 2018. Si l’on met ce chiffre en relation avec la population résidente permanente de la Suisse, cela représente un peu moins de 13 justificatifs par habitant.



La possibilité de numériser les factures a posteriori et la charge qui en découle dépendent de la standardisation et de la lisibilité des justificatifs papier. Pour certains types de factures et domaines de prestations spécifiques, la numérisation s'avère particulièrement difficile : les factures de l'étranger pèsent le plus dans la balance, car quatre assureurs sur cinq ne peuvent en général pas les convertir dans un format lisible de manière automatisée. L'hétérogénéité des justificatifs est par nature très élevée dans ce domaine (langue, positions tarifaires, désignations, etc.). Quant aux factures des fournisseurs de prestations suisses, plus de deux tiers des assureurs rencontrent surtout des problèmes dans le domaine Transport & sauvetage. En outre, plus de la moitié des assureurs a des difficultés avec les justificatifs des infirmières, des établissements de cure balnéaire et des neuropsychologues ; le manque de standardisation complique la saisie précise de certaines positions dans le système et la comparabilité. La moitié des assureurs fait part de difficultés dans le domaine des conseils en diététique.

Les établissements médico-sociaux pèsent aussi dans la balance sur le plan quantitatif. Avec des prestations brutes de près de 1,75 milliard de francs, ce sont les plus importants fournisseurs de prestations parmi les huit domaines problématiques les plus cités pour l'AOS³. À l'inverse, les prestataires où la facturation est en grande partie standardisée ne sont pas du tout ou très rarement mentionnés (médecins, domaine ambulatoire des hôpitaux, domaine stationnaire des hôpitaux, chiropraticiens, physiothérapeutes, laboratoires, pharmacies).

Les résultats ne permettent pas de dire combien de justificatifs sont concernés quantitativement par un manque de standardisation.

TRAITEMENT AUTOMATISÉ

Une majorité des justificatifs est aujourd'hui traitée de manière automatisée par les assureurs. Le traitement automatisé dans le cadre du contrôle des factures signifie *le traitement et la validation entièrement automatisés* des justificatifs. Le contrôle se fait de manière électronique, et de nombreuses règles de vérification et de renvoi pour contrôle sont appliquées. Si une facture n'est pas renvoyée par le système pour contrôle, elle est considérée comme traitée de manière automatisée et peut être réglée par l'assurance.

En 2018, plus de deux tiers des justificatifs ont été traités de manière automatisée d'après les indications des assureurs. Une caisse-maladie moyenne (médiane) traite la moitié des justificatifs de manière entièrement automatisée. Le degré d'automatisation du traitement dépend fortement de la taille de la caisse. Chez les petits assureurs, moins d'un cinquième des justificatifs a été traité de manière automatisée en 2018, un peu plus de la moitié chez les entreprises de taille moyenne. Chez les grands assureurs, les justificatifs sont nettement plus souvent traités de manière automatisée. Plus de deux tiers des justificatifs y sont contrôlés et validés sans implication humaine. En 2018, près de 75 millions de justificatifs ont été traités et validés de manière entièrement automatisée.

La grande majorité des assureurs prévoit des limites de validation des paiements, fondées sur les compétences des collaborateurs, qui sont implémentées dans le système informatique. Trois quarts des assureurs prévoient de telles limites pour tous les justificatifs. Cependant, parmi les sociétés de petite et de moyenne taille, un assureur sur dix n'applique aucune limite de validation.

ÉTENDUE DU CONTRÔLE DES FACTURES

Il est possible de seulement procéder à un *contrôle spécifique d'une facture*. Dans ce cas, le système contrôle uniquement les factures individuelles sans tenir compte des autres factures. À l'opposé, un *contrôle transversal ou basé sur l'ensemble du cas* traité accède et considère d'autres factures présentes dans la

³ Cf. Office fédéral de la santé publique OFSP (2019) : *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2018*. Tableau T 2.17 (état des données : 24.7.2019).



base de données. Les assureurs poursuivent différentes stratégies : une majorité utilise aussi bien la méthode du contrôle spécifique que la méthode transversale ou basée sur l'ensemble du cas ou une approche combinée des deux méthodes. Les grands assureurs se limitent rarement à un contrôle spécifique. Plus de la moitié mise sur une approche combinée, moins souvent utilisée par les assureurs de petite et de moyenne taille. Près de la moitié de ces derniers se procèdent uniquement à des contrôles spécifiques.

Par ailleurs, les assureurs ont été interrogés, au sujet de l'étendue du contrôle, pour savoir si, dans le cadre du contrôle *électronique* des factures,

- a) l'admission des fournisseurs de prestations,
- b) les tarifs et les prix, ainsi que
- c) les dispositions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

sont vérifiés. Les caisses-maladie ont indiqué en grande majorité que les trois aspects sont toujours ou moins en partie contrôlés de manière automatisée. L'admission des fournisseurs de prestations et l'application correcte des tarifs et des prix en vigueur sont vérifiées de façon très systématique. Deux tiers des assureurs le font de manière automatisée, alors que ce n'est qu'en partie le cas pour les dispositions de l'OPAS ; seul un assureur sur trois les contrôle sans exception.

CONTRÔLE D'ADMISSION

Dans de rares cas, le contrôle électronique de l'*admission des fournisseurs de prestations* n'est pas possible. La médecine complémentaire semble problématique : dans ce domaine, le contrôle des critères de facturation pose visiblement certaines difficultés. D'autres problèmes concernent des domaines de prestations où les formulaires de facturation ne sont pas standardisés (sages-femmes, centres de remise des moyens et appareils, psychothérapeutes et physiothérapeutes). En outre, de nombreux aspects concernant les listes d'hôpitaux adoptées à l'échelle cantonale (« mandats de prestations cantonaux ») ne sont pas toujours contrôlés de manière systématique, car les données nécessaires font défaut.

CONTRÔLE DES TARIFS ET DES PRIX

Certaines limitations du contrôle automatisé apparaissent aussi dans le domaine des *tarifs et des prix*. Le cas des produits de la LiMA, dont les informations tarifaires doivent être vérifiées manuellement, est mentionné à plusieurs reprises. Dans le domaine TARMED également, les limitations quantitatives et temporelles ne peuvent souvent pas faire l'objet d'un contrôle automatisé, en particulier quand les prestations comportant des limitations sont réparties sur plusieurs factures. Le contrôle de la dignité et/ou des droits acquis des médecins entraînent aussi un travail de contrôle manuel, car elles sont auto-déclarées ou fournies ultérieurement par l'entreprise SASIS SA.

CONTRÔLE DU RESPECT DES DISPOSITIONS DE L'OPAS

S'agissant des *conditions de prise en charge des coûts prévues par les dispositions de l'OPAS* (art. 2 à 38 OPAS), les assureurs mentionnent, là aussi, certains aspects qui compliquent le contrôle automatisé. En premier lieu, des problèmes apparaissent visiblement pour l'ensemble des traitements de longue durée (psychothérapie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseils en diabétologie, conseils en diététique). Les prestations doivent être contrôlées manuellement pour déterminer quand une limitation de quantité fixée légalement est atteinte (p. ex. nombre maximal de séances). Les limitations présentes dans la LiMA sont un deuxième défi. Dès qu'il s'agit de tenir compte de limitations médicales, le contrôle des factures se fait généralement manuellement chez de nombreux assureurs.



Près d'un cinquième des assureurs contrôle automatiquement la plausibilité des décomptes TARMED. Plus d'un tiers des assureurs renonce au *contrôle de plausibilité dans le domaine TARMED*. Dans le secteur ambulatoire, les informations diagnostiques détaillées qui sont nécessaires à cet effet font souvent défaut⁴.

La situation est tout à fait différente pour les *prestations fournies dans le secteur stationnaire*. Les assureurs reçoivent les factures par le biais d'un service de réception des données certifié (SRD). Presque tous les assureurs indiquent qu'ils effectuent des contrôles de plausibilité dans le cadre des contrôles effectués par le SRD. Les assureurs reçoivent du SRD un fichier de données défini (« Minimal Clinical Dataset, MCD »).

RENONCIATION À DES RÈGLES DE VÉRIFICATION

Les assureurs ont pour objectif d'effectuer le contrôle des factures avec le plus d'efficacité et d'efficacité possible. Ils sont confrontés à un certain dilemme car, d'une part, ils ne doivent rembourser que les prestations qui remplissent les critères EAE ou les conditions légales de prise en charge des coûts prévues par l'AOS, ce qui implique un contrôle des factures strict. D'autre part, ils sont tenus par la loi de contenir les frais d'administration dans les limites qu'imposent une gestion économique (cf. art. 19 LSAMal). Dans leurs activités liées au contrôle des factures, ils s'efforcent donc toujours de peser avec soin le rapport bénéfice/coûts du processus de vérification.

À cet égard, les assureurs ont été interrogés pour savoir s'ils renoncent au contrôle d'aspects spécifiques pour des raisons d'efficacité économique. Près de la moitié des assureurs ayant pris part à l'enquête renonce sciemment à certaines règles de vérification dans une optique coût/bénéfice. Près d'un assureur sur trois désactive en partie certaines limitations de facturation telles qu'elles figurent notamment dans le TARMED. Pour certaines limitations de la liste des spécialités aussi, près d'un quart des assureurs renonce à l'application de règles de vérification dans une optique coût/bénéfice, tandis qu'ils sont presque un cinquième à le faire pour certains codes ou positions tarifaires ou de traitement. Dans le domaine stationnaire, où les factures sont saisies par le biais d'un SRD, seul un assureur sur dix désactive certaines règles de vérification.

Les assureurs qui ont pris part à l'enquête justifient leur renonciation à certaines règles de vérification par la charge d'investigation considérable par rapport au potentiel d'économies (consultation du médecin-conseil). À noter également que plusieurs assureurs sont d'avis que certaines limitations dans l'OAMal n'entraînent pas de véritables économies. Bien au contraire, certaines limitations de quantité dans le secteur ambulatoire pourraient contribuer selon eux à des traitements stationnaires plus onéreux.

Outre la renonciation systématique à certaines règles de vérification, une autre possibilité consiste dans l'adaptation ou l'assouplissement *temporaire* des règles de vérification. Un cinquième des assureurs procède à l'assouplissement temporaire des règles de vérification ou de l'examen de l'obligation de la prise en charge d'une prestation dans certaines situations ; le plus souvent pour éviter des retards de traitement et respecter les délais de paiement. Les assureurs soulignent cependant que cette mesure est appliquée de manière très restrictive et que les retards de traitement sont absorbés en premier lieu par l'engagement de personnel supplémentaire.

SEUILS DE VÉRIFICATION

Les considérations coût/bénéfice peuvent amener les assureurs à utiliser des seuils de vérification pour limiter la charge de contrôle. Les seuils de vérification *généraux* se réfèrent au montant de la facture ; les

⁴ Le « code tessinois » ne suffit pas pour des contrôles de plausibilité étendus. Il s'agit d'un code de diagnostic peu spécifique pour les traitements ambulatoires, qui se compose d'une lettre et d'un chiffre (p. ex. A 5 « artères »). Appliqué à l'origine au Tessin, il est valable dans toute la Suisse depuis l'introduction du TARMED en 2004.



seuils *spécifiques* se limitent à certaines parties (positions tarifaires) d'une facture. Plus de la moitié des assureurs interrogés travaille avec des seuils de vérification.

Les *seuils de vérification généraux* sont surtout utilisés pendant le contrôle des factures. Plus d'un quart des assureurs a mis en place de tels seuils généraux dans leur processus afin que les justificatifs ne soient pas renvoyés pour contrôle, même si une règle est enfreinte. Un quart d'entre eux applique un tel seuil avant le début du contrôle de la facture.

Le recours aux *seuils de vérification spécifiques* est un peu plus fréquent ; près d'un tiers des assureurs utilise de tels seuils dans leur processus de facturation ou après le renvoi pour contrôle dans le but d'éviter une vérification manuelle. Bien moins d'assureurs utilisent des seuils de vérification spécifiques *ex ante* pour éviter que des justificatifs soient soumis au processus de contrôle des factures.

Les seuils de vérification peuvent se référer à des montants en francs (p. ex. montant d'une facture) ou à des quantités spécifiques (p. ex. points tarifaires ou nombre de séances). En outre, une distinction est faite entre les écarts relatifs et les écarts absolus. À noter, de façon générale, que près de la moitié des assureurs se limite à des écarts en argent absolus. Il peut par exemple s'agir, pour les seuils de vérification généraux, de montants minimaux pour le montant total ou, pour les seuils de vérification spécifiques, d'un écart maximal admissible par rapport à la valeur du point tarifaire en vigueur (VPT | p. ex. 0,02 CHF). Les seuils de vérification définis comme des écarts en pour cent par rapport à une valeur autorisée sont utilisés par un petit nombre d'assureurs.

GESTION DES RÈGLES

Les logiciels utilisés pour le contrôle des factures offrent aux assureurs, en plus des règles de vérification standard des différents programmes, la possibilité de prévoir leurs propres règles. Plus d'un tiers des petits assureurs, deux tiers des assureurs de taille moyenne et tous les grands assureurs appliquent leurs propres règles de vérification. Globalement, deux tiers des assureurs disposaient de leurs propres règles en 2018. Chez les grands assureurs, ce sont toujours des équipes spécialisées qui sont responsables du développement des règles de vérification au sein de l'entreprise. Près de la moitié des grands assureurs ont (en plus) recours aux services d'un prestataire informatique externe. Les assureurs de taille moyenne qui gèrent leurs propres règles de vérification s'appuient aussi fréquemment sur des équipes spécialisées que sur des prestataires informatiques externes. Le développement des règles de vérification n'est que rarement confié au service informatique interne, et l'est surtout chez les grands assureurs. Sur l'ensemble des assureurs, près d'un quart choisit cette voie.

Près de deux tiers des assureurs ont un processus standardisé pour la maintenance et le développement des règles de vérification, avec des compétences clairement définies et des instructions en matière de documentation pour la collecte des informations, la vérification d'aspects professionnels et techniques, les tests des nouvelles règles ainsi que leur mise en œuvre. Neuf assureurs sur dix testent l'augmentation des renvois pour contrôle engendrée par les nouvelles règles, et près de la moitié procède en outre à une analyse de l'impact monétaire. Les modifications des règles de vérification sont approuvées par la direction ou un responsable de division. Trois quarts des assureurs consignent les adaptations pour pouvoir retracer les mutations du système.

EFFICACITÉ DES RÈGLES DE VÉRIFICATION ET DU CONTRÔLE DE QUALITÉ

Les règles de renvoi pour contrôle devraient être à la fois spécifiques et sensibles, et donc, dans la mesure du possible, ne filtrer que les justificatifs erronés. Trois quarts des assureurs vérifient régulièrement l'efficacité des règles; un tiers a défini des valeurs cibles à cet effet (p. ex. taux de réussite ou économies réalisées).



L'immense majorité des assureurs évalue au moyen de contrôles par échantillonnage le traitement des prestations pour les *justificatifs renvoyés pour contrôle*. Près de trois quarts des assureurs effectuent également de tels contrôles pour les *justificatifs traités de façon automatisée*. En plus des contrôles aléatoires, les assureurs recourent souvent à des contrôles ciblés, en particulier après une modification des règles (p. ex. modification au niveau de la loi ou de la tarification).

DEMANDES DE REMBOURSEMENT AUX FOURNISSEURS DE PRESTATIONS

La majorité des assureurs ne prévoit pas de montant minimal pour les demandes de remboursement et en règle le processus au cas par cas. Aucune des assurances interrogées n'applique un remboursement exclusivement groupé (c.-à-d. au moyen de l'encours total).

PARENTHÈSE : RESPECT DES FORMES PARTICULIÈRES D'ASSURANCE⁵

Pour 2018, les caisses ayant pris part à l'enquête rapportent près de 500 000 cas où les accords contractuels d'un assuré n'ont pas été respectés. Leurs conditions générales (CG) prévoient comment elles procèdent en pareille situation. La plupart du temps, un avertissement est adressé à la première infraction. En fonction de l'assureur et du modèle d'assurance, d'autres mesures suivent en cas de nouvelles infractions (p. ex. deuxième et troisième avertissements, réduction des prestations, rétrogradation dans le modèle standard, etc.). En cas d'infractions répétées, les grands assureurs recourent à des réductions des prestations dans un peu plus d'un tiers des cas répertoriés ou appliquent d'autres mesures ou des mesures combinées (p. ex. réduction des prestations et rétrogradation). Par contre, les petites caisses et celles de taille moyenne ne prennent des mesures qu'au neuvième respectivement au sixième cas répertorié, sous forme d'une prise en charge réduite des coûts ou d'une rétrogradation dans le modèle standard. Dans près d'une infraction sur vingt, l'assureur renonce à prendre une mesure tant que les coûts sont inférieurs à la franchise et que l'assuré paie de toute façon la prestation fournie.

Les infractions sont sanctionnées différemment en fonction du modèle contractuel. En cas d'infractions dans le modèle Telmed, les assureurs prononcent dans plus de la moitié des cas une mesure allant au-delà de l'avertissement (p. ex. réduction des prestations ou rétrogradation). Quant aux modèles du médecin de famille, HMO et autres formes particulières d'assurance (p. ex. modèle des pharmacies), la prise en charge des coûts est refusée dans plus d'une infraction sur quatre. Cela peut être dû à des conditions générales différentes ou au fait que le nombre d'infractions répétées soit différent d'un assureur à un autre.

2.2 CONTRÔLE EAE

CONTRÔLE AU CAS PAR CAS

Sur les cinq sources d'information relevées par l'enquête, le contrôle des factures est de loin l'instrument le plus important pour le contrôle EAE au cas par cas. Il identifie en premier lieu les prestations non économiques, aide à effectuer la plausibilisation dans le secteur stationnaire et à évaluer l'adéquation des traitements. Avec leur expérience et leur expertise, le service du médecin-conseil (SMC) et les collaborateurs forment les deux autres piliers importants du contrôle EAE au cas par cas. L'analyse spécifique des cas à

⁵ Pour les modèles d'assurance particuliers au sens de l'art. 41, al. 4, LAMal, les assurés renoncent au choix complètement libre du médecin et obtiennent en contrepartie un rabais sur les primes. D'après l'OFSP, près de 70 % des personnes en Suisse sont assurées selon un tel modèle ; voir à cet égard Office fédéral de la santé publique OFSP (2019) : *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2018*. Tableau T 7.16 (état des données : 24.7.2019).



coûts élevés est un peu moins cruciale pour le contrôle EAE en comparaison directe avec les premières sources d'information mentionnées (quatrième place), suivie des informations venant d'assurés.

L'importance relative des différents composants varie en fonction de la taille de la caisse-maladie. Les petits assureurs attachent une plus grande importance au SMC (première place avant le contrôle des factures) et à l'analyse des cas à coûts élevés (troisième place). Cette dernière revêt une moindre importance chez les grands assureurs (cinquième place).

IMPORTANTANCE ET UTILISATION DES RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN-CONSEIL

Pour tous les assureurs, les évaluations médicales visant à déterminer si les coûts doivent être pris en charge sont généralement effectués par le SMC. Sa recommandation ne fait toutefois pas autorité. La plupart des assureurs, et notamment les grands, indiquent que dans certains cas les coûts ont été pris en charge bien que le SMC s'y était opposé. Certains assureurs le justifient par le rapport coûts-utilité au regard d'un litige potentiel, d'autres par la « vue d'ensemble » d'alternatives probablement plus onéreuses. D'après plusieurs caisses, il arrive souvent que la prise en charge soit accordée uniquement parce qu'une complémentaire rembourse la prestation.

CONTRÔLE EAE INTERNE ET GÉNÉRAL

Tous les grands assureurs effectuent des analyses rétrospectives des données, trois quarts d'entre eux ont même un service dédié « Analyse des données ». Un tiers des assureurs de taille moyenne dispose aussi d'un service dédié aux analyses statistiques. Un petit assureur sur dix effectue aussi des analyses rétrospectives des données.

ERREURS DE FACTURATION

L'une des questions de l'enquête portait sur les *sources d'indices* qui permettent aux assureurs de détecter les erreurs de facturation systématiques des fournisseurs de prestations. Le questionnaire proposait six sources possibles. Tous assureurs confondus, le recours à des prestataires externes (p. ex. Tarifsuisse SA) figure en première position. Quatre cinquièmes des assureurs ou plus utilisent par ailleurs les indications provenant des assurés, du contrôle des factures, des collaborateurs ou de comités externes (p. ex. groupe d'échange d'expériences).

Les informations issues des analyses rétrospectives des données et des comparaisons de coûts entre fournisseurs de prestations semblent moins essentielles. Cet instrument est majoritairement employé par les plus grands assureurs, alors que seul un cinquième des petites caisses l'utilise. Les dénonciations anonymes, les articles de presse et les arrêtés des pouvoirs publics sont aussi mentionnés sporadiquement comme sources d'information.

Les erreurs de facturation systématiques conduisent chez tous les assureurs à des contrôles rétroactifs (en général jusqu'à cinq ans, plus rarement un ou deux ans) et à la réclamation des montants payés indûment. Tous les assureurs indiquent qu'ils exigent le remboursement total du montant facturé indûment, tandis que la part non contestée de la facture est payée normalement.

PROCÉDURE EN CAS DE FRAUDE OU D'ABUS À L'ASSURANCE

Un cinquième des assureurs charge une instance externe (Tarifsuisse SA, XpertCenter SA, Allianz Global Assistance) de traiter les cas de fraude ou d'abus à l'assurance. Les grands assureurs possèdent pour la plupart une unité interne dédiée. Les investigations remontent aux dix ou quinze dernières années. En 2018, les soupçons ont été réfutés dans près de la moitié des 900 cas suspects. Dans un peu moins d'un tiers des cas suspects, il y a eu remboursement, alors qu'un cinquième des cas a été résolu par un règlement à l'amiable. De très rares cas débouchent sur une procédure judiciaire.



2.3 LIMITES DES SYSTÈMES DE CONTRÔLE

PROBLÈMES DANS LE SYSTÈME ACTUEL

Les assureurs ont été priés d'évaluer le niveau de qualité de la vérification de certains aspects pendant les contrôles. Les problèmes sont les moins fréquents pour le contrôle de la tarification, que plus de trois quarts des répondants peuvent « bien » à « très bien » vérifier d'après leurs indications. Le contrôle de la délimitation des prestations soumises à l'AOS est globalement bon pour environ deux tiers des assureurs, alors qu'un cinquième indique pouvoir y procéder de manière au moins « suffisante ». Seuls deux assureurs sur cinq estiment pouvoir bien contrôler l'admission et la dignité qualitatives des médecins.

Les plus grandes difficultés, selon les assureurs, concernent la vérifiabilité de la nécessité médicale d'une prestation ou de sa fourniture effective. Un quart d'entre eux parvient à bien contrôler la première, seul un cinquième la seconde.

DIFFICULTÉS DANS LE CONTRÔLE DES FACTURES ET DU CARACTÈRE ÉCONOMIQUE

Le premier domaine problématique concerne la *réception des factures* : de nombreux assureurs se plaignent que les justificatifs ne sont pas tous soumis par voie électronique (six mentions). Les justificatifs remis manuellement engendrent des frais administratifs plus élevés et certains assureurs réclament de nouvelles dispositions légales imposant une transmission électronique des données. En plus du manque de numérisation, ce sont surtout la qualité et le contenu des factures reçues qui font l'objet des critiques (six mentions). Le troisième point mentionné dans ce contexte est lié à cet aspect : il s'agit du manque d'informations diagnostiques ou médicales, qui complique sensiblement le contrôle des factures et du caractère économique des prestations, en particulier dans le secteur ambulatoire (cinq mentions).

D'autres difficultés apparaissent dans le *contrôle des factures* : les limitations TARMED, dont la marge d'interprétation est trop grande respectivement qui sont en général difficilement vérifiables, ont été mentionnées à quatre reprises. De manière générale, le contrôle transversal des factures n'est guère possible ou les informations tarifaires déterminantes (p. ex. valeurs intrinsèques, GLN, LiMA, LMT) ne sont pas toujours actuelles (trois mentions à chaque fois).

Enfin, de manière générale, le rapport coûts-utilité insuffisant est critiqué à cinq reprises dans le domaine des *demandes de remboursement*. Dans le modèle du *tiers garant*, l'assuré doit être impliqué comme débiteur, ce qui prolonge le processus et le rend plus onéreux. Par ailleurs, il manque des possibilités de sanction efficaces à l'égard des fournisseurs de prestations (trois mentions à chaque fois).

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

Deux domaines (huit mentions chacun) semblent être prioritaires pour les assureurs : 1) imposer par la loi *la standardisation et la numérisation de la facturation*, et 2) l'introduction de règles supplémentaires *pour les fournisseurs de prestations, avec des possibilités de sanction pour les assureurs*.

Une facturation entièrement électronique, standardisée à l'échelle nationale, rendrait le processus de contrôle des factures moins coûteux et en même temps plus efficace du point de vue des assureurs. Le second point met en évidence l'incapacité des assureurs à sanctionner efficacement les fournisseurs de prestations qui sont fautifs (à plusieurs reprises). Cela vaut autant pour les prétentions frauduleuses que pour les factures inexactes sur le plan technique ou du contenu, voire incomplètes.

Les assureurs mentionnent à cinq reprises leur demande, déjà notoire, visant une *fourniture systématique d'informations diagnostiques* dans le secteur ambulatoire comme pour les médicaments afin de pouvoir effectuer davantage de contrôles transversaux ou de l'ensemble du cas, de même que l'envoi systématique



d'une copie de la facture au patient (en particulier dans le tiers payant). Par ailleurs, quatre assureurs exigent aussi des factures plus compréhensibles.

3 CONCLUSIONS

LE CONTRÔLE ÉLECTRONIQUE DES FACTURES JOUE UN RÔLE IMPORTANT

En 2018, les systèmes de contrôle électroniques des assureurs ont traité plus de deux tiers des justificatifs entrants de manière entièrement automatisée. Le taux se réduit de moitié pour les assureurs de taille moyenne et à un cinquième pour les petits assureurs. Le manque de standardisation ou la mauvaise lisibilité des justificatifs complique souvent la numérisation des factures papier. Alors qu'une grande partie des tarifs et des prix ainsi que l'admission des fournisseurs de prestations peuvent être contrôlées de manière électronique, les conditions de prise en charge des coûts prévues par l'OPAS impliquent un traitement manuel plus important.

Deux tiers des assureurs utilisent leurs propres règles en plus des règles de vérification standard des programmes informatiques. La moitié des assureurs renonce à certaines règles de vérification dans une optique coût/bénéfice. Pour réduire le nombre de renvois pour contrôle et donc la charge liée au contrôle des factures, des seuils de vérification généraux ou spécifiques sont appliqués dans une large mesure. La grande majorité des caisses-maladie dispose de systèmes de contrôle internes et procède à des contrôles par échantillonnage pour s'assurer que le traitement des prestations fonctionne correctement dans leurs systèmes.

LES SOURCES D'INFORMATION ET LES INSTRUMENTS POUR LE CONTRÔLE EAE SONT UTILISÉS DIFFÉREMMENT

Les assureurs se servent de différentes sources pour le contrôle EAE au cas par cas. En termes relatifs, les informations émanant du contrôle des factures figurent au premier plan, suivies du retour d'informations du service du médecin-conseil (SMC) et des indications des collaborateurs. Chez les petits assureurs, l'analyse des cas à coûts élevés se classe en moyenne bien avant en comparaison des grands assureurs.

Tarifsuisse SA réalise pour la branche des évaluations d'économicité des prestations au sens de l'art. 56, al. 6, LAMal afin d'identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont significativement supérieurs à la moyenne. Par ailleurs, une majorité de caisses-maladie réalise des analyses rétrospectives des données. Les grands assureurs possèdent souvent même leur propre service pour procéder à des comparaisons statistiques des coûts.

Quatre cinquièmes des grands assureurs disposent d'un service interne pour les fraudes. Les quelque 900 cas enregistrés en 2018 ont été réglés pour la plupart par un accord extrajudiciaire.

LES ASSUREURS IDENTIFIENT DES BESOINS DE RÉFORME DANS CERTAINS DOMAINES

D'après leurs indications, les assureurs sont à même de bien contrôler aujourd'hui si la tarification en vigueur est correctement appliquée. En raison de la nature du système, leurs moyens sont toutefois limités en ce qui concerne la vérification de la nécessité médicale. En outre, ils peuvent difficilement contrôler si une prestation facturée a été effectivement fournie. Les caisses se plaignent par ailleurs de la part relativement élevée de justificatifs papier ainsi que du manque de qualité et du caractère incomplet de nombreuses factures.

Au regard des problèmes actuels, les assureurs présentent eux-mêmes des propositions de réforme. Selon eux, la facturation devrait être standardisée dans tous les domaines par le biais de dispositions légales et se faire uniquement par voie électronique. Le processus de contrôle des factures serait ainsi moins coûteux et en même temps plus efficace. Une seconde proposition de réforme mentionnée à plusieurs reprises



concerne le renforcement des possibilités de sanction à l'égard des fournisseurs de prestations fautifs. Il en va non seulement des prétentions potentiellement frauduleuses, mais aussi des fournisseurs de prestations qui soumettent des factures imprécises sur le plan technique ou du contenu, voire incomplètes, et engendrent par conséquent des coûts supplémentaires.

