



**Contrôle de l'obligation
de prestation - La
réponse juridique à une
question médicale ?**

Concetta Saia Meierhofer
Berne, le jeudi 3 octobre 2019

1. Base juridique et conditions préalables à l'obligation de prestations - Définition de l'EAE
2. Critères de contrôle de l'EAE
3. Valeur de maladie et nécessité d'un traitement
4. L'ambulatoire avant (ou) le stationnaire (AaS)
5. Délimitation par rapport aux autres assureurs sociaux
6. Décisions judiciaires (EAE confirmée ou rejetée)
7. Exemples pratiques

- **Le Conseil fédéral peut** désigner les prestations fournies par des médecins ou des chiropraticiens dont les frais ne sont pas pris en charge par l'AOS ou ne le sont que sous certaines conditions. Il détermine dans quelle mesure l'assurance maladie obligatoire prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée dont l'efficacité, l'adéquation ou l'économicité reste encore à clarifier (art. 33 LAMal)
- Le Conseil fédéral peut déléguer les tâches (conformément à l'art. 33 de LAMal) au **Département fédéral de l'intérieur (DFI)** ou à **l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**
- Les **caisses d'assurance maladie** sont des personnes morales de droit privé ou public sans but lucratif et en charge de l'assurance maladie sociale conformément à la LAMal (art. 2 LAMal)

Assurance maladie - Compétence et mission

- Les assurances maladie **doivent** satisfaire aux exigences de la LAMal et garantir les intérêts des assurés.
- L'assurance maladie sociale **doit** être mise en œuvre conformément au principe de réciprocité et l'égalité de traitement des personnes assurées **doit** être garantie.



Assurance maladie – Compétence et mission

- Les assureurs maladie sont habilités à contrôler l'économicité de chaque prestation. La vérification des critères EAE représente une mission générale des assureurs maladie.
- Les assureurs maladie peuvent refuser les prestations ou en demander le remboursement si les fournisseurs ne se limitent pas à **la mesure des prestations prescrite** par la LAMal.



EAE - Art. 32 de la LAMal

- Pour que les prestations soient versées conformément aux art. 25 – 31 de la loi, elles **doivent** être efficaces, appropriées et économiques.



Définitions EAE - Art. 32 de la LAMal

- Un service médical est **efficace** s'il est objectivement adapté aux fins d'obtenir le bénéfice diagnostique, thérapeutique ou infirmier recherché. L'efficacité doit être scientifiquement prouvée.
- L'adéquation présuppose l'efficacité et est généralement évaluée sur la base de critères médicaux. Une utilisation **appropriée** est l'application qui présente le meilleur bénéfice diagnostique ou thérapeutique. L'adéquation a donc le même caractère comparatif que l'économicité.
- **L'économicité** selon la LAMal présuppose l'efficacité et l'adéquation et constitue le critère décisif pour le choix des options de traitement appropriées. À bénéfices médicaux égaux, la variante la plus économique sera la moins onéreuse.

EAE – cumulable pour chaque prestation

- Les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE) sont les conditions fondamentales et **cumulatives** à remplir pour chaque prestation.
- Leur objectif est d'assurer des **soins de santé efficaces**, de **haute qualité** et appropriés au **coût le plus bas** possible.
- Tous les **acteurs** du secteur de l'assurance maladie obligatoire (c'est-à-dire non seulement les **assurés**, mais plus particulièrement les **fournisseurs de prestations** et les autorités d'approbation des tarifs) doivent s'orienter vers ce même objectif

EAE - Obligations des fournisseurs de prestations



- Le fournisseur de prestations **doit** limiter ses prestations **au niveau de** ce qui se situe dans l'intérêt des assurés et de ce qui est nécessaire **aux fins du traitement**.
- Le fournisseur de prestations **doit répercuter** sur le débiteur du remboursement les **bénéfices** directs ou indirects qu'il perçoit d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat ; ou de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des LiMA (pour les exceptions, voir Révision de la LPT_h et de l'OITPT_h du 01.01.2020).
- Le fournisseur de prestations **doit** envoyer au débiteur une facture **détaillée et compréhensible**. Il doit également lui fournir **toutes les informations** nécessaires à la vérification du calcul du remboursement et de l'économicité des prestations. L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.
- Les fournisseurs de prestations **doivent** respecter les tarifs et les prix stipulés dans le contrat ou par les autorités et ne peuvent facturer aucune autre prise en charge pour les prestations, conformément à la loi sur l'assurance maladie (sous réserve des dispositions du remboursement des LiMA).

Manquement aux exigences EAE et à la qualité

- Des sanctions sont prises à l'encontre des fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences d'économicité et de qualité prévues par la loi ou les accords contractuels (art. 59 al. 1 LAMal). Celles-ci comprennent :
 - l'avertissement ;
 - le remboursement intégral ou partiel des honoraires reçus pour des prestations non appropriées ;
 - une pénalité ;
 - en cas de répétition, la radiation temporaire ou définitive de la profession à la charge de l'assurance maladie obligatoire.

Critères d'évaluation de l'EAE - OPAS

- L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), simplifie la détermination de l'obligation de prestations en fournissant des informations concrètes et clairement délimitées telles que :
 - Les prestations prises en charge
 - Les prestations non prises en charge ou uniquement sous certaines conditions
 - Les prestations nouvelles et controversées dont les critères EAE n'ont pas encore été établis de manière définitive (en cours d'évaluation)

Maladie, accident, maternité, art. 3 – 5 LPGA

- L'assurance maladie sociale prévoit des prestations en cas de maladie, d'accident (dans la mesure où celui-ci n'est pas pris en charge par l'assurance accidents) et de maternité
- La **maladie** est définie par toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychologique non consécutive à un accident et qui nécessite un **examen ou un traitement médical** ou entraîne une incapacité de travail. Les malformations congénitales sont des maladies qui existent dans le cadre d'une naissance accomplie.
- Un accident est l'action **préjudiciable, soudaine et imprévue** d'un **facteur externe inhabituel** sur le corps humain, entraînant une atteinte à la santé physique, mentale ou psychologique, voire le décès.
- La maternité comprend la grossesse et l'accouchement, ainsi que la période de récupération ultérieure de la mère.

Valeur de maladie/Caractère de maladie

- Dans le cas d'atteintes à la santé non consécutives à des accidents, la notion de maladie permet de distinguer la maladie de la « non-maladie » (*ATF 129 V 32, ATF 116 V 239*)
- Les prédispositions aux maladies (congénitales, aggravées ou acquises) ne donnent pas automatiquement et incontestablement droit aux prestations de l'assurance maladie sociale (*ATF 130 V 284*)
- Lors de l'évaluation de l'obligation de prestations, l'assureur maladie vérifie s'il s'agit réellement d'un traitement médical ou d'une mesure préventive (*ATF 121 V 211*)
- Les traitements des imperfections naturelles qui ne correspondent pas à un idéal de beauté supposé ne répondent généralement pas à la valeur de maladie (chirurgie esthético-plastique correctrice) (*K132/04*)
- La diminution de la fertilité liée à l'âge ainsi que la diminution de la fonction érectile liée à l'âge sont des phénomènes physiologiques naturels et ne constituent donc pas fondamentalement une maladie (*ATF 129 V 32*)

Nécessité de traitement

- Nécessité de mesures diagnostiques ou thérapeutiques découlant du problème de santé, **objectivement** vérifiable et prouvée
- Existence d'une dégradation de la santé qui limite les fonctions physiques ou mentales à un point tel que le patient a besoin d'une assistance médicale
- Le rétablissement ne serait probablement pas possible sans aide médicale ou ne serait pas atteint dans un délai raisonnable
- La survie du patient n'est pas envisageable sans au moins une tentative de traitement.

- Le droit au traitement trouve ses limites dans l'exigence d'un traitement efficace, rapide et économique
- En principe, l'assureur maladie ne prend en charge que les prestations de santé de la personne assurée. Toutefois, si le traitement de la personne assurée requiert l'intervention d'un tiers, le traitement du tiers est également à la charge de l'assureur maladie (receveur d'organe - donneur d'organe)
- Une simple fragilité liée à l'âge peut justifier la nécessité d'un traitement, même si elle ne nécessite pas d'applications diagnostiques ou thérapeutiques, ni de soins de traitement, mais au moins des soins de base au sens de l'OPAS.

Hospitalisation / besoin de soins, art. 49 al. 4 LAMal

- La nécessité de traitement peut donc également être utilisée pour déduire la nécessité d'une hospitalisation ou la nécessité de soins, en tenant compte de différents indicateurs.
- Aigu
- Chronique
- Une amélioration significative de la santé est-elle possible grâce au traitement ?
- Existe-t-il un potentiel de réadaptation ?

Médecins-conseils (MC) et auxiliaires (VAD/VAK)

- Les assureurs **consultent** les médecins-conseils pour les questions techniques à caractère médical et pour les questions de remboursement et d'application des tarifs. Ces médecins-conseils **examinent** en particulier les **conditions préalables à l'obligation de prestations de l'assureur** (art. 57 al. 4 LAMal).
- Ils fournissent aux autorités compétentes des assureurs uniquement les informations requises pour décider de l'obligation de prestations, pour fixer le montant du remboursement, pour calculer la compensation des risques ou pour justifier une disposition.
- Les fournisseurs de prestations doivent fournir aux médecins-conseils les renseignements dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches. S'il n'est pas possible d'obtenir ces renseignements autrement, les médecins-conseils peuvent également procéder à un examen personnel.

- La question de l'économicité ne concerne pas seulement le type et la portée de la prestation, mais également la réalisation du traitement en ambulatoire ou en stationnaire.
- La liste des interventions électives à effectuer principalement en ambulatoire est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019. Dans le cas des traitements figurant sur la liste, le postulat de départ est qu'ils **ne sont ni économiques ni appropriés s'ils sont réalisés en stationnaire**.
- Si une intervention élective est réalisée en stationnaire, l'assurance prend en charge les frais consécutifs uniquement dans le cas où **les soins ambulatoires ne sont pas appropriés ou économiques** en raison de circonstances particulières.
- Si des interventions ne figurent pas sur la liste, cela **ne signifie pas pour autant qu'elles répondent aux exigences d'EAE en stationnaire**. La vérification de l'obligation de prestations est effectuée **au cas par cas**.

- Dans le cadre du contrôle de l'obligation de prestation, les assureurs sociaux précisent **qui** est effectivement responsable du cas.
- Lorsque les prestations sont prescrites par la loi et mises en application par des lois individuelles, le traitement médical est **exclusivement pris en charge par une seule assurance sociale** (art. 64 LPGGA).
- L'assureur social qui est tenu de verser les prestations prend également en charge les frais de traitement en stationnaire, **seul et sans restriction**, si **l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à un événement assuré qu'il est tenu de prendre en charge**.
- L'assureur social tenu de verser des prestations est également responsable des **atteintes à la santé** hors du champ d'application de ses prestations qui surviennent au cours de soins médicaux stationnaires et **qui ne peuvent pas être traités séparément**.

Païement anticipé et remboursement art. 70 LPGA



- Toutefois, si un événement assuré donne lieu à un droit aux prestations de sécurité sociale, mais qu'il existe des doutes au sujet de la **sécurité sociale** devant verser les prestations, **l'ayant droit peut demander un paiement anticipé.**
- L'organisme assureur tenu de payer à l'avance fournit les prestations conformément aux dispositions qui lui sont applicables. Si le cas est repris par un autre organisme, celui-ci doit rembourser l'avance dans le cadre de son obligation de prestations.

Informations et conseils art. 27 LPGA



- Les organismes assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales individuelles sont tenus d'informer les personnes intéressées de leurs droits et obligations dans le cadre de leur domaine de compétences.
- Si un organisme assureur constate qu'une personne assurée ou les personnes à sa charge ont droit aux prestations d'autres régimes d'assurance sociale, il les en informe immédiatement.

Décisions judiciaires – EAE confirmée

- Correction chirurgicale consécutive à une cicatrice faciale très défigurante causée par un accident (*ATF 102 V 69*)
- Cicatrices faciales consécutive à une acné chronique sévère conduisant à des troubles psychologiques ayant valeur de maladie (*ATF 129 V 167*)
- Le blépharochalasis (dermatochalasis) peut représenter une prestation obligatoire (in casu), si la valeur de maladie (restriction du champ visuel) est prouvée, sinon esthétique (*K59/05 31.05.2006*)
- Reconstructions mammaires avec implants mammaires après une amputation médicalement nécessaire (*ATF 111 V 229*)
- Les caries dentaires, si elles sont causées par une maladie générale grave ou ses conséquences (pratique restrictive conformément à l'OPAS 17 - 19) (*ATF 103 V 177*)

Décisions judiciaires – EAE rejetée

- Le besoin de convalescence seul n'est pas une maladie
- L'ablation chirurgicale des plis abdominaux ou des replis adipeux après une cure d'amaigrissement (*K50/05*)
- Une situation de stress psychosocial (*ATF 127 V 294*)
- L'échec de traitements esthétiques perçus comme inesthétiques par la suite ou dû à des exécutions non réussies ou seulement partiellement réussies (sans effets secondaires somatiques/psychologiques)

Exemple pratique - Mère à l'hôpital (avec enfant)



Accouchement par voie basse 17.03. - Sortie 20.03. (3 nuits)

Facture pour la mère : 2685,00 CHF (45 %)

Facture pour l'enfant : 1089.00 CHF (45 %)

Nouvelle hospitalisation de la mère et de l'enfant 12.04. – 15.04. (3 nuits)

Facture pour la mère : 2054,75 CHF (DRG O61Z, admission en stationnaire après un accouchement ou un avortement sans procédure opératoire)

Facture pour l'enfant : 1089.00 CHF (P67D nouveau-né unique, poids à l'admission >2499 g sans procédure opératoire, ni ventilation artificielle...)

Hospitalisation de l'enfant ?

Exemple pratique - Mère à l'hôpital (avec enfant)



Madame, Monsieur,

À la demande de votre compagnie d'assurance, nous vous transmettons les documents médicaux relatifs au cas ci-dessus.

La patiente a été admise en tant qu'accompagnatrice de sa mère, qui a reçu les soins. Nous ne disposons pas de rapport de sortie pour ce séjour.

Si vous avez des questions spécifiques concernant le codage ou le DRG généré, nous vous prions de les envoyer par écrit à l'adresse ci-dessus.

Nous vous remercions et vous prions de recevoir nos cordiales salutations.

Exemple pratique - Mère à l'hôpital (avec enfant)



Madame, Monsieur,

Nous vous remercions pour votre courrier du . Nous vous prions de nous excuser pour l'avis tardif.

Conformément aux règles et définitions de la discussion des cas du SwissDRG, les nouveau-nés sont définis comme suit :

3.9 Nouveau-nés

Chaque nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un cas distinct et est calculé sur la base d'un forfait par cas. Dans le cas d'un nouveau-né en bonne santé, la facture est transmise à l'organisme payeur de la mère et,

dans le cas d'un nouveau-né malade, elle est transmise à l'organisme payeur du nouveau-né. Aux fins de facturation, les nouveau-nés des DRG P66D et P67D sont considérés comme bien portants et sont facturés à l'organisme payeur de la mère si ces DRG sont utilisées pour le remboursement de la naissance du nouveau-né. Dans tous les autres cas, les DRG P66D et P67D sont facturés à l'organisme payeur du nouveau-né.

Le terme nouveau-né est utilisé pour décrire un enfant après la naissance jusqu'à l'âge de quatre semaines (28 j.).

Ce cas remplit ces conditions, et c'est sur la base de celles-ci que nous vous avons transmis la facture. Nous vous prions de vérifier à nouveau le cas de figure et de nous verser le montant restant par virement dans les prochains jours.

Merci beaucoup.

The logo for KPT, consisting of the lowercase letters 'kpt' in a bold, red, sans-serif font, followed by a colon ':'.

kpt:

KPT Wankdorfallee 3

Case postale

CH-3001 Berne

Concetta Saia Meierhofer

Responsable du service Prestations

SwissDRG LAMal