

AVENANT AU CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA BRANCHE «PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES LCA» – PRESTA- TIONS MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

Valable dès novembre 2021

Le présent document approfondit le cadre de référence de la branche «Prestations complémentaires LCA» (juin 2021), précise quelques principes dans le domaine des prestations médicales complémentaires¹ et de la facturation et formule des attentes vis-à-vis des partenaires contractuels (fournisseurs de prestations et assurances maladie complémentaires).

1 Exigences en matière de modèles tarifaires pour les prestations médicales complémentaires

Huit exigences ont été formulées afin de vérifier que les modèles tarifaires sont conformes au cadre de référence de la branche. Ces exigences doivent être obligatoirement satisfaites pour garantir la conformité.

1. Déclaration des prestations complémentaires: il est clairement déclaré qu'il s'agit d'une prestation médicale complémentaire qui dépasse le cadre d'une prestation de l'AOS.
2. Prestation médicale complémentaire effective: seules des prestations qui relèvent de la catégorie des prestations médicales complémentaires sont facturées.
3. Granularité suffisante: la prestation médicale complémentaire est décrite par une granularité suffisante.
4. Ensembles de prestations: les prestations médicales complémentaires sont généralement facturées sur la base d'ensembles de prestations et non pas sur la base de prestations individuelles.
5. Différenciation DP/P: lorsque des patients demi-privés et des patients privés obtiennent les mêmes prestations médicales complémentaires, le même montant est facturé.
6. Prestation complémentaire effectivement fournie: seules des prestations médicales complémentaires effectivement fournies ou seuls des ensembles de prestations complémentaires sont facturés.
7. Indication du médecin exécutant: le nom de la personne ayant fourni la prestation médicale est indiqué.
8. Evaluation intelligible: les prestations médicales complémentaires sont évaluées sur la base d'une méthode transparente et intelligible.

A l'heure actuelle (novembre 2021), aucun modèle tarifaire ne satisfait à toutes les exigences. Les partenaires contractuels devraient toutefois pouvoir modifier leurs modèles pour qu'ils soient conformes au cadre de référence de la branche d'ici fin 2023. D'ici là, les assureurs maladie complémentaires ne doivent souscrire que des contrats à durée déterminée. Les partenaires contractuels sont tenus de faire état des activités et des étapes intermédiaires qui leur permettent d'atteindre l'objectif de conformité avec le cadre de référence de la branche.

¹ Voir en particulier le principe 5 du cadre de référence de la branche: «Les prestations médicales complémentaires sont rémunérées sur une base contractuelle claire. L'indemnisation de la prestation médicale dans l'AOS est versée sur la base des tarifs stationnaires et ambulatoires en vigueur.»

2 Contrats de prestations complémentaires

Le cadre de référence de la branche «Prestations complémentaires LCA» des assureurs maladie complémentaires suisses constitue la base des contrats de prestations complémentaires LCA.

Des relations contractuelles conformes pour le décompte de prestations complémentaires LCA, qui correspondent aux principes du cadre de référence de la branche et qui relèvent de l'une des deux variantes de contrat suivantes, sont visées:

- **«Un contrat entre l'assureur maladie complémentaire et l'hôpital qui fournit les prestations»:** ce contrat régit intégralement et de manière définitive les relations entre l'assureur maladie complémentaire, l'hôpital et le médecin traitant.
- **«Un contrat-cadre avec l'hôpital et contrat d'affiliation avec le médecin traitant»:** le contrat-cadre entre l'assureur maladie complémentaire et l'hôpital régit les principaux éléments tandis que les contrats d'affiliation régissent les autres détails tels que les prix.

Il s'agit de faire en sorte que les factures ne soient plus réglées qu'en présence d'un contrat qui correspond au cadre de référence de la branche. Pendant la période de transition, il convient de trouver une solution adaptée avec les partenaires contractuels en vue d'atteindre l'objectif.

3 Exigences minimales en matière de facturation

Des principes de facturation sont définis sous les principes 3 et 10 du cadre de référence de la branche. En vue de compléter les deux principes, d'autres précisions ont été définies pour les assureurs maladie complémentaires, les hôpitaux et les médecins traitants.

Principe 3

- La facturation est généralement électronique

Principe 10

Le format d'un décompte doit contenir au minimum les éléments suivants:

- énumération de toutes les prestations LCA fournies, y compris de toutes les prestations médicales
Précision: toutes les prestations LCA (prestations complémentaires médicales, cliniques et d'hôtellerie/de confort) doivent de préférence être facturées et acceptées conformément au système du tiers payant. La facture unique doit être visée.
- Une description de prestation intelligible pour le patient
Précision: une description de prestation intelligible comprend les éléments suivants, dans la mesure où ceux-ci sont applicables au cas concret:
 - Prestations complémentaires d'hôtellerie/de confort
 - Prestations cliniques complémentaires
 - Prestations médicales complémentaires
 - Libre choix de l'hôpital
 - Choix de l'hôpital en dehors du canton
- Désignation sans équivoque des médecins qui s'occupent du cas ou qui le traitent

Précision: si des prestations médicales complémentaires sont décomptées, le nom du médecin qui a fourni chaque prestation doit figurer sur le décompte.