

---

# Contrat qualité national

## Mise en œuvre

---

### Principes et modalités de facturation pour la médecine somatique aiguë, la psychiatrie et la réadaptation

Les présentes recommandations se fondent sur les règles définies par le contrat qualité national (version 3.1, 9 mars 2011) et le concept de financement de l'ANQ ; elles ont été mises au point avec les représentants des partenaires du contrat qualité.

31 mai 2013 / Remplace les documents existants pour chaque domaine



## Sommaire

---

1. Principes valables pour la médecine somatique aiguë, la psychiatrie et la réadaptation.....	3
2. Décompte avec les assureurs.....	6
3. Décompte avec les cantons.....	7
4. Contributions à l'ANQ.....	8

## 1. Principes valables pour la médecine somatique aiguë, la psychiatrie et la réadaptation

---

- En adhérant au contrat qualité national, toutes les parties s'engagent à appliquer les dispositions énoncées à l'art. 4 dudit contrat.
- Les listes actualisées des hôpitaux, des cantons et des assureurs affiliés au contrat qualité national peuvent être consultées à l'adresse [www.anq.ch](http://www.anq.ch). La principauté du Liechtenstein a également adhéré au contrat.
- Les agents payeurs s'engagent à intégrer l'obligation d'appliquer les prescriptions de mesure de l'ANQ dans leurs contrats avec les prestataires (conventions tarifaires, contrats de prestations cantonaux).
- En adhérant au contrat qualité national, les prestataires s'engagent à réaliser dans les délais impartis les mesures prescrites par l'ANQ pour les trois domaines. Si, pour des raisons objectives, un prestataire est dans l'incapacité de réaliser ces mesures, il adresse à l'ANQ, en vertu de l'art. 4 du contrat qualité national, une demande écrite de dispense<sup>1</sup>. Il y expose les raisons pour lesquelles il ne peut pas réaliser une ou plusieurs mesures prescrites et indique lesquelles il compte faire à la place.
- Le comité directeur de l'ANQ statue souverainement sur la demande de dispense.
- Afin que l'ANQ puisse dans chaque cas déterminer de quel domaine relèvent les prestations proposées par un hôpital ou une clinique et donc quel est le plan de mesures adéquat (médecine somatique aiguë, psychiatrie ou réadaptation), les hôpitaux et les cliniques, à sa demande, lui fournissent les extraits correspondants de leurs mandats de prestations conformément à la liste des hôpitaux et lui indiquent selon quel système tarifaire ils décomptent leurs prestations. Sur cette base, l'ANQ décide au cas par cas à quelles mesures (plan de mesures) ils doivent participer et pour quel supplément de taxe ils sont autorisés à facturer. Elle identifie aussi les hôpitaux et les cliniques qu'elle ne peut attribuer à aucun de ses domaines et qui, par conséquent, ne sont pas obligés de réaliser les mesures ni autorisés à facturer le supplément de taxe. Les règles sont les suivantes:
  - **Médecine somatique aiguë**  
Un hôpital ou une clinique figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton, qui a un mandat de prestations dans le domaine des soins aigus et qui décompte ses prestations selon le système tarifaire SwissDRG, met en œuvre le plan de mesures Médecine somatique aiguë (y compris les spécifications, p. ex. les mesures enfants) et facture les suppléments de

---

<sup>1</sup> Les demandes de dispense sont traitées de manière restrictive. Une dispense peut être accordée s'il existe des raisons objectives, p. ex. si la clinique va fermer dans l'année ou ne propose pas les prestations correspondant aux mesures prévues par le plan.

taxe correspondants. Si, pour des raisons objectives, l'institution ne peut pas mettre en œuvre en totalité ou en partie le plan de mesures Médecine somatique aiguë et que sa demande de dispense est acceptée, elle est dispensée des mesures, mais elle peut facturer le supplément de taxe Médecine somatique aiguë et proposer d'autres mesures (article 4.2 du contrat qualité national). Par conséquent, les prestations de psychiatrie ou de réadaptation fournies en résidentiel et décomptées selon la structure tarifaire SwissDRG ne sont pas soumises aux prescriptions du plan de mesures Réadaptation ou Psychiatrie. En raison de leur mode de décompte, ces prestations relèvent du domaine des soins aigus en résidentiel et les directives relatives aux mesures correspondantes doivent être appliquées.

- **Psychiatrie**

Un hôpital ou une clinique figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton, qui a un mandat de prestations pour la psychiatrie et qui décompte ses prestations selon le système tarifaire «Forfait ou forfait journalier» en psychiatrie, met en œuvre le plan de mesures Psychiatrie (y compris les spécifications, p. ex. psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et facture les suppléments de taxe correspondants. Si, pour des raisons objectives, l'institution ne peut pas mettre en œuvre en totalité ou en partie le plan de mesures Psychiatrie et que sa demande de dispense est acceptée, elle est dispensée des mesures, mais elle peut facturer le supplément de taxe et proposer d'autres mesures (article 4.2 du contrat qualité national).

- **Réadaptation**

Un hôpital ou une clinique figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton, qui a un mandat de prestations pour la réadaptation et qui décompte ses prestations selon le système tarifaire «Forfait ou forfait journalier» en réadaptation, met en œuvre le plan de mesures Réadaptation (y compris les spécifications) et facture les suppléments de taxe correspondants. Si, pour des raisons objectives, l'institution ne peut pas mettre en œuvre en totalité ou en partie le plan de mesures Réadaptation et que sa demande de dispense est acceptée, elle est dispensée des mesures, mais elle peut facturer le supplément de taxe et proposer d'autres mesures.

- **Tarifs spéciaux**

Si un hôpital ou une clinique a un mandat de prestations cantonal et ne décompte pas selon l'un des systèmes tarifaires cités ci-dessus, mais qu'il a convenu d'un tarif spécial avec les agents payeurs, l'ANQ détermine, en accord avec lui ainsi qu'avec le canton où est situé son siège et avec les assureurs, quel plan de mesures il peut mettre en œuvre.

- **Tarifs spéciaux en soins palliatifs**

Si un hôpital ou une clinique fournit des soins palliatifs et ne les décompte pas selon l'un des systèmes tarifaires cités ci-dessus, mais qu'il a convenu d'un tarif spécial avec les agents payeurs, il met en œuvre le plan de mesures Médecine somatique aiguë de l'ANQ.

- Les prestations fournies dans les services qui prodiguent des soins (au sens de l'art. 39, al. 3, LAMal) et les prestations fournies en ambulatoire par un hôpital ou une clinique ne tombent pas dans le champ d'application du contrat qualité et ne dépendent pas de l'ANQ.
- Si les mesures prescrites ne sont pas réalisées dans leur totalité, qu'elles ne le sont qu'en partie ou en retard et que la demande de dispense n'a pas été acceptée, les agents payeurs ont le droit de ne pas verser les suppléments de taxe ou d'exiger la restitution des suppléments déjà versés. L'ANQ en informe les agents payeurs.
- Le supplément de taxe des agents payeurs est dû pour toutes les sorties d'une hospitalisation en médecine somatique aiguë, en psychiatrie ou en réadaptation, quel que soit l'âge des patients. Il est donc dû également pour les sorties d'enfants et d'adolescents.
- Les cantons versent le supplément de taxe pour toutes les sorties pour lesquelles ils versent également des contributions par cas en vertu de la LAMal.
- Les hôpitaux et les cliniques sont libres de facturer ou non le supplément de taxe aux patients qui assument eux-mêmes la totalité du coût de l'hospitalisation. Elles le demandent aux assureurs pour les patients qui paient eux-mêmes mais pour lesquels le coût est couvert en partie par l'assurance.
- Le financement de la structure associative de l'ANQ est assuré par les cotisations annuelles des hôpitaux membres de H+, des cantons, de l'association des assureurs-malade santésuisse et des assurances sociales fédérales. Le versement des suppléments de taxe aux prestataires par les agents payeurs ne remplace pas les cotisations annuelles que les cantons, santésuisse et les assurances sociales sont tenus de verser à l'ANQ.

## 2. Décompte avec les assureurs

---

- Les assureurs affiliés (y compris AA, AM et AI) versent séparément, dans les trois domaines, pour chaque sortie (date de fin d'hospitalisation des patients):
  - du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 30 juin 2013, en médecine somatique aiguë, un supplément de taxe séparé d'un montant de 2 fr. 55 par sortie;
  - du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 30 juin 2014, en psychiatrie, un supplément de taxe séparé d'un montant de 6 fr. 57 par sortie;
  - du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014, en réadaptation, un supplément de taxe séparé d'un montant de 10 fr. 60 par sortie.
  - Un prestataire dans le domaine de la réadaptation qui adhère au contrat qualité national après le 1<sup>er</sup> janvier 2013 peut demander aux assureurs le versement rétroactif du supplément de taxe à compter de cette date. Le versement n'est dû qu'à condition qu'il réalise les mesures conformément au plan de l'ANQ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Si, pour des raisons objectives, le prestataire est dans l'incapacité de participer aux mesures 2013, il adresse à l'ANQ, en vertu de l'art. 4 dudit contrat, une demande écrite de dispense.
- Une fois le financement de transition terminé, les assureurs ne versent plus les suppléments de taxe séparés. Les montants dus sont intégrés aux tarifs.
- Les assureurs versent le supplément aux assureurs en indiquant «Mesures de qualité de l'ANQ – Supplément par sortie» sur la facture remise à la sortie des patients.
- Le supplément des assureurs s'entend TVA comprise.
- Dans les cas où les cantons ne versent pas leur part, le supplément des assureurs reste inchangé, à 2 fr. 55 par sortie de médecine somatique aiguë, à 6 fr. 57 par sortie de psychiatrie et à 10 fr. 60 par sortie de réadaptation.

### 3. Décompte avec les cantons

---

- Les cantons affiliés versent, pendant deux ans, dans les trois domaines, pour chaque sortie (date de fin d'hospitalisation des patients) d'un hôpital pour lequel ils versent également des contributions par cas en vertu de la LAMal:
  - en **médecine somatique aiguë**, le supplément de taxe séparé de 3 fr. 10. Les cantons ont fixé individuellement la phase de deux ans: soit du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 30 juin 2013, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013;
  - en **psychiatrie**, du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 30 juin 2014, le supplément de taxe séparé de 8 fr. 04;
  - en **réadaptation**, du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014, le supplément de taxe séparé de 13 francs.
- Une fois le financement de transition terminé, les cantons ne versent plus les suppléments de taxe séparés. Les montants dus sont intégrés aux tarifs.
- Le supplément des cantons s'entend TVA comprise.
- Dans les cas où les assureurs ne versent pas leur part, le supplément des cantons reste inchangé, à 3 fr. 10 par sortie de médecine somatique aiguë, à 8 fr. 04 par sortie de psychiatrie et à 13 francs par sortie de réadaptation.
- Chaque hôpital ou clinique règle individuellement avec le canton la procédure concrète applicable au décompte des suppléments; l'ANQ ne peut pas édicter de directives à cet égard.
- L'ANQ recommande aux cantons d'effectuer un décompte semestriel des suppléments de taxe.
- L'ANQ recommande aux hôpitaux et aux cliniques d'effectuer un décompte des sorties en fonction du canton de domicile des patients.

## 4. Contributions à l'ANQ

---

- Les hôpitaux et les cliniques ayant adhéré au contrat qualité national versent à l'ANQ un montant annuel calculé sur la base du nombre de sorties dans chaque domaine. Ce montant se fonde sur les hospitalisations de la statistique médicale des hôpitaux (de l'Office fédéral de la statistique) de l'avant-dernière année (exemple: la contribution 2013 est calculée sur la base des hospitalisations 2011):
  - en **médecine somatique aiguë**, le montant annuel est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, de 2 fr. 70 par sortie;
  - en **psychiatrie**, le montant annuel est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, de 6 fr. 98 par sortie;
  - en **réadaptation**, le montant annuel est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, de 11 fr. 30 par sortie.Les cotisations versées en 2013 au titre de la convention-cadre sont déduites en cas d'adhésion au contrat qualité national en 2013.
- Les contributions versées à l'ANQ sont soumises à la TVA.
- Les cotisations annuelles que versent les prestataires à l'ANQ sont dues également après la fin du financement transitoire de deux ans par les suppléments de taxe.
- Les contributions des prestataires à l'ANQ sont dues même en cas de dispense totale ou partielle de la mesure.
- Pour le calcul des cotisations annuelles, l'ANQ prend en compte tous les cas (y compris ceux des patients qui paient eux-mêmes), car la statistique des hôpitaux de l'OFS ne permet pas de faire des distinctions.