Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modifications prévues pour le 1er novembre 2011

Teneur des modifications et commentaire

Berne, 14 septembre 2011

I. Partie générale : contexte

Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier (RO *2008* 2049). Les éléments principaux en étaient le passage au financement des prestations et l'introduction de forfaits par cas liés aux prestations reposant sur des structures uniformes.

Le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution le 22 octobre 2008 sous forme de modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104). Il a notamment procédé à des adaptations concernant la facturation (art. 59 OAMal) et édicté, sur la base de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, les dispositions finales des modifications de l'OAMal et de l'OCP. A l'al. 2 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal, il est précisé que les partenaires tarifaires doivent convenir de mesures d'accompagnement lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. Etant donné qu'à ce jour, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'entendre sur ce point ni sur la question de la transmission des données dans le cadre de la facturation, il est nécessaire d'édicter des dispositions complémentaires, dans l'intérêt d'une introduction ordonnée des forfaits ainsi que de la sécurité du droit. L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) est adaptée en conséquence. Les domaines touchés sont la transmission des données, les mesures d'accompagnement de l'introduction des forfaits par cas (monitoring et mesures de correction) et les coûts d'utilisation des immobilisations.

II. Révision de l'ordonnance

1. Transmission des données

Avec le système de forfaits par cas DRG prévu pour le secteur des soins hospitaliers aigus, chaque séjour hospitalier est remboursé forfaitairement après avoir été attribué à un groupe de cas en fonction de critères tels que diagnostic principal, diagnostics secondaires, traitements, degré de gravité et âge du patient. Cette structure tarifaire basée sur les diagnostics a pour conséquence l'exigence que les fournisseurs de prestations transmettent aux assureurs des données relatives au diagnostic et au traitement.

En principe, il appartient aux partenaires tarifaires de réglementer concrètement la transmission de codes de diagnostic et de procédure, et les modalités de facturation, avant l'introduction des forfaits liés aux prestations. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ne sont cependant pas parvenus à s'entendre, en vue de l'introduction du financement lié aux prestations, sur la composition des factures des hôpitaux. Pour les assureurs, il est clair que le forfait par cas ne leur permet pas de vérifier si la facturation a été effectuée correctement et si le traitement dispensé satisfait aux critères d'économicité, comme la loi l'exige. C'est pourquoi ils exigent que les hôpitaux détaillent sur la facture, à côté des forfaits par cas, tous les diagnostics et procédures. Les fournisseurs de prestations argumentent pour leur part qu'un contrôle du codage DRG a lieu déjà dans le cadre de la révision du codage. Cette procédure, par laquelle des réviseurs externes contrôlent par sondage que l'hôpital a facturé les bons forfaits par cas sur la base des diagnostics posés serait efficace, tout en respectant le secret médical. Les fournisseurs de prestations estiment qu'il doit suffire d'indiquer le forfait par cas sur la facture et de ne fournir des données supplémentaires que sur demande, dans des cas fondés. Les hôpitaux jugent disproportionnée l'exigence d'une transmission systématique des données et craignent une violation du secret médical.

Aux termes de l'art. 42, al. 3 et 4, de la loi, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. L'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical (art. 42, al. 4, LAMal). L'al. 5 précise en outre que le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur. Le fournisseur de prestations doit indiquer sur la facture, conformément à l'art. 59, al. 1, OAMal, les dates de traitement, les prestations fournies, les diagnostics, le numéro d'identification de la carte d'assuré et le numéro d'assuré. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent stipuler dans les conventions tarifaires quelles informations et diagnostics ne doivent, en principe, être portés qu'à la connaissance du médecin-conseil de l'assureur (art. 59, al. 2 , OAMal).

L'introduction des forfaits liés aux prestations ne change en principe rien à ces dispositions légales. Le Conseil fédéral a déjà complété l'art. 59 OAMal dans le cadre des modifications d'ordonnance entraînées par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et prévu que les assureurs appliquent les mesures techniques et organisationnelles propres à assurer la sécurité des données visées à l'art. 20 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (art. 59, al. 1bis, OAMal), et que les fournisseurs de prestations distinguent clairement la facture pour l'assurance obligatoire des soins et la facture pour l'assurance complémentaire, en établissant deux factures séparées (art. 59, al. 3, OAMal). Il a précisé en même temps que, pour la conservation des données relatives au diagnostic, l'identité de l'assuré est pseudonymisée, et que seul le médecin-conseil de l'assureur peut décider de la levée de la pseudonymisation (art. 59, al. 1ter, OAMal). Ce faisant, le Conseil fédéral a tenu compte de la transmission possible de données relatives au diagnostic et a, en particulier, déjà donné aux assureurs des prescriptions claires concernant le traitement de données sensibles.

Dans un arrêt de principe du 29 mai 2009 (C-6570/2007), le Tribunal administratif fédéral, interprétant les art. 42 LAMal et 59 OAMal, a statué que les dispositions en vigueur autorisaient une réglementation par convention tarifaire prévoyant la transmission systématique de certains renseignements médicaux, mais que celle-ci devait en particulier respecter les principes généraux constitutionnels, du droit administratif et du droit des assurances sociales, parmi lesquels figurent le droit fondamental de l'assuré à se déterminer sur les informations qui le concernent, ainsi que les dispositions du droit de la protection des données. Pour le traitement des données personnelles en particulier, il importe de respecter le principe de proportionnalité. Touchant le contrôle de l'économicité, le Tribunal administratif fédéral retient que pour les prestations hospitalières, il convient en principe de procéder selon la méthode analytique (contrôle de cas particuliers), le cas échéant au moyen d'un nombre suffisamment grand de sondages (ciblés), et que ceux-ci ne doivent pas se limiter à un simple contrôle de la facture, mais doivent aussi s'étendre à la question de savoir si les frais de traitement étaient nécessaires et justifiés compte tenu du tableau clinique et des effets thérapeutiques visés. Cela présuppose que, pour chaque cas, on ait connaissance du diagnostic, des examens effectués et des traitements dispensés, ainsi que de l'objectif diagnostique et thérapeutique visé. De l'avis du Tribunal administratif fédéral, le diagnostic et le code d'intervention se révèlent être des points de départ appropriés et adéquats pour contrôler l'économicité des prestations. S'il apparaît sur la base de ces informations de départ que d'autres renseignements médicaux sont nécessaires, ceux-ci pourraient être exigés – le cas échéant par l'intermédiaire du médecin-conseil – dans le cadre de l'art. 42, al. 4 et 5, LAMal. Dans le cas d'espèce, le tribunal a retenu que la règle, fixée dans la convention tarifaire, de la transmission systématique de diagnostics avec l'annonce d'admission, respectivement de diagnostics et de codes d'intervention avec la facture, en règle générale sous une forme non anonymisée, n'était pas disproportionnée en soi.

Dans le domaine des forfaits liés aux prestations de type DRG, des données médicales d'un degré de détail élevé seront produites. Les données médicales englobent en particulier les diagnostics principaux, les diagnostics secondaires, les procédures, le degré de gravité, l'âge, la taille, le poids ou le

poids à la naissance. Comme expliqué ci-dessus, les assureurs-maladie sont tenus de procéder à un contrôle des factures. A cet effet, ils doivent être en mesure de pouvoir utiliser les informations disponibles. C'est pourquoi, une transmission systématique des données est prévu en conformité avec l'arrêt de principe du 29 mai 2009 du Tribunal administratif fédéral (C-6570/2007). Dans l'intérêt de la protection des données, la transmission des données médicales du fournisseur de prestations à l'assureur s'effectue cependant sous une forme pseudonymisée et cryptée. Pour des clarifications complémentaires, le médecin-conseil peut procéder au décryptage de ces données. Le médecin-conseil continue de disposer, conformément à l'art. 57 de la loi, de la possibilité de faire lever, au cas par cas, la pseudonymisation directement par l'hôpital ou par l'assureur via le numéro de facture, par exemple s'il veut procéder à des clarifications complémentaires auprès du fournisseur de prestations ou exiger de ce dernier des informations supplémentaires.

Avec la pseudonymisation et le cryptage, une convention entre les partenaires tarifaires pour déterminer quelles données doivent être transmises uniquement au médecin-conseil n'est pas nécessaire, car le décryptage des données médicales ne peut être effectué que par le médecin-conseil. La spécification des données stigmatisantes n'est également pas nécessaire, car en principe toutes les données médicales, c'est-à-dire les diagnostics et les procédures, ne sont accessibles qu'au médecin-conseil. Enfin, l'archivage des données selon l'art. 59, al. 1ter, OAMal, ne représente également pas une exigence technique élevée, car les données sont transmises pseudonymisées et cryptées et peuvent être archivées sous cette forme.

2. Monitoring et mesures de correction

Aux termes de l'art. 59*c*, al. 1, let. c, OAMal, un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires, *ceteris paribus*, pour l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral, dans le cadre de la compétence que lui accorde l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, a fixé les modalités d'introduction et a notamment prescrit des mesures d'accompagnement dans la disposition finale de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008. Les partenaires tarifaires doivent convenir à ce titre, dans le cadre de l'autonomie tarifaire, des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring), ainsi que des mesures de correction. Pour réagir à l'incapacité durable des partenaires tarifaires à s'entendre au niveau national sur le monitoring et les mesures de correction, et comme les négociations tarifaires concernant les prix de base (*baserates*) vont commencer incessamment, le Conseil fédéral, dans le cadre de sa compétence d'édicter les modalités d'introduction, inscrit à titre subsidiaire, à l'al. 2ter des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, une mesure de correction applicable à court terme pendant deux ans. Il est précisé en outre, à l'al. 2bis des mêmes dispositions finales, que le monitoring doit être conçu de manière à permettre aux partenaires tarifaires d'effectuer des mesures de correction supplémentaires au cas où des coûts supplémentaires injustifiés seraient constatés en dépit du mécanisme de correction défini par le Conseil fédéral. Outre les corrections d'ordre financier, les partenaires tarifaires doivent également prendre en considération, dans le cadre des mesures de correction, des adaptations au sens large, notamment touchant la structure tarifaire et les modalités d'application du tarif au sens de l'art. 59*d*, al. 1, OAMal. Il faut rappeler enfin que l'exigence légale d'une comparaison entre établissements au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal demeure indépendamment des mesures de correction et ne les remplace en aucun cas.

3. Coûts d'utilisation des immobilisations

Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 prescrivent l'inclusion des coûts d'investissement dans la tarification. De plus, l'art. 49, al. 1, LAMal, prévoit des forfaits liés aux prestations, en général des forfaits par cas. Une répartition liée au cas des coûts d'investissement ou des coûts d'utilisation des immobilisations présuppose que les coûts d'utilisation des immobilisations soient inclus dans la structure tarifaire, respectivement dans les *cost weights*. D'après les indications des partenaires tarifaires, l'inclusion de ces coûts dans les *cost weights* et donc leur remboursement via les prix de base devrait être possible au plus tard à partir de la structure

tarifaire SwissDRG 4.0 valable dès 2015. C'est seulement alors que les coûts d'utilisation des immobilisations pourront être attribués spécifiquement aux cas DRG et donc que la solution prévue conformément à la LAMal pourra être mise en œuvre. Dans l'intervalle, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent avoir la possibilité de prévoir un supplément exprimé en pourcentage sur les prix de base.

III. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Transmission des données

Art. 59, al. 1

L'art. 59, al. 1, énumère les indications que les fournisseurs de prestations doivent inscrire sur leurs factures. Les exigences actuelles (lettres a à e) demeurent, mais la phrase introductive est complétée par la règle, reprise de l'art. 42, al. 3, LAMal, qui veut que la facture comprenne toutes les indications qui sont nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations. Il est ainsi tenu compte du principe de proportionnalité, en ce sens que la facture ne doit pas indiquer davantage que ce qui est effectivement nécessaire.

Art. 59, al. 2, 1ère phrase

Dans la version actuelle de l'al. 2, les partenaires tarifaires ont la possibilité de stipuler dans les conventions tarifaires quelles informations et diagnostics ne doivent, en principe, être portés qu'à la connaissance du médecin-conseil de l'assureur. Le Tribunal administratif fédéral dit explicitement que la transmission du diagnostic et du code d'intervention avec l'annonce d'admission, ou avec la facture, « n'est admissible que si son exécution est réglée par les parties dans une convention tarifaire conformément au principe de l'atteinte la plus faible possible ». Dans les conditions ainsi précisées, une transmission systématique de données, y compris des indications relatives au diagnostic, est en principe appropriée et nécessaire pour procéder au contrôle des factures et de l'économicité. Cet alinéa doit donc être adapté dans le sens de l'arrêt de principe du Tribunal administratif fédéral, à savoir que les partenaires tarifaires stipulent dans les conventions tarifaires les modalités de transmission systématique des diagnostics et des procédures (notamment en ce qui concerne le volume des données et les éléments pertinents pour la facturation), en tenant compte de l'al. 1.

Art. 59, al. 2bis

L'al. 2bis se réfère, comme mentionné, uniquement à un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups). Les fournisseurs de prestations transmettent aux assureurs les données médicales et administratives pertinentes pour la facturation selon l'al. 1. Les données administratives comprennent notamment les la date de la facture, l'hôpital, le numéro d'assuré, la période du traitement, le DRG y compris la désignation, le montant de la facture. Le fournisseur de prestations procède à la pseudonymisation et au cryptage des données médicales. Les données médicales sont en particulier les diagnostics, les procédures, le degré de gravité, l'âge, la taille, le poids ou le poids à la naissance pertinents pour la facturation. Les partenaires tarifaires doivent convenir d'une structure uniforme des fichiers pour les données administratives et médicales, de manière à garantir une facturation uniforme.

L'assureur peut transmettre au médecin-conseil pour des clarifications complémentaires les données médicales avec le numéro de facture, les données demeurant pseudonymisées. Le cryptage peut être levé uniquement par le médecin-conseil, l'assureur désignant toutefois au fournisseur de prestations le service compétent. Le fournisseur de prestation rend possible le décryptage en tout temps de l'ensemble des données par le médecin-conseil, sans qu'une demande complémentaire ne soit nécessaire. Le médecin-conseil, en conformité avec l'art. 57 de la loi, continue de disposer de la possibilité, au cas par cas, de lever la pseudonymisation auprès de l'assureur, par exemple s'il veut procéder à des clarifications complémentaires auprès de l'hôpital ou exiger des informations complémentaires.

Le déroulement de la transmission des données et du contrôle des factures est présenté dans le diagramme de flux annexé.

Monitoring et mesures de correction

Al. 2bis des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

Le monitoring doit permettre de surveiller au moins l'évolution du nombre de cas, celle des coûts facturés et, dans le cas d'un modèle de rémunération du type DRG (*Diagnosis Related Groups*), celle du CMI (*Case Mix Index*) par fournisseur de prestations. Il doit aussi permettre aux partenaires tarifaires d'effectuer des mesures de correction supplémentaires en plus du mécanisme de correction prévu à l'al. 2ter. Un délai supplémentaire jusqu'au 30 novembre 2011 est accordé aux partenaires tarifaires pour mettre sur pied dans l'esprit de l'autonomie tarifaire le monitoring visé à l'al. 2 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008. S'ils n'y parviennent pas, les fournisseurs de prestations seront alors tenus de transmettre trimestriellement aux assureurs les informations nécessaires à cet effet à partir de la date d'introduction fixée à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 jusqu'à l'achèvement des mesures de correction. Les assureurs sont tenus d'effectuer le monitoring en commun et de publier semestriellement une évaluation servant de base aux mesures de correction des partenaires tarifaires.

Al. 2ter des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre jusqu'au 30 novembre 2011 sur des mesures de correction conformes à l'al. 2 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, les fournisseurs de prestations qui facturent leurs prestations dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon le système SwissDRG seront tenus, en cas d'augmentation du CMI (*Case Mix Index*) durant l'année de facturation par rapport au CMI convenu dans la convention tarifaire, de rembourser au cours de l'année suivante l'excédent de recettes injustifié. Une variation du CMI effectif par rapport au CMI convenu de plus de 2 % vers le haut, ce pourcentage devant être considéré comme une marge de tolérance, conduit à un remboursement. Les mesures de correction effectuées au moyen du CMI ne permettent pas nécessairement d'exclure le risque de coûts supplémentaires dus à une augmentation injustifiée du volume de prestations. Les fournisseurs de prestations sont donc tenus de rembourser au cours de l'année suivante les recettes supplémentaires dues à une augmentation injustifiée du nombre de cas durant l'année de facturation par rapport au nombre de cas pris en compte pour fixer le CMI dans la convention tarifaire. Dans ce cas, la marge de tolérance précitée s'applique également. Des augmentations justifiées du CMI et du nombre de cas durant l'année de facturation, dues par ex. à des modifications du mandat de prestations, seront prises en compte par une atténuation de la correction. Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de régler les modalités de mise en œuvre, en particulier la procédure de remboursement.

Coûts d'utilisation des immobilisations

Al. 4 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

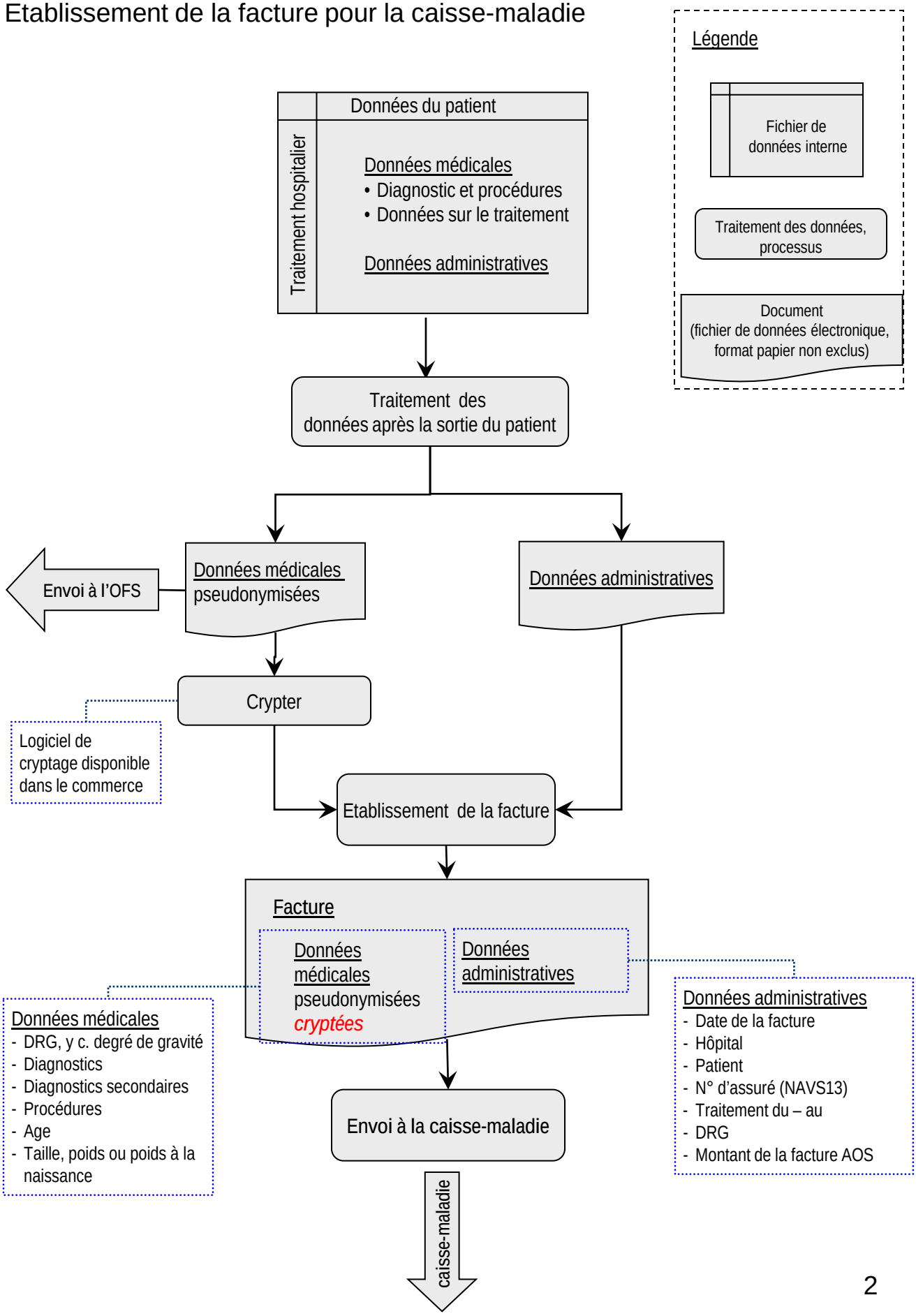
La prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations dans le remboursement au moyen de forfaits liés aux prestations a été prescrite aux partenaires tarifaires par l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 et ne pourra disparaître de manière générale du fait que ces coûts n'ont pas encore été intégrés dans la structure tarifaire. L'al. 4 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008 prévoit ainsi que, dans le cadre des négociations tarifaires, les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent dans les conventions tarifaires de rémunérer les coûts d'utilisation des immobilisations sous la forme d'un supplément exprimé en pourcentage sur les prix de base négociés (coûts d'utilisation des immobilisations non compris). Le Conseil fédéral fixe pour l'année 2012 un supplément exprimé en pourcentage à 10 %. Pour les deux années suivantes, les partenaires tarifaires doivent avoir à nouveau la possibilité de négocier dans le cadre de l'autonomie tarifaire sans se voir prescrire le montant du supplément exprimé en pourcentage.

Transmission des données et contrôle des factures pour la facturation selon SwissDRG

Illustration de la mise en œuvre à l'aide d'un diagramme de flux de données

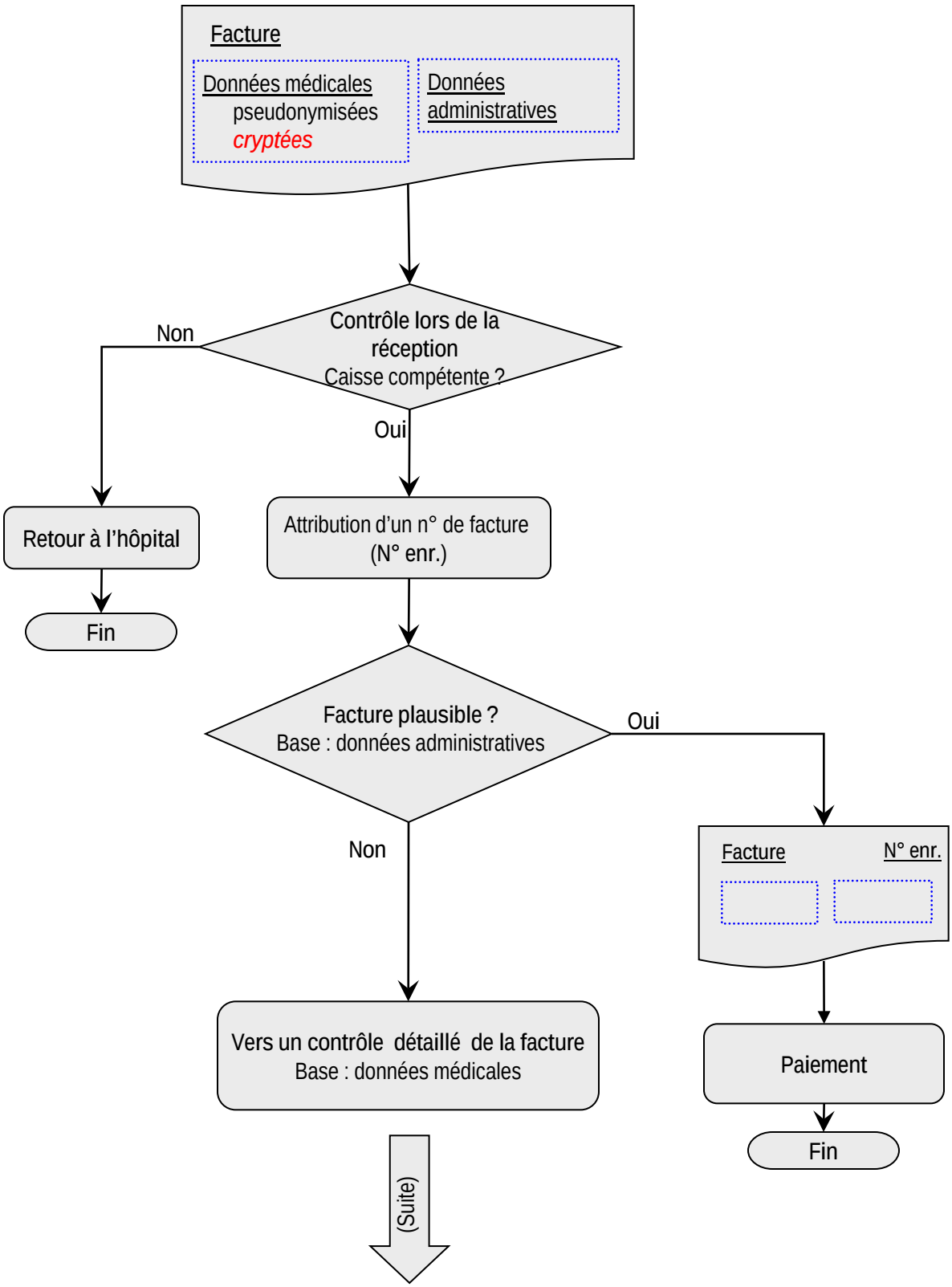
Traitement des données à l'hôpital

Etablissement de la facture pour la caisse-maladie

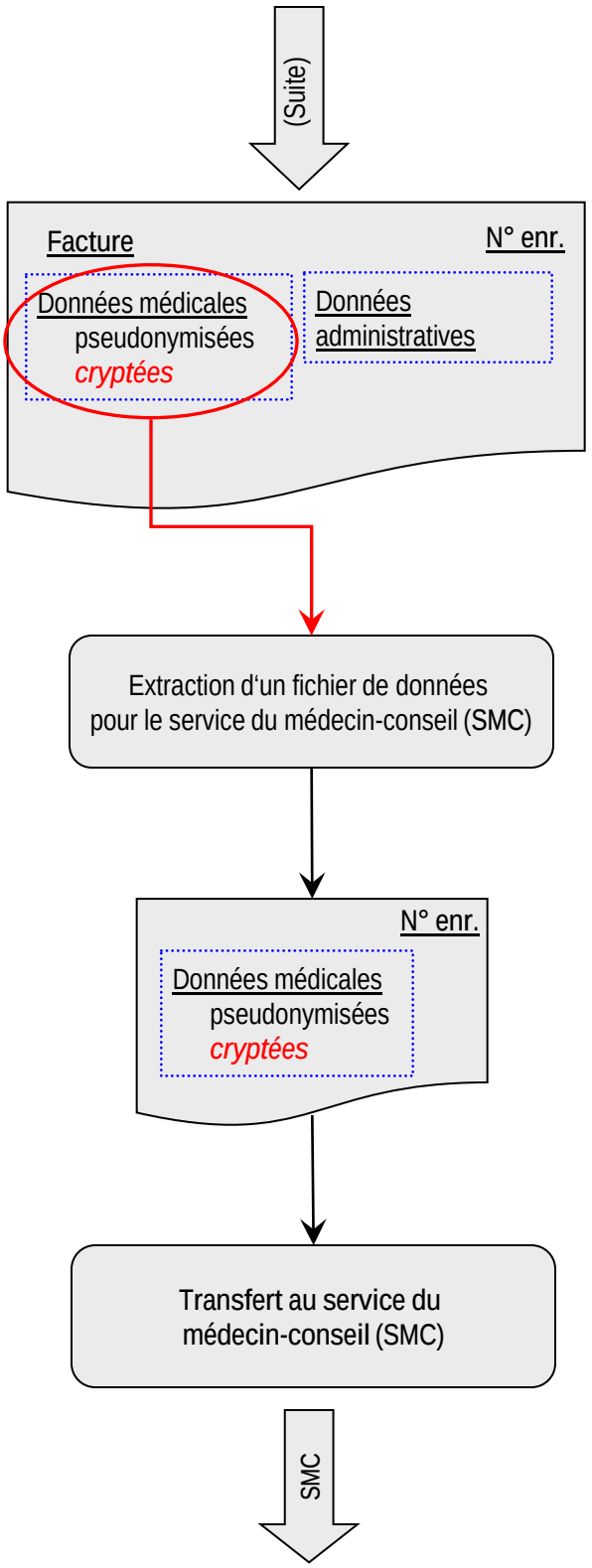


Traitement des données par la caisse-maladie

Traitement des données administratives

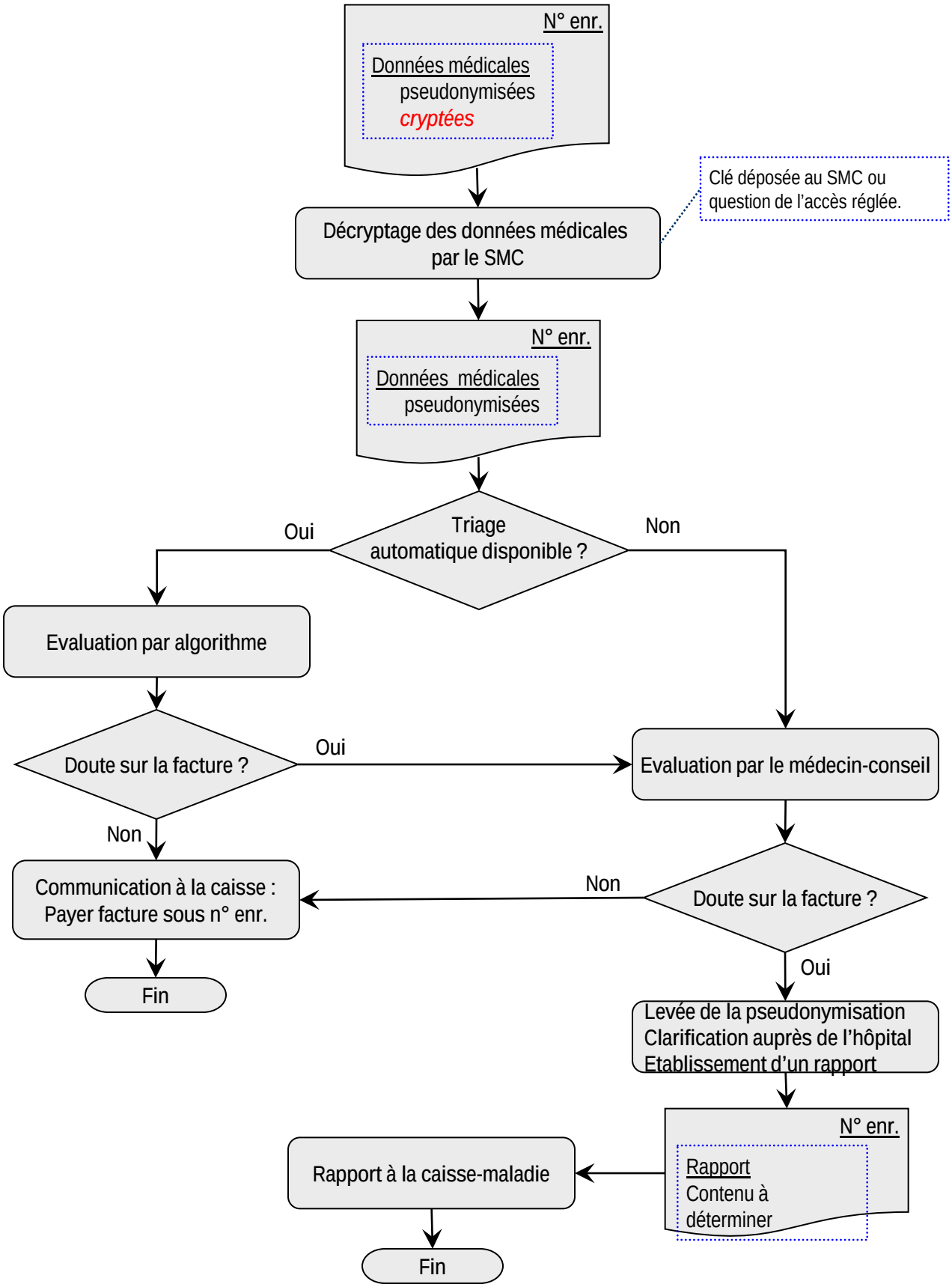


Traitement des données par la caisse-maladie :
Transfert des données médicales au service du médecin-conseil (SMC) en vue d'un contrôle détaillé



Service du médecin-conseil

Contrôle détaillé de la facture à l'aide des données médicales



Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modification du …

Le Conseil fédéral suisse
arrête:

I

L'ordonnance du 27 juin 1995[1] sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 59, al. 1

1 Les fournisseurs de prestations doivent inscrire sur leurs factures toutes les indications nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 42, al. 3, de la loi. Ils doivent fournir en particulier les indications suivantes: ...

Art. 59, al. 2, 1ère phrase

2 Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent dans les conventions tarifaires des modalités de la transmission systématique des diagnostics et des procédures en tenant compte de l'al. 1. ...

Art. 59, al. 2bis

2bis Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups), le fournisseur de prestations transmet ensemble à l'assureur les données médicales et administratives selon l'al. 1. Les données médicales sont cryptées et pseudonymisées par le fournisseur de prestations. L'assureur et le fournisseur de prestation conviennent à cet effet de la structure uniforme au niveau suisse des fichiers des données administratives et des données médicales en tenant compte de l'al. 2. L'assureur peut transmettre au médecin-conseil pour des clarifications complémentaires les données médicales avec le numéro de facture attribué par l'assureur. Le cryptage peut être levé uniquement par le médecin-conseil selon l'art. 57 de la loi. Le fournisseur de prestation rend possible le décryptage simultané par le médecin-conseil de l'ensemble des données selon l'al. 1. Au surplus, la transmission des données médicales à l'assureur par le médecin-conseil est régie par l'art. 57 de la loi.

1 RS **832.102**

Dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008, al. 2bis, 2ter et 4

2bis Le monitoring selon l'al. 2 comprend en particulier, par fournisseur de prestations, l'évolution du nombres de cas, des coûts facturés et, dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups), l'évolution du CMI (Case Mix Index). Le monitoring sur l'ensemble des domaines visés à l'art. 49, al. 1, de la loi, y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation, doit en particulier garantir qu'en plus du mécanisme de correction selon l'al. 2ter des mesures de correction supplémentaires puissent être effectuées par les partenaires tarifaires. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre jusqu'au 30 novembre 2011 sur un monitoring correspondant, les fournisseurs de prestations transmettent trimestriellement aux assureurs les informations nécessaires à cet effet à partir de la date d'introduction selon l'al. 1 des Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la loi et jusqu'à l'achèvements des mesures de correction. Les assureurs effectuent en commun un monitoring et publient semestriellement une évaluation comme base pour les mesures de corrections des partenaires tarifaires.

2ter Si, dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups), les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre jusqu'au 30 novembre 2011 sur des mesures de corrections uniformes sur le plan suisse selon l'al. 2, le fournisseur de prestations doit, dans les deux premières années suivant l'introduction du modèle de rémunération, en cas d'augmentation injustifiée de plus de 2 pour cent aussi bien du CMI (Case-Mix-Index) effectif durant l'année de facturation par rapport au CMI convenu, que du nombre de cas effectif durant l'année de facturation par rapport au nombre de cas pris en compte lors de la fixation par convention du CMI, rembourser les recettes supplémentaires l'année suivante. Les modalités de mise en œuvre sont réglées entre les fournisseurs de prestations et les assureurs.

4 Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups), les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent dans les conventions tarifaires de suppléments exprimés en pour cent sur les prix de base négociés pour la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations jusqu'à l'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans la structure tarifaire selon l'art. 49, al. 1, de la loi, mais au plus pour une durée de trois ans après la date d'introduction selon l'al. 1 des Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la loi. Ces suppléments s'élèvent pour les cas facturés durant l'année 2012 à 10 pour cent.

II

La présente modification entre en vigueur le 1er novembre 2011.

… Au nom du Conseil fédéral suisse

La présidente de la Confédération: Micheline Calmy-Rey
La chancelière de la Confédération: Corina Casanova