



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Monsieur le Conseiller fédéral
Didier Burkhalter
Président du Département fédéral de
l'intérieur
3003 Berne

Lieu, date
Interlocuteur

Berne, le 27 septembre 2011
Martin Bienlein

Ligne directe
E-mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Révision partielle de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal): Réponse de H+ à l'audition

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions vivement de votre invitation du 14 septembre 2011 à nous exprimer sur l'audition susmentionnée. Nous profitons volontiers de cette occasion de prendre position. Notre réponse suivante à l'audition repose sur une enquête auprès de nos membres, à laquelle ils ont participé en très grand nombre.

Bilan

Le projet de révision partielle de l'OAMal n'est pas mûrement réfléchi, et en partie étranger à la pratique. Il doit être remanié de façon urgente et substantielle dans tous ses points.

- **Nous soutenons la transmission de données médicales uniquement au service de médecins-conseils. Mais le processus proposé n'est ni judicieux ni praticable. Nous proposons pour transmission un jeu de données de calcul qui permette aux assureurs le contrôle et la plausibilisation sans diagnostics et procédures délicats. En outre, le Conseil fédéral doit envisager un organe de contrôle des calculs neutre selon la motion 11.3393 « Vérification des calculs effectués par SwissDRG (...) ».**
- **H+ refuse le monitoring CMI asymétrique proposé, et en particulier le monitoring du nombre de cas. Il est contraire à l'esprit de la révision de la LAMal sur la rémunération des hôpitaux. Nous proposons un contrôle définitif des codages et un monitoring du volume de prestations par cas. Les modifications dans la gamme de prestations d'un hôpital doivent être impérativement prises en considération.**
- **Le supplément d'investissement proposé de 10% pour 2012 est trop bas. Ainsi, le Conseil fédéral reporte les investissements nécessaires aux générations futures. Diverses études indépendantes de KMPG et PWC ont révélé que les hôpitaux nécessitent 14-16% de leurs frais d'exploitation pour des investissements.**

Vous trouverez ci-après nos remarques et propositions de modification détaillées sur la révision partielle.

1 Remarques générales

1.1 Les hôpitaux refusent une ordonnance unilatérale

De façon générale, les hôpitaux et cliniques refusent le projet d'ordonnance. A notre avis, le projet n'est pas équilibré.

1.2 Pas de législation parallèle

H+ a pris connaissance avec irritation du fait que le Conseil fédéral a soumis au parlement une modification de loi sur la transmission des données, qui joue un rôle central dans cette audition. Ainsi, le processus partenarial est sapé et l'audition obsolète sur ce point. En même temps, d'autres projets de loi (dossier électronique du patient; nouvelle génération de carte d'assuré) ne sont pas pris en compte dans les considérations de mise en œuvre.

De plus, cela devient problématique si le Conseil fédéral veut réglementer dans la loi toutes les factures de tous les traitements ambulatoires et hospitaliers. Il introduit ainsi un changement de paradigme dont les répercussions ne sont mentionnées nulle part dans les documents de l'audition.

Pour les prestations ambulatoires, le contrôle électronique des factures fonctionne depuis des années sans problèmes. En outre, la question se pose de savoir dans quelle mesure la réglementation est judicieuse en ce qui concerne la réadaptation, pour laquelle les cliniques doivent de toute façon se procurer au préalable une garantie de prise en charge des frais par les caisses.

1.3 Délai d'audition court

Malgré la reconnaissance de la situation temporelle, un délai d'audition de 14 jours pour ces sujets délicats est excessivement court. Ainsi, la plupart des entreprises ne peuvent pas découvrir quels effets les modifications proposées auront sur leur entreprise, ni en ce qui concerne l'adaptation des systèmes informatiques hospitaliers (SIH) ni du point de vue financier.

1.4 Les termes ambigus sont source d'insécurité juridique

L'ordonnance et le commentaire comportent une série de termes ambigus, par exemple:

- « **toutes les indications** nécessaires à la vérification du calcul »: c'est justement cela qui est le point litigieux entre les hôpitaux et cliniques d'une part et les caisses d'autre

part. Qu'est-ce qui est vraiment nécessaire et raisonnable pour le contrôle des factures?

- « Transmission de **diagnostics et procédures** »: mais lesquelles exactement? De quel droit les caisses veulent-elles accéder à des données médicales des patientes et patients qui ne se rapportent pas à la facture? En quoi ces diagnostics et procédures ne concernant pas les factures sont-ils utiles aux caisses?
- « **Données médicales et administratives** »: les propositions du commentaire ne sont pas conformes à l'état des discussions des comités d'experts, auxquels participent également l'administration fédérale OFSP et l'OFS. Le « Forum échange de données » s'est mis d'accord avec la norme XML 4.3 sur d'autres définitions (voir ci-dessous).
- « **Pseudonymisation** »: voir en détail ci-dessous.
- « **Codage** »: le codage concerne-t-il le contenu ou la transmission électronique (transport)?
- « **Domaines antérieurs et postérieurs** »: qu'est-ce que cela englobe? Comment établir le rapport pour chaque cas? Si ce n'est déjà guère possible dans un cas individuel, comment faire pour tous les cas?

Nos membres craignent que cela n'ouvre toute grande la porte à l'arbitraire.

1.5 Des litiges en vue

Si l'ordonnance devait continuer à contenir des termes vagues et non définis clairement, et qu'en plus elle ne réglemente pas clairement les déroulements des actions et les processus électroniques, des incertitudes juridiques et des litiges sont à prévoir. A ce moment-là, comme aujourd'hui, les tribunaux devront trancher.

1.6 Domaine d'application ambigu

Bien que le domaine d'application ne soit pas toujours défini, H+ part du principe que les prestations de la réadaptation et de la psychiatrie ne sont pas concernées. Ceci doit être stipulé partout. Pour ce qui est des frais d'exploitation des installations, nous en parlons plus loin.

2 Transmission des données

2.1 Absence de fondement juridique

Une base légale formelle telle qu'elle est prévue par la loi sur la protection des données manque à ce jour pour une transmission systématique des données de patients aux assurances, alors qu'il faudrait que la loi formule précisément quelles données les hôpitaux et cliniques doivent transmettre aux caisses maladie. H+ propose un jeu de données suffisant (voir ci-dessous). Un simple renvoi à la proportionnalité ne suffit pas. Dans la pratique cela n'aide

pas, comme le montre le jugement du tribunal administratif fédéral (C-6570/2007). Ce qui est proportionnel et ce qui ne l'est pas, voilà une question qui resterait posée avec la présente proposition. Ceci maintient l'incertitude juridique existante et, partant, la responsabilité des hôpitaux en cas d'émission non proportionnelle des données médicales, et aboutit à des cas judiciaires (voir ci-dessus).

En revanche, les hôpitaux et cliniques peuvent très bien imaginer une mise en œuvre de la motion 11.3393 « Vérification des calculs effectués par SwissDRG (...) ». Il s'agit de les examiner de façon approfondie.

2.2 Pas de transmission disproportionnée des diagnostics et procédures

Le projet d'ordonnance part du principe que le contrôle des factures nécessite obligatoirement des diagnostics et des procédures. Ce n'est pas le cas. Normalement, les caisses maladie n'ont pas besoin de données médicales détaillées pour la plausibilisation des forfaits par cas.

Lors des négociations tarifaires, H+ a démontré diverses options réalisables pour toutes les caisses, praticables et meilleur marché, tandis que les caisses maintiennent leur exigence du 'tout ou rien' sans fournir des faits ou arguments à cet égard. Les hôpitaux et cliniques refusent donc la transmission systématique des diagnostics et procédures car elle est disproportionnée.

Il existe par exemple les options suivantes pour contrôler les factures d'hôpital:

- révision de codage indépendante avec système de bonus-malus en cas d'écarts;
- vérification ciblée de groupes de diagnostic convenus en partenariat pour une période de contrôle;
- des organes de contrôle neutre paritaires tels qu'il en existe des similaires en Allemagne pour chaque land, qui font leurs preuves dans le système allemand des forfaits par cas. Un organe de vérification neutre de ce genre exige aussi la motion 11.3393 « Vérification des calculs effectués par SwissDRG (...) »;
- Vérification et plausibilisation systématiques avec **données administratives** sur la base du jeu de données ordinaire des factures XML 4.3.

Notamment la dernière possibilité telle qu'elle a été élaborée par la SUVA paraît prometteuse. Avec un jeu de données de factures clairement défini, la plausibilité des cas et de DRG pourrait être vérifiée. Les cas problématiques seraient révélés et annoncés au service de médecin-conseil. Celui-ci peut décider s'il lui faut des informations médicales. L'option de vérification se base sur la procédure en deux étapes selon la norme XML 4.3 du forum d'échange de données.

Toutes les options susmentionnées évitent des accumulations de données inutiles et donc juridiquement disproportionnées auprès des caisses maladie.

2.3 Jeu de données H+

H+ propose un jeu de données de facturation clairement défini. Comparé à la réponse à l'audition, celui-ci est élargi et basé sur la norme XML 4.3 du forum d'échange de données. Il comporte entre autres:

- la date de la facture
- le prestataire = hôpital ou clinique
- le patient
- le numéro d'assuré AVSN13
- le début et la fin du traitement (durée du séjour)
- le numéro SwissDRG, y c. le degré de difficulté et le diagnostic principal
- le montant de la facture AOS
- l'âge
- le sexe
- le type d'admission et de décharge
- destinataire = assurance maladie

Le jeu de données de facture H+ rend superflus une transmission systématique de tous les diagnostics et procédures ainsi qu'un codage et une pseudonymisation onéreux des cas individuels.

2.4 Problème des faibles nombres de cas

La plupart des caisses maladie ont des nombres de cas beaucoup trop faibles par hôpital pour pouvoir faire des affirmations statistiquement pertinentes. La transmission systématique des diagnostics et procédures n'est donc utile que pour les très grandes caisses. Mais afin qu'une analyse statistique permette vraiment des résultats probants, un organe de contrôle pour la Suisse entière devrait récapituler les données des patients. Ceci est notamment possible avec le logiciel de la SUVA, mais également prévu dans la motion 11.3393 « Vérification des calculs effectués par SwissDRG (...) ». D'après nos informations, le logiciel SUVA pourrait traiter en 8 jours ouvrables tous les cas stationnaires de Suisse pendant toute une année.

2.5 Aucune délégation aux partenaires tarifaires

Les hôpitaux et cliniques refusent en majorité une délégation des modalités de transmission des données aux partenaires tarifaires locaux. Les modalités de la transmission des données doivent être réglementées de manière uniforme dans toute la Suisse.

2.6 Pas de fausse pseudonymisation

La solution de conteneur proposée n'apporte pas de pseudonymisation. Comme les données médicales « pseudonymisées » doivent être envoyées attachées aux données administratives non pseudonymisées, les jeux de données médicaux peuvent toujours (!) être attribués avec précision.

2.7 Une informatique onéreuse entraîne une poussée des coûts et des primes

Les propositions de transmission électronique des données sont étrangères à la pratique tant des assurances que des hôpitaux et cliniques. Aujourd'hui, les données ne sont généralement pas présentes dans les hôpitaux et cliniques sous la forme proposée. Les processus de l'audition laissent entendre que des données médicales et administratives seraient réunies en règle générale dans les hôpitaux et cliniques. Ce n'est pas le cas. Par exemple, le SAP utilisé dans de nombreux hôpitaux n'offre aujourd'hui aucune solution de conteneur de ce genre. Il faudrait d'abord la mettre en place.

Les hôpitaux n'ont pu, en si peu de temps, calculer plus précisément ou estimer la compatibilité du projet d'audition avec leur réalité informatique, ni les mesures nécessaires à cet effet, et encore moins les frais. Néanmoins, des questions importantes se posent déjà à ce stade.

Les processus électroniques, à savoir la **pseudonymisation et le codage, doivent être mieux conçus et définis plus précisément**. Qui pseudonymise? Et qui reçoit une clé de qui? Chaque SIH doit-il indiquer chaque médecin-conseil? Le codage et la pseudonymisation individuelles devraient être d'abord établis par les hôpitaux et cliniques. Si les médecins-conseils devaient décoder chaque facture individuelle, il en résulterait une immense charge administrative, aussi bien auprès des hôpitaux et cliniques qu'auprès des caisses maladie. Il s'agit tout de même de 1,3 à 1,5 million de cas. Dans quelle étendue la pseudonymisation a-t-elle lieu? La proposition de conteneur est la **variante la plus chère et la plus exigeante**. Ceci entraîne d'importants investissements, donc des frais plus élevés accompagnés d'une poussée des primes.

Pour toutes ces raisons, H+ refuse une pseudonymisation inutile pour une livraison au médecin-conseil.

2.8 Séparation et clarification du déroulement des actions et du processus électronique

Les déroulements du projet d'audition reflètent le déroulement des actions. Mais ils n'abordent pas les processus et exigences électroniques.

Les déroulements doivent être mieux représentés. Ainsi par exemple, le service du médecin-conseil nécessite les données non seulement médicales, mais aussi administratives (p. ex. âge, sexe, durée du séjour). En outre, un codage et une pseudonymisation sont tout à fait inutiles si les données médicales doivent être de toute façon transmises uniquement au médecin-conseil.

2.9 Exigences accrues envers les caisses maladie

Avec un maintien systématique de données de patients, qu'il s'agisse d'un jeu de données administratif ou médical, l'assurance doit présenter avant la mise en œuvre un concept d'exécution apte à révision, qui régit en particulier l'accès et l'archivage. Le déroulement selon le projet d'audition ne satisfait pas à la protection des données.

2.10 Comparaison avec le dossier électronique du patient

La législation relative au dossier électronique du patient est actuellement en cours d'élaboration. L'état actuel de la discussion part du principe que le patient ou la patiente est doublement d'accord de transmettre ses données de traitement médicales. Celles-ci saperaient les caisses avec un recueil de données étendu.

2.11 Manque de liquidités en raison d'une transmission de données complexe

Si l'ordonnance rend trop compliquée la transmission des factures, le paiement des factures sera retardé. Ceci peut entraîner des difficultés de trésorerie dans les hôpitaux et cliniques.

3 Monitoring

3.1 Refus du monitoring des nombres de cas

La révision de la LAMal relative à la rémunération des hôpitaux voulait que des entreprises efficaces traitent davantage de patientes et de patients que les inefficaces. Ce but du parlement saperait l'ordonnance avec un monitoring du nombre de cas. **Le monitoring du nombre de cas contredit la révision de la LAMal relative à la rémunération des hôpitaux.** Un monitoring du nombre de cas repose sur deux hypothèses qui ne sont pas du tout données: premièrement, que les hôpitaux puissent coordonner leurs nombres de cas et deuxièmement, que les chiffres comparatifs du passé soient disponibles.

Il existe de nombreux facteurs conduisant à une hospitalisation, sur lesquels les hôpitaux n'ont pas d'influence.

De tels facteurs exogènes sont notamment:

- le vieillissement de la population;
- l'innovation médicale qui permet davantage de traitements;
- les directives cantonales dans le cadre de la planification d'hôpital. Une sanction par la caisse pourrait affaiblir la planification d'hôpital cantonale et la souveraineté cantonale en général. Le monitoring du nombre de cas affaiblirait ainsi l'art. 39 LAMal;
- le comportement des médecins prescripteurs;
- le développement des soins, par exemple le potentiel ambulant, les réadmissions, le managed care;
- l'influence des règles de calcul SwissDRG, en particulier les transferts;
- l'éclatement d'une épidémie ou d'une pandémie avec de nombreuses hospitalisations;
- l'obligation d'admission définie dans les mandats de prestations.

Pour ces raisons, H+ refuse un monitoring du nombre de cas.

Le projet d'ordonnance méconnaît en outre la complexité du CMI. Les trois critères de calcul à cet effet ont changé en permanence:

- les procédures en 2010 (à CHOP 2011) et pour 2012 (à CHOP 2012).
- le catalogue des groupes de diagnostic 2010 d'APDRG 6.0 à SwissDRG 1.0.
- et la simulation des hôpitaux dans le SwissDRG 2008 (introduction SwissDRG 0.2), 2009 (à SwissDRG 0.3), et 2010 (à SwissDRG 1.0).

Cela signifie que les partenaires tarifaires devraient auparavant transformer et calculer les trois modifications. Pour les modifications, les répercussions manquent totalement de clarté en raison des critères de calcul. Un codage double pendant une période comparative d'un mois pourrait apporter un rapprochement ici. Toutefois, le recodage présuppose un important besoin en spécialistes.

Une alternative au monitoring CMI est le contrôle de la qualité du codage, associée à des sanctions en cas de mauvaise qualité.

H+ refuse le monitoring asymétrique proposé.

3.2 Oui au monitoring des revenus des cas.

En revanche, les hôpitaux et cliniques soutiennent un monitoring des revenus des cas.

3.3 Corrections dans les deux sens

Les hôpitaux refusent surtout le contrôle avec une pénalisation unilatérale. Un taux de base calculé incorrectement doit pouvoir être ajusté vers le haut et vers le bas.

3.4 Il doit être possible de renoncer à une sanction

Les hôpitaux ne doivent pas être pénalisés lorsque des facteurs exogènes ou extrêmes influencent les critères de contrôle.

La simulation du CMI a montré chez certains membres H+ une fluctuation de plus ou moins 5% d'une année à l'autre. Des recherches consécutives internes ont révélé que ceci a été causé par quelques cas graves et donc également chers et que le « pendule » est ensuite retourné à l'état antérieur. De plus, les nouvelles règles de calcul (regroupements de cas) ont une grande influence.

3.5 Pas d'inclusion du traitement antérieur et postérieur

Les hôpitaux et cliniques ne peuvent pas être rendus responsables de quelque chose qu'ils ne peuvent ni influencer ni revendiquer directement.

3.6 Désaccord des partenaires tarifaires

Les partenaires tarifaires nationaux n'ont pas pu se mettre d'accord. Les membres H+ annoncent qu'il ne faut pas s'attendre à un accord parmi les partenaires tarifaires locaux, car les assureurs ne se montrent pas prêts à un compromis à ce jour. Une fixation de délai paraît donc inutile et doit être supprimée.

4 Frais d'exploitation des installations / Investissements

4.1 Pas de saignement à blanc des hôpitaux et cliniques

Avec 10%, les hôpitaux et cliniques seront vidées de leur substance. C'est pourquoi H+ exige 14 à 16% pour les frais d'exploitation des installations pendant la phase d'introduction de la nouvelle rémunération des hôpitaux. Ceci correspond aux valeurs qu'ont démontrées de nombreuses études indépendantes et que de nombreux hôpitaux ont déterminées en interne. Certaines sont mêmes supérieures. La valeur du projet d'audition entraîne une perte de substance et un déplacement de la problématique vers l'avenir.

Les hôpitaux et cliniques construits dans les années 1960, 1970 et 1980, qui n'ont pas encore été assainis à ce jour et qui doivent maintenant être rénovés, sont particulièrement concernés. Ceci représente la majorité des entreprises. Certains cantons ont décidé de reconstruire, en raison de l'étendue de la rénovation, tels que par exemple le canton de Zoug (déjà en exploitation) et le canton de Vaud (en cours de planification). Pour le Stadtspital de Berne, l'Univertitätsspital de Zurich ou le Bürgerspital de Soleure, des réflexions de ce genre ont été entamées.

4.2 Domaine d'application somatique aiguë

H+ part du principe que l'ordonnance n'est applicable qu'aux traitements somatiques aigus et que notamment la réadaptation et la psychiatrie en sont donc exceptés.

Les cliniques psychiatriques exigent comme auparavant un supplément normatif de CHF 100.- par jour de soins (lettre du 1^{er} septembre 2011 adressée entre autres à l'OFSP). Des recensements de données auprès des cliniques de réadaptation ont révélé une part des frais d'exploitation des installations de 14-16%, donc dans le même ordre de grandeur que pour les hôpitaux de soins aigus (lettre du 16 septembre adressée entre autres à l'OFSP).

4.3 Pourcentage

H+ soutient la fixation des frais d'exploitation de l'installation pour la phase d'introduction en tant que pourcentage du taux de base. Toutefois, certains membres de H+ rappellent que le pourcentage dépend du taux de base. Plus le taux de base est bas, plus le pourcentage pour les frais d'exploitation des installations doit être élevé. Afin d'augmenter la sécurité juridique, il faudrait par conséquent privilégier un montant en francs, de l'avis de cette minorité.

4.4 Procédure échelonnée

En premier lieu, les partenaires tarifaires (locaux) doivent négocier les frais d'exploitation des installations dans le cadre des contrats tarifaires. Et seulement à titre accessoire, l'ordonnance devrait fixer un pourcentage normatif.

4.5 Pont manquant jusqu'en 2015

Si l'ordonnance ne fixe un pourcentage au cours de la phase transitoire que pour une année, on court le risque que les caisses n'aient plus intérêt à une augmentation. Additionné à un financement trop bas, les hôpitaux et cliniques seraient insuffisamment rémunérés au delà de trois ans. Le Conseil fédéral devra alors assumer la responsabilité de la mauvaise infrastructure, des frais supplémentaires ultérieurs ou de soins de moins bonne qualité à la population.

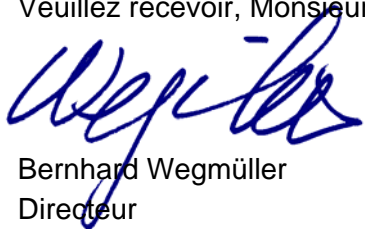
Si l'ordonnance ne jette pas un pont d'ici en 2015, une augmentation massive des frais et donc des primes est à prévoir. Le problème n'est que reporté.

4.6 Révision OCP

Quelle que soit la manière dont l'ordonnance réglemente la phase transitoire: l'OCP doit être adaptée sans délai. Elle doit permettre que les hôpitaux et cliniques puissent financer les investissements nécessaires à leur exploitation, et non comme jusqu'ici une valeur comptable fictive influencée par la durée d'amortissement. Avec une modification immédiate, on pourrait peut-être aussi raccourcir la phase transitoire.

Nous vous remercions d'être à l'écoute de nos préoccupations et nous tenons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations les meilleures.



Bernhard Wegmüller
Directeur

Propositions H+ sur l'adaptation des articles de l'OAMal

Prise de position de H+ sur le projet de révision partielle de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Texte de l'ordonnance	Proposition de H+	Remarques
<p>Art. 59, al. 1</p> <p><i>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: ...</i></p>	<p><i>Art. 59 al. 1</i></p> <p><i>Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (Diagnosis Related Groups), le fournisseur de prestations doit fournir les indications suivantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Date de facturation</i> • <i>Hôpital ou clinique / fournisseur de prestations</i> • <i>Patient</i> • <i>Numéro d'assuré NAVS13</i> • <i>Début et fin du traitement (durée)</i> • <i>Numéro SwissDRG, y.c. degré de gravité</i> • <i>Montant de la facture AOS</i> • <i>Age</i> • <i>Sexe</i> • <i>Type d'admission et de sortie</i> • <i>Diagnostic principal</i> <p><i>Le fournisseur de prestations ne doit fournir ces données que si l'assureur peut produire un</i></p>	<p>Conformément à l'art. 42, le principe selon lequel les hôpitaux et cliniques doivent établir des factures traçables et contrôlables doit être respecté.</p> <p>En plus de l'examen de l'exactitude du montant des factures, les données prévues par la proposition de H+ permettent également de plausibiliser les DRG facturés. Des programmes informatiques sont à même de le faire.</p> <p>Le numéro d'assuré n'existe pas encore pour les nouveau-nés ou les personnes qui viennent d'arriver de l'étranger.</p> <p>Pour les analyses approfondies, les données médicales sont envoyées sur demande au médecins-conseil.</p>

Texte de l'ordonnance	Proposition de H+	Remarques
	<i>concept de données avec droits d'accès et archivage.</i>	Des conditions plus strictes en matière de protection des données doivent être faites aux caisses.
Art. 59, al. 2, 1ère phrase ² <i>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. ...</i>	<i>Droit actuel</i>	Il n'y a pas de raison de modifier cet article.
Art. 59, al. 2bis ^{2bis} <i>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</i>	<i>Sur la base d'une demande motivée, le fournisseur de prestations transmet les données médicales au médecin-conseil de l'assurance. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de la structure uniforme au niveau suisse des fichiers de données médicales en tenant compte de l'al. 2. La transmission des données médicales à l'assureur par le médecin-conseil est régie par l'art. 57 de la loi.</i>	

Texte de l'ordonnance	Proposition de H+	Remarques
<p><i>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.</i></p>		
<p>Dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008, al. 2bis, 2ter et 4 <i>^{2bis} Le monitoring selon l'al. 2 comprend en particulier, par fournisseur de prestations, l'évolution du nombre 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</i></p>	<p><i>Le monitoring comprend en particulier, par fournisseur de prestations, la qualité du codage et l'évolution des coûts <u>du volume des prestations</u> facturées par cas. Dans les conventions tarifaires, les assureurs et les fournisseurs de prestations s'entendent sur des mesures et des mécanismes de correction si le codage est inadéquat et en cas de hausse injustifiée des coûts <u>des volumes de prestations</u> facturées par cas.</i></p> <p><i>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 partie garantir qu'en plus des mécanismes de correction négociés dans les conventions tarifaires, des mesures de correction supplémentaires puissent être</i></p>	

Texte de l'ordonnance	Proposition de H+	Remarques
<p><i>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.</i></p>	<p><i>effectuées au niveau de la structure tarifaire.</i></p>	
<p>^{2ter} <i>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</i></p>	<p><i>Biffer</i></p>	

Texte de l'ordonnance	Proposition de H+	Remarques
<i>de la fixation par convention du CMI, rembourser les recettes supplémentaires l'année suivante. Les modalités de mise en oeuvre sont réglées entre les fournisseurs de prestations et les assureurs.</i>		
<i>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.</i>	<i>... Ces suppléments s'élèvent pour les cas facturés à 14-16%.</i>	Toutes les études menées en Suisse par des organismes neutres montrent que les coûts d'utilisation des immobilisations des hôpitaux se montent à 14-16% de l'ensemble des coûts. Un taux bas ne représente pas une économie à moyen et long terme, mais induit un report à plus tard des investissements nécessaires.
II <i>La présente modification entre en vigueur le 1er novembre 2011.</i>		