



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la statistique OFS
Section Services de santé
Jacques Huguenin
Chef de section
Espace de l'Europe 10
CH - 2010 Neuchâtel

Lieu, date
Interlocutrice

Berne, le 19 janvier 2017
Caroline Piana

Numéro direct
E-mail

031 335 11 53
caroline.piana@hplus.ch

Réponse de H+ à l'audition relative au «Règlement de traitement Données des fournisseurs de prestations selon l'art. 59a LAMal» du 16.9.2016

Monsieur Huguenin,
Mesdames, Messieurs,

Merci pour le courriel par lequel vous nous offrez la possibilité de nous prononcer le règlement précité. Nous saisissons volontiers cette occasion qui nous est donnée de prendre position. La réponse qui suit repose sur une enquête auprès de nos membres.

Remarques générales

En préambule, les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins souhaitent insister sur leurs deux principales préoccupations: d'une part, la charge administrative déjà importante pour eux ne doit pas être encore alourdie; d'autre part, ils devront être intégrés à temps au moment de l'élaboration de nouvelles modifications.

De manière générale, H+ approuve le projet soumis à audition. Le règlement de traitement établi par l'Office fédéral de la statistique explicite de manière compréhensible les droits et les devoirs des parties énumérées à l'art. 59a LAMal. Le règlement de traitement est à la fois très détaillé et clair. C'est important pour nous, puisqu'il s'agit de transmettre les données des fournisseurs de prestations aux acteurs de la santé les plus divers. La livraison de données à l'OFSP et au Surveillant des prix n'inspirent guère la critique. Celle destinée aux cantons est déjà plus problématique: elle soulève la question d'un pilotage des mandats de prestations sur la base de ces données (de prestations). Quant à la livraison aux assureurs, elle suscite les plus grandes réserves de la part des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins.

Des définitions plus précises seraient nécessaires pour certains contenus de données, par exemple pour les indicateurs de qualité. H+ l'avait déjà fait savoir dans sa réponse à la consultation relative au nouvel art. 59a LAMal du 11 août 2015 (annexe). Certains contenus de données, en particulier les prestations d'intérêt général, ne sont pas définis de manière uniforme – pas plus aux niveaux national que cantonal. Les retours des parties concernées, avant tout des hôpitaux et des cliniques, ne seront donc guère comparables.

Les hôpitaux sont satisfaits que les droits et devoirs découlant de l'art. 59a LAMal soient clairement fixés dans un règlement de traitement. Ce texte contraignant permettra d'éviter ou de limiter les malentendus et les contestations. Les hôpitaux approuvent également le fait que les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires soient soumis aux mêmes devoirs.

En revanche, il n'est pas satisfaisant que les autres assurances sociales ne soient soumises à aucune réglementation. Il faudra que cela soit le cas lorsque la LAA révisée prévoira l'application de la LAMal par analogie.

Avec le développement de structures tarifaires nationales supplémentaires (TARPSY, ST Reha) dans le secteur stationnaire, il est important qu'en collaboration avec les fournisseurs de prestations le règlement de traitement suive à temps et de manière continue les besoins et qu'il intègre notamment de nouveaux ou d'autres concepts. C'est le seul moyen de garantir que les établissements puissent procéder en temps voulu à des adaptations, souvent non négligeables, dans le relevé et la préparation des données.

Pour la communication des données des fournisseurs de prestations, le règlement se fonde sur l'art. 30b OAMal. Les assureurs reçoivent les données dans ce cadre. Mais il est prévu de livrer aux assureurs des données d'un niveau de détail qui va largement au-delà de l'objectif visé et qui leur confère des avantages concurrentiels (exemples: tableaux 14 et 15: Nombre de factures par garant / par instance d'envoi avec tous les détails // Nombre de patients par groupe d'âges en lien avec les diagnostics). Il convient donc de restreindre l'étendue des données à envoyer aux assureurs.

Les fournisseurs de prestations négocient les tarifs et les prix avec les assureurs et doivent justifier du caractère économique de ces prestations. Les données livrées confèrent aux assureurs un avantage dans les négociations. Il est extrêmement déroutant que les fournisseurs de prestations (H+) n'aient, quant à eux, pas à disposition les mêmes données que celles remises aux assureurs. Il y a là une distorsion volontaire de concurrence.

Remarques dans les détails

- Chiffres 1.2.3 et 4.4.2

Concernant l'anonymat et l'anonymisation: dans le relevé MARS, l'anonymisation a lieu lors du téléchargement (upload), ce qui n'est pas le cas pour le set de données médical, où ces dernières sont déjà cryptées avant l'upload. Nous ne considérons pas qu'il s'agisse là d'une anonymisation complète.

- Chiffre 2.2 **Tableau 1**

Le délai prescrit (28.02. sous «Périodicité (délai)») n'est pas réaliste. La livraison devrait intervenir lorsque la révision du codage a pris fin. Les données sont alors testées et définitives. Divers cantons fixent un délai encore plus précoce (par ex. ZH, le 28.02 pour la Statistique des hôpitaux). Cette situation n'est pas satisfaisante et ne contribue pas à améliorer la qualité des données. Les délais doivent être les mêmes pour tous les cantons.

- Chiffre 4.2, Tableau 2, let e)

L'indication du standard de présentation des comptes serait souhaitable ici.

- Chiffre 4.3.2 **d) Validation**

Même si le déroulement ne change pas par rapport à la situation actuelle, le fournisseur de données doit pouvoir télécharger à nouveau, dans un format lisible par ordinateur, les données qu'il a saisies ou uploadées, et cela afin de pouvoir valider ses indications et confirmer l'exactitude du contenu de la livraison.

- Chiffre 4.4.2 **Figure 6**

Même si le déroulement ne change pas par rapport à la situation actuelle, il manque un niveau intermédiaire entre la livraison des données par les hôpitaux / maisons de naissance et le cryptage par les autorités. Le retour de données livrées (en cas d'identification de problèmes) doit se dérouler sans cryptage supplémentaire pour que les données puissent être corrigées).

- **Chiffre 4.5**

La forme sous laquelle les données sont livrées n'est pas spécifiée. Est-ce un téléchargement ou un envoi? Quel est le format?

Quel destinataire reçoit quelles données? Il n'est malheureusement pas prévu d'en informer les fournisseurs de prestations.

Des termes peu clairs ne garantissent pas la sécurité du droit

Le règlement comporte une série de termes à clarifier, notamment:

- **Chapitre 6.1.1:**

«Prestations d'intérêt général» (PIG): comme nous l'avons déjà relevé en introduction, il n'y a PAS de définition des PIG uniforme au niveau national et définitive. Par voie de conséquence, il n'y a pas non plus de relevé des prestations d'intérêt général des hôpitaux disponible au niveau des cantons. Les données fournies par les hôpitaux et les cliniques seront donc peu homogènes et guère comparables. Nos membres craignent que ce flou ne soit source d'arbitraire.

«Anzahl Untersuchungen der Geräte»: il doit s'agir ici d'une erreur en allemand. Il faudrait vraisemblablement écrire «Anzahl durchgeführter Untersuchungen je Gerät». En français: «Nombre d'exams réalisés avec les appareils».

«Lits exploités et planifiés par activité»: il ne paraît guère pertinent de répartir les lits par activité. Selon la forme d'organisation au sein de l'hôpital, les services sont gérés de manière interdisciplinaire. Il n'y a pas de répartition stricte, en particulier des lits planifiés.

- **Tableau 5**

Identification: comment indiquer les structures centrales d'un groupement d'hôpitaux? Où apparaissent leurs EPT? Général/Sites: quelle est la définition exacte d'un site?

- **Tableau 8**

«Coûts par compte»: pour être exacte, la formulation devrait être «Coûts selon charge par nature».

«Revenus par compte»: pour être exacte, la formulation devrait être «Revenus selon revenus par nature».

- **Tableau 10**

Le groupement des données de cas dans la Statistique médicale selon la systématique GPPH n'est pas très pertinent. La systématique GPPH n'est pas réglementée au niveau national. Selon quels critères ce groupement doit-il être réalisé, si les systématiques GPPH ne sont pas appliquées de la même manière par tous les cantons?

- **Tableau 11**

Le tableau 11 comprend les champs «Cas selon le diagnostic principal» et «Cas par diagnostic». La différence entre les deux n'est pas claire: comment distingue-t-on le diagnostic principal du diagnostic?

- **Tableau 12:**

Champs «SwissDRG» et «Statut DRG»: quelles données sont relevées ici? Il convient de tenir compte du fait que l'organisation SwissDRG est également chargée des systèmes tarifaires des soins palliatifs stationnaires, de la psychiatrie, des transplantations (avec certaines exceptions)

et de la réadaptation (facultatif dès 2018, obligatoire dès 2020). Les versions des groupements GPPH et DRG doivent être mentionnées. La systématique GPPH soulève la question du choix du groupement: selon le GPPH ou selon les nombres minimum de cas?

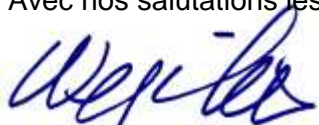
- **Tableau 15 et 17**

Les hôpitaux sont toujours mécontents des variables «Classifications des diagnostics utilisées» et «Répartition des codes de diagnostics les plus fréquents» dans le contexte des traitements ambulatoires. En effet, la définition de diagnostic est appliquée de différentes manières (par ex. diagnostic supposé, diagnostic confirmé ou diagnostic exclu). Il faut tenir compte de la qualité de ces sets de données dans le cadre des relevés MARS.

Nous recommandons d'examiner s'il ne serait pas plus judicieux d'utiliser le centre de prise en charge des coûts selon les directives de relevé de l'OFS.

Nous vous remercions de tenir compte de nos demandes et nous tenons volontiers à votre disposition pour toute question.

Avec nos salutations les meilleures



Dr. Bernhard Wegmüller
Directeur

Annexe