

À l'attention de la Commission
de la sécurité sociale et de la
santé publique (CSSS-CN)

8-4-6 / KB / lm / pch

Berne, le 28 juin 2019

Prise de position de la CDS sur l'lv. pa. 15.485 (Frehner) *Transparence sur les coûts des hôpitaux*

Madame la Conseillère nationale,
Monsieur le Conseiller national,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'opportunité de prendre position au sujet du dossier en objet lors d'une audition au sein de la CSSS-CN le 4 juillet 2019. Préalablement à l'audition, nous avons le plaisir de vous soumettre notre prise de position par écrit.

Le texte de l'initiative prévoit de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) « de manière à ce que les hôpitaux qui ne communiquent pas leurs données aux partenaires tarifaires de manière transparente et dans les délais soient sanctionnés par une réduction de 10 pour cent au maximum du tarif de référence. »

L'essentiel en bref

La CDS souscrit aux objectifs de l'initiative, qui vise à accroître la transparence des coûts dans les hôpitaux. Toutefois, compte tenu des mesures prises entre-temps, elle considère l'initiative obsolète et superflue et rejette donc une modification de la loi.

De plus, le montant de la sanction proposée d'une fourniture non transparente ou tardive des données par le biais d'une déduction tarifaire après le benchmarking est sans doute disproportionné.

Du point de vue des cantons, la transparence des coûts s'est nettement améliorée ces dernières années. Cela s'explique, entre autres, par les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière et l'examen de l'économicité ainsi que par l'échange de données CDS sur les coûts hospitaliers. À notre avis, plus que la mise en place d'une réduction à effet dissuasif, il est donc important d'introduire une réglementation dans la LAMal ou l'OAMal, qui permettrait aux partenaires tarifaires, aux cantons et à la Confédération de faire passer au niveau législatif la directive concernant la transparence des données.

Avant d'entrer en matière, nous souhaitons faire remarquer qu'il n'est pas clair comment il faut interpréter le terme « tarif de référence » : (a) comme le tarif fixé par le canton pour les traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'art. 41, al. 1^{bis}, LAMal ou bien (b) comme le tarif basé sur les coûts des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, c.-à-d. comme le benchmark établi par une comparaison d'établissements sur lequel doit se baser l'évaluation du tarif hospitalier d'un hôpital ou d'une maison de naissance, que les partenaires tarifaires ont soumis pour approbation ou fixation. Nous

considérons cependant comme plausible et partons ci-après du principe que la réduction proposée s'effectuerait sur le tarif de référence d'après l'interprétation (b).

En lien avec cette même initiative, l'Office fédéral de la santé publique avait invité la CDS déjà au mois d'août 2016 à répondre à un questionnaire détaillé sur la transparence des coûts et des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance. La réponse de l'époque de la CDS figure à l'annexe de la présente prise de position. Les observations formulées dans ce document ainsi que les mesures engagées depuis par la CDS en vue d'accroître la transparence des coûts des hôpitaux et des maisons de naissance n'ont rien perdu de leurs validité et pertinence.

Pour compléter le sujet, c'est avec plaisir que nous attirons votre attention sur certains développements qui ont eu lieu depuis 2016 dans ce domaine dans les cantons, partant à la CDS.

- Organisé chaque année par la CDS depuis 2016 en vue d'effectuer des comparaisons d'établissements dans des procédures de fixation des tarifs, l'échange des données sur les coûts des hôpitaux entre les cantons s'est depuis bien établi. Un nombre croissant d'hôpitaux et de maisons de naissance transmettent leurs données sur les coûts selon REKOLE® au canton d'implantation. Grâce aux clarifications effectuées entre les cantons et les fournisseurs de prestations, mais grâce aussi au contrôle systématique de la réception des données assuré par la CDS, l'exhaustivité et la qualité des données se sont continuellement améliorées au cours des années. Les différents instruments et instructions que la CDS met à la disposition de ses membres en vue du relevé et de la plausibilisation des données sur les coûts ont également été développés. Persiste toutefois le problème observé dès 2016, à savoir que les hôpitaux ne fournissent pas toujours les informations souhaitées conformément à l'OCP et en partie sans les données relatives aux recettes.
- Les [recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité](#) garantissent encore et toujours une détermination uniforme et cohérente des coûts pertinents pour le benchmark par unité de prestations. Adoptées aux mois d'avril 2017 et de mars 2018, les modifications apportées aux recommandations clarifient la délimitation des prestations d'intérêt général par rapport aux coûts imputables pour le benchmark (chap. 2.2.3, let. b). La CDS recommande en outre aux cantons de demander une présentation des coûts par cas pour chaque site (= hôpital). Les données sont intégrées site par site également dans la comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark. Cela permet d'augmenter la transparence analytique par rapport aux coûts d'exploitation des différents sites. La présentation de l'économicité réelle des sites accroît en outre la pertinence du benchmark. L'actuelle recommandation 14 qui conseille d'opérer une déduction par hôpital après le benchmarking, c.-à-d. sur la base du prix de base calculé, en cas de qualité insuffisante ou de manque de transparence des données, a été maintenue inchangée.
- Dans le cadre de la version révisée et adoptée en mai 2018 des [recommandations de la CDS sur la planification hospitalière](#), les recommandations 4 (caractère économique) et 12 (livraison des données) ont été précisées et développées. Il est désormais conseillé aux cantons de procéder à un examen de l'économicité au moyen de comparaisons d'établissements afin d'évaluer l'économicité d'un hôpital ayant soumis une demande et de s'appuyer dans la mesure du possible sur les données sur les coûts issues de la plate-forme d'échange de données CDS. En revanche, les cantons obligent les fournisseurs de prestations à livrer des données complètes et correctes dans les délais, entre autres les données sur les coûts selon les recommandations CDS sur l'examen de l'économicité. Dorénavant, les cantons peuvent aussi prévoir une publication des nombres de cas dans tous les groupes de prestations ou avec un degré de spécification plus élevé. Les hôpitaux sont tenus de fournir les données nécessaires à cette fin. La CDS conseille à ses membres d'ancrer dans le droit cantonal des sanctions contre toute infraction à l'obligation de fournir des données et d'y attirer l'attention dans le mandat de prestations. Les sanctions peuvent être de nature financière ou aller jusqu'au retrait du mandat de prestations. Cela soutient le caractère obligatoire de la fourniture des données.
- Avec ses recommandations et ses outils destinés à l'échange de données sur les coûts, la CDS a déjà fourni une contribution essentielle à la transparence des coûts des hôpitaux et des maisons de naissance et s'engagera à l'avenir aussi en vue d'un développement continu de ces instruments.

- Avec l'art. 49, al. 8, LAMal, le législateur a mandaté la Confédération de faire procéder à l'échelle nationale, en coopération avec les cantons, à des comparaisons d'établissements entre hôpitaux (notamment en ce qui concerne les coûts et la qualité des résultats médicaux). La mise en œuvre de ce mandat (au moins en ce qui concerne les hôpitaux de soins aigus et les maisons de naissance) a déjà commencé. À partir de l'année de données 2018, la Confédération s'appuie sur l'échange de données CDS pour la publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité aux termes de l'art. 49, al. 8, LAMal. Prévu dans le concept de mise en œuvre de l'OFSP, le système de signalisation tricolore qui traduit le résultat de la plausibilisation des données pour chaque hôpital est censé améliorer la transparence de l'exhaustivité et de la qualité des données de base fournies tout en augmentant la pression sur les hôpitaux afin qu'ils communiquent leurs données sur les coûts aux partenaires tarifaires et aux cantons dans les délais impartis.

Une transparence accrue des coûts encourus par les hôpitaux est aussi dans l'intérêt des cantons en leur qualité d'autorités qui approuvent et fixent les tarifs. C'est pourquoi la CDS souscrit à l'orientation générale de l'initiative parlementaire 15.485. L'exclusion du benchmarking en raison d'une fourniture des données hors délai ou non transparente n'ayant pas, à elle seule, de répercussions négatives sur l'hôpital, la CDS conseille aux cantons de procéder, en cas de qualité insuffisante ou d'absence de transparence des données, à une réduction de 1 % à 8 % – selon le défaut constaté – du tarif de référence calculé dans le cadre de la fixation du tarif. Ces réductions ne sont pas trop modérées : une réduction de 1 % à peine peut en effet correspondre à une pénalité de plus de 500 000 francs pour de nombreux hôpitaux, en fonction de leur chiffre d'affaires bien entendu. Du point de vue de la CDS, une réduction de 10 % serait disproportionnée. En conséquence, il faudrait veiller à ce que l'évaluation de la fixation demeure à la discrétion du canton.

À notre avis, plus que la mise en place d'une réduction à effet dissuasif, il est important d'introduire une réglementation dans la LAMal ou l'OAMal, qui permettrait aux partenaires tarifaires, aux cantons et à la Confédération de faire passer au niveau législatif la directive concernant la transparence des données. Elle mettrait aussi au point quelles seraient les exigences minimales à remplir par rapport à la transparence. D'un point de vue juridique, ces exigences figurent à l'OCP mais la CDS estime que celle-ci ne va pas assez loin (cf. recommandations sur l'examen de l'économicité). Il serait par exemple envisageable de prévoir un nouveau paragraphe dans l'OCP qui permettrait à la Confédération (DFI) d'édicter des dispositions sur la transparence minimale, autrement dit de concrétiser les prescriptions de l'OCP. Sans cela, il manque une référence légale pour évaluer si la transparence est « suffisante » ou « absente ».

En vous remerciant de bien vouloir prendre acte de notre prise de position, nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Madame la Conseillère nationale, Monsieur le Conseiller national, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.



Heidi Hanselmann, Conseillère d'État
Présidente CDS



Michael Jordi
Secrétaire général

Annexe

Réponse de la CDS du 5.10.2016 à l'OFSP au sujet de la « Bestandesaufnahme zur Transparenz der Kosten und Leistungen der Spitäler und der Geburtshäuser » (« Inventaire de la transparence des coûts et des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance »)



Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Bern, 05.10.2016

47.2/SL

Bestandesaufnahme zur Transparenz der Kosten und Leistungen der Spitäler und der Geburtshäuser

Sehr geehrte Frau Schneider
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 29. August 2016, mit welchem Sie uns um Auskunft bezüglich der Transparenz der Kosten und Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz bitten. Sie haben uns zu diesem Zweck einen detaillierten Fragebogen zukommen lassen. Nach Diskussion in der GDK-Kommission "Vollzug KVG" nehmen wir hier gerne zu dieser Thematik Stellung, erlauben uns jedoch vorab folgende Bemerkungen:

Es ist der GDK wie auch den Kantonen nicht möglich, die erforderlichen erheblichen Ressourcen einzusetzen, um uns innerhalb einer so kurzen Frist in diesem komplexen Themenfeld einen Gesamtüberblick verschaffen und über die in den Kantonen bestehenden, vielfältigen Ausgangslagen, aktuellen Problemstellungen und Lösungsansätze detailliert Auskunft geben zu können. Insofern können wir hier auch nicht im Einzelnen auf Ihren detaillierten Fragebogen eingehen.

Gleichzeitig möchten wir festhalten, dass es für uns schwierig ist, auf die Fragen, welche u.E. teilweise der Komplexität der Thematik und der Vielfältigkeit der Ausgangslagen und aktuellen Problemstellungen in den Kantonen nicht ausreichend gerecht werden, zu antworten. Uns ist bewusst, dass dies auch eine Konsequenz des grossen Zeitdrucks im BAG bei der kurzfristigen Erfüllung eines parlamentarischen Auftrags ist. Trotzdem erachten wir es in Bezug auf solche zweifellos sehr wichtigen Fragen als unabdingbar, dass eine vertieftere Auseinandersetzung mit der Problematik – beispielsweise im Rahmen der zwischen dem BAG und der GDK bereits laufenden Kontakte zu Fragen des Vollzugs des KVG – erfolgen kann.

Gerne sind wir jedoch bereit, unter diesen Voraussetzungen und im Rahmen unserer Möglichkeiten summarisch auf die aufgeworfenen Punkte einzugehen.



Zu Punkt 1, Datenlieferung

Die Praxis, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Zusammenhang (Spitalplanung, Anträge zur Tarifgenehmigung, Tariffestsetzungsverfahren, Betriebsvergleiche) die Spitäler den einzelnen Kantonen Angaben über Kosten und Leistungen zu liefern haben, ist sehr unterschiedlich. Die meisten Kantone regeln in ihrer kantonalen Gesundheitsgesetzgebung resp. im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e, welche Informationen ihnen zu welchem Zeitpunkt zu liefern sind. Eine Quantifizierung (und erst recht keine Differenzierung zwischen u.E. kaum klar abgrenzbaren Spitalkategorien wie "öffentlich", "privat", "allgemein", "spezialisiert") der Spitäler, welche keine Angaben liefern, ist uns nicht möglich. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Kantone eher mit der Problematik zu kämpfen haben, dass Ihnen die zum Zweck des Vollzugs des Krankenversicherungsgesetzes erforderlichen Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht in der notwendigen Qualität und Vollständigkeit vorliegen, als dass gar keine einverlangten Daten von den betreffenden Spitälern geliefert würden.

Zu Punkt 2, Zeitpunkt

Die VKL regelt, dass die Spitäler die Kostenrechnung jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ab dem 30. April des Folgejahres bereitzustellen haben. Mit dieser Regelung ist keine "automatische" Lieferung der Informationen an die Kantone verbunden. Wie unter Punkt 1 dargestellt, ist die Praxis, zu welchem Zeitpunkt die Spitäler systematisch oder im Rahmen eines einzelnen Geschäfts Daten an die Kantone zu liefern haben, unterschiedlich. Für die Kantone ist entscheidend, dass die Spitäler die erforderlichen Informationen auf die entsprechenden Zeitpunkte hin vorlegen können. Inwieweit diese Informationen in den einzelnen Spitäler jeweils per 30. April vollständig vorliegen, ist den Kantonen nicht zwingend bekannt. Insofern können wir hier leider keine näheren Angaben machen.

Zu Punkt 3, Fehlende Angaben

Aus den Ausführungen zu den Punkten 1 und 2 ergibt sich, dass es nicht möglich ist, verallgemeinernde Aussagen darüber zu machen, wie viele Spitäler unvollständige Daten liefern und welche Angaben der Spitäler bei einer Datenlieferung fehlen. Im Rahmen eines von der GDK organisierten Austauschs der Kostendaten unter den Kantonen zwecks Durchführung von Betriebsvergleichen in Tariffindungsverfahren, welche den Anforderungen nach VKL und den vom Bundesverwaltungsgericht geklärten methodischen Prinzipien genügen, fordern ab diesem Jahr alle Kantone systematisch die Kostendaten der Spitäler ein. Als Instrument dient in diesem Zusammenhang das von Hplus entwickelte Tarifmodell ITAR-K, welches die gemäss Kostenrechnung der Spitäler ausgewiesenen Kosten den einzelnen Tarifwerken (Kostenträgern) zuweist. In diesem Rahmen steht die Thematik von gänzlich fehlenden Daten weniger im Vordergrund als die Problematik, dass Daten nicht in der erforderlichen VKL-Konformität geliefert werden. Die hängt einerseits damit zusammen, dass die für die Kostenrechnung in den Spitälern etablierte Branchenlösung REKOLE nicht in allen Belangen mit den Vorgaben nach VKL kompatibel ist (z.B. bezüglich Ermittlung der Anlagenutzungskosten) resp. die den bestehenden Instrumenten (z.B. ITAR-K) hinterlegte Methodik zur Abgrenzung von Kostenelementen, die innerhalb oder ausserhalb der OKP-Pflicht liegen, in bestimmten Aspekten (z.B. Ausscheidung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre, Abgrenzung der Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten) noch nicht ausreichend konsolidiert (und in diesem Zusammenhang auch Gegenstand aktueller gerichtlicher Auseinandersetzungen) sind. Mitunter problematisch für die Kantone ist, dass in gewissen Bereichen die



Plausibilisierung von ausgewiesenen Kostendaten nur bei Vorliegen von Erlösdaten sachgerecht erfolgen kann, zu deren Bereitstellung die VKL jedoch nicht explizit verpflichtet und deren Lieferung zum Teil von den Spitälern verweigert wird.

Zu Punkt 4, Konsequenzen auf Zulassungsebene

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit ist eines von mehreren Elementen, welchen bei der Beurteilung der Berücksichtigung eines Spitals im Rahmen einer bedarfsgerechten Spitalplanung nach Art. 39 KVG relevant ist. Grundsätzlich können fehlende oder intransparente Angaben von Spitälern zu einer Nichtberücksichtigung von Spitälern in der Spitalplanung eines Kantons oder der interkantonalen Spitalplanung im Rahmen der hochspezialisierten Medizin führen. Die konkreten Konsequenzen auf Zulassungsebene hängen vom Ausmass und der Bedeutung der fehlenden oder mangelhaften Daten in Bezug auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wie auch von der Gewichtung dieser Thematik bei einer Gesamtbeurteilung der Kriterien, welche ein Spital im Rahmen der Spitalplanung zu erfüllen hat, ab.

Zu Punkt 5, Konsequenzen auf Tarifebene

Gemäss gängiger und vom Bundesverwaltungsgericht bestätigten Praxis hat die Beurteilung der Spitaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG auf der Basis von Betriebsvergleichen zu erfolgen. Intransparenzabzüge auf den vom Spital ausgewiesenen Kosten, wie sie die Praxis vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung kannte, sind gemäss Rechtsprechung nicht mehr angezeigt, weil dies im Rahmen eines Benchmarkings zu Verzerrungen – auch zu Lasten der Spitäler mit transparent ausgewiesenen Kosten – führen würde. Die Konsequenz für die Kantone ist, dass Spitäler, welche Kosten ausweisen, die nicht plausibel sind und nicht korrigiert werden können, von einem Benchmarking ausgeschlossen werden sollen.

Aus Sicht der GDK sind aber Massnahmen zur Motivation der Spitäler, die Kostendaten in der notwendigen Qualität und Differenziertheit zu erheben und transparent und vollständig auszuweisen, notwendig und legitim. Gemäss Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (siehe www.gdk-cds.ch → Themen → Spitalfinanzierung) kann für ungenügende Datenqualität oder fehlende Datentransparenz ein spitalindividueller Abzug für Intransparenz nach Benchmarking, d.h. auf der ermittelten Baserate, erfolgen. Die GDK empfiehlt dabei folgende Abzüge:

- Kostenrechnung nach REKOLE vorhanden, aber fehlende VKL-Anlagebuchhaltung: Abzug 1%
- Kostenrechnung vorhanden, aber nicht nach REKOLE: Abzug 2%
- Kostenstellen-, aber keine Kostenträgerrechnung vorhanden: Abzug 4%
- Finanzbuchhaltung ohne Kostenstellen-/Kostenträgerrechnung vorhanden: Abzug 8%

Weitere 1% sollen abgezogen werden, wenn das Spital seine Daten nicht in der notwendigen Qualität und Transparenz zur Entwicklung der nationalen Tarifstruktur einreicht.

Zu Punkt 6, Beurteilung

Aus Sicht der GDK und der Kantone ist es notwendig, die Vergleichbarkeit der von den Spitälern gelieferten Kostendaten weiter zu verbessern. Laufende "Massnahmen" wie die Klärung von methodischen Fragen bei der Kostenherleitung durch die Rechtsprechung und entsprechende Anpassung von Instrumenten zur Kostenherleitung (z.B. ITAR-K), die Konsolidierung der Instrumente zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Kantonen (z.B. Empfehlungen Wirtschaftlichkeitsprüfung GDK, Austausch Kostendaten mit konsolidierten



Instrumenten und vereinheitlichten Plausibilisierungsregeln) sowie Massnahmen im Rahmen Spitalplanungs- und Tariffindungsverfahren tragen zu diesem Ziel bei.

Die GDK ist jedoch auch bereit und interessiert, zusammen mit dem Bund zu prüfen, inwieweit allfällige Anpassungen resp. Präzisierungen im Rahmen der VKL noch zusätzlich zu diesem Ziel beitragen könnten. Allerdings erfordert dies eine der aufgezeigten Komplexität angemessene, sorgfältige und präzise Auseinandersetzung mit den Problemstellungen und möglichen Lösungsansätzen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Im Namen der Kommission Vollzug KVG der GDK

Stefan Leutwyler
stellv. Zentralsekretär