



Projet SpiGes

Conception détaillée

Désignation du projet	NaDB Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes)
Mandant	Georges-Simon Ulrich
Chef de projet	Marco D'Angelo, Jacques Huguenin (suppléant)
Auteur	Équipe de projet SpiGes
Numéro IA	1510540 / NaDB SpiGes - TP Fach 1510527 / NaDB SpiGes - TP IT
Catégorie de projet	Projet GL / projet clé
Scénario / Type de projet	Projet statistique avec TIC

Modifications

Date	Version	Modification	Auteur
03.03.2022	1.3	Traduction de la version allemande (Version remaniée après consultation)	LING + Team Projet

Table des matières

1	Contexte, objectifs et conditions générales	4
1.1	Contexte	4
1.2	Objectif	5
1.3	Cadre et lien avec la stratégie.....	6
2	Description de la solution	8
2.1	Modèle cible	8
2.2	Contenu des données du projet SpiGes	11
3	Principes de base	18
3.1	Bases légales	18
3.2	Gouvernance.....	21
3.3	Participation des cantons et des entreprises hospitalières	23
3.3.1	Droits et obligations des cantons	23
3.3.2	Droits et obligations des entreprises hospitalières	24
3.4	Unité de relevé « cas »	24
3.4.1	Définition de cas	24
3.4.2	Délimitation temporelle du cas	25
3.5	Population de base	26
4	Relevé SpiGes	29
4.1	Préparation de la livraison des données.....	30
4.2	Plan de vérification.....	31
4.3	Processus de relevé	33
4.4	Traitement des données.....	36
4.5	Délais et sanctions	36
4.6	Révision de la liste des variables	39
5	Utilisation des données	41
5.1	Utilisation conformément à la LAMal	41
5.2	Utilisation selon la LSF	44
6	Prochaines étapes	45
6.1	Prochaines étapes du projet SpiGes	45
6.2	Autres étapes du développement.....	46
7	Annexes	51
7.1	Plateforme de relevé cantonale et SpiGes	51
7.2	Modèle de la population de base.....	52
7.3	Glossaire	53

La présente conception détaillée du projet SpiGes sert à informer les parties prenantes. Elle décrit le futur **relevé SpiGes** qui résulte des travaux du projet *SpiGes* et a été soumise aux partenaires pour consultation. La présente version de la conception technique sera complétée d'une conception de sécurité de l'information et de protection des données, d'un règlement de traitement technique et d'un *règlement de traitement* en matière d'utilisation des données LAMal. La solution technique sera mise en œuvre dans le cadre d'un sous-projet distinct.

Le **chapitre 1** présente la situation initiale, les objectifs et le cadre du projet *SpiGes*.

Le **chapitre 2** décrit la solution trouvée en collaboration avec les parties prenantes pour atteindre l'objectif de la mise en œuvre du principe « *Once-Only* » (à savoir l'utilisation multiple des données et l'allègement de la charge pour les entreprises hospitalières). Les contenus des données sont présentés à titre de solution pour l'extension du relevé prévue.

Le **chapitre 3** présente, à titre d'exigences minimales, les bases légales, les rôles et les tâches des partenaires du relevé, tout comme il définit les termes *unité de relevé* pour les cas ainsi que *population de base interrogée*.

Le **chapitre 4** dresse la chronologie des étapes du relevé, en particulier les vérifications, le traitement du contenu des données pendant le relevé et les tâches des partenaires.

Le **chapitre 5** documente les aspects légaux, contextuels et temporels de l'utilisation des données.

Le **chapitre 6**, destiné à informer les parties prenantes, résume les objectifs atteints par le projet *SpiGes* ainsi que les points qui seront mis en œuvre ultérieurement de manière modulaire.

Un glossaire explicite les mots en italique ainsi que les abréviations.

1 Contexte, objectifs et conditions générales

1.1 Contexte

Dans le domaine de la santé, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a un double mandat légal. Il relève les données des fournisseurs de prestations tant à **des fins statistiques qu'à des fins administratives**. L'avantage de cette approche est d'éviter les doublons autant que possible, et donc de réduire la charge de travail pour les fournisseurs de prestations.

Tant le processus de relevé que la structure informatique sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. En outre, se contenter d'un seul relevé pour parvenir à ces deux fins s'avère aussi judicieux qu'efficace tant pour déterminer la *population de base* qu'en matière de contenu des données. En vertu de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), le principal objectif administratif de l'utilisation des données est le contrôle périodique du caractère économique et de la qualité des prestations. La base légale qui permet à l'OFS de relever des données statistiques est la (LSF, RS 431.01).

Aujourd'hui, les entreprises hospitalières doivent livrer leurs données à l'OFS via trois plateformes / relevés, sachant que la *population de base* de ces trois relevés recourt à des identifiants d'entreprise différents (cf. Illustration 1).

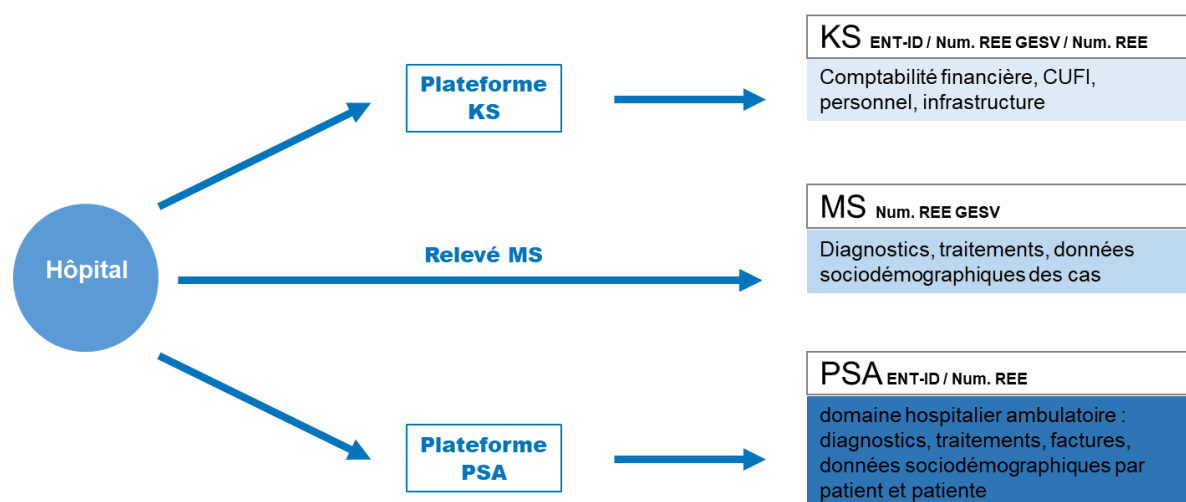


Illustration 1: Relevés OFS dans le secteur hospitalier, situation actuelle

D'autres acteurs que l'OFS collectent des données auprès des hôpitaux, données qui coïncident partiellement avec celles recueillies par l'OFS. Force est donc de constater que ces solutions ne sont harmonisées ni en termes de contenu et de processus des données, ni en termes d'infrastructures techniques et d'utilisation des données. Cette approche présente deux défauts : non seulement les entreprises hospitalières doivent investir de plus en plus de temps et de ressources pour fournir les données, mais en plus il en résulte des divergences en matière de contenu des données collectées ou utilisées par les différentes parties prenantes, ce qui nuit à l'efficacité, à la transparence et à la qualité (comparabilité).

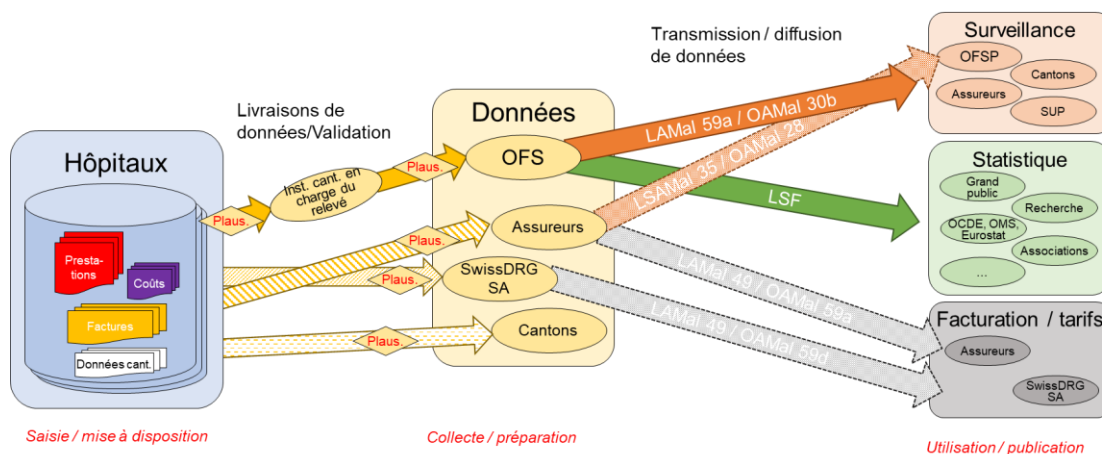


Illustration 2: données hospitalières, situation actuelle

L'arrêté du Conseil fédéral du 27.9.2019 « Utilisation multiple de données (mise en œuvre du principe « Once-Only »)¹ » a lancé le programme « Gestion nationale des données » (*NaDB*)² à l'OFS. Le projet « **Séjours stationnaires en hôpitaux** » (*SpiGes*) fait partie des projets pilotes de ce programme. Il a pour but d'optimiser les flux de données et de couvrir les besoins en données des parties prenantes: en effet, en 2020, l'OFS a reçu le mandat de mettre en œuvre un projet pilote pour l'application de la LAMal et de la LSF³ dans le domaine stationnaire, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les cantons (Conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé, CDS) et les partenaires tarifaires en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). L'accent est mis sur l'utilisation multiple des données relatives à la santé dans le domaine hospitalier stationnaire et sur l'utilisation d'une plateforme d'interopérabilité (IOP) en cours d'élaboration.

1.2 Objectif

L'étude et le plan de gestion du projet détaillent les objectifs de ce projet. Entretemps, les discussions avec les parties prenantes (OFSP, CDS, association H+, SwissDRG SA, assureurs-maladie) pour définir le modèle cible ont permis d'affiner les objectifs pour les soins hospitaliers stationnaires :

- harmoniser les flux de données / éviter les relevés redondants ;
- réduire la charge pour les hôpitaux qui fournissent les données ;
- définir un seul jeu de données de base pour les trois utilisations centrales (LSF / LAMal – systèmes tarifaires SwissDRG SA – négociations tarifaires des hôpitaux) ;
- étendre le contenu de la statistique médicale des hôpitaux : intégrer la statistique des coûts par cas et les variables manquantes / système flexible pour les besoins futurs ;
- identifier clairement les entreprises et les sites hospitaliers pour le projet *SpiGes* mais aussi pour l'ensemble du système de santé ;
- utiliser le *numéro AVS* pour améliorer la qualité des données et permettre des appariements par l'OFS comme par des tiers ;
- définir les variables de manière uniforme -> publier les *métadonnées* pour tous les utilisateurs de données via la plateforme IOP ;

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.gnpdetail.2019-0632.html>

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/nadb/nadb.assetdetail.12307209.html>

³ RS 431.01

- élargir l'utilisation des données et l'accès pour les tâches et besoins actuels (ordonnance LAMal, règlement sur le traitement des données, besoins en matière de recherche, etc.).

L'illustration suivante montre l'extension du contenu des relevés auprès des hôpitaux⁴ à l'OFS visée par le projet SpiGes et la simplification des identifiants d'entreprise :

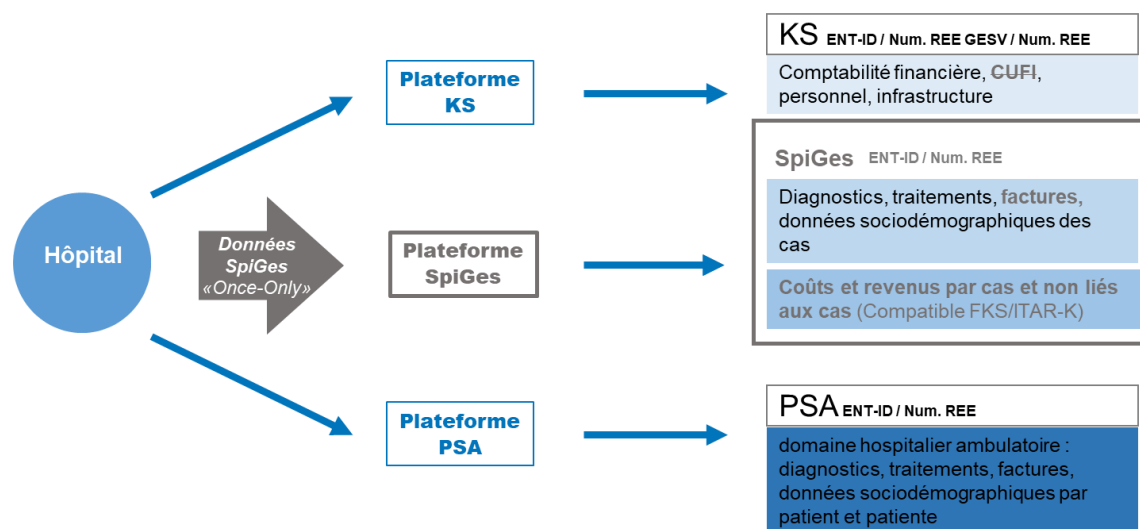


Illustration 3: Relevés auprès des hôpitaux – une fois le projet SpiGes mis en œuvre

1.3 Cadre et lien avec la stratégie

Le projet *SpiGes* soutient différentes stratégies et mesures définies par le Conseil fédéral :

- Arrêté du Conseil fédéral « Utilisation multiple de données (mise en œuvre du *principe Once-Only*) », EXE 2019.2009;
- Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030, Santé 2030 : une priorité stratégique figure au point 1.1 de ladite stratégie : « mieux utiliser le potentiel existant des données de santé et promouvoir de manière coordonnée la numérisation dans le système de santé » ;
- Mandat parlementaire (CSSS-E) pour une stratégie cohérente en matière de données dans la LAMal. Dans le cadre des mesures de réduction des coûts, le *DFI* a confié un mandat à l'*OFSP* afin d'augmenter la transparence des coûts de la santé et d'éviter les doublons : permettre l'accès aux « données LAMal » existantes → rapport d'expert Lovis⁵;
- Postulat 18.4102: stratégie cohérente en matière de données pour le système de santé. À un niveau supérieur, le projet pilote *SpiGes* soutient également les efforts de la Confédération pour mettre en œuvre ce postulat ;
- Stratégie pour une gestion commune des données de base (EXE 2018.2424) ;
- En ce qui concerne la transformation numérique, il existe au sein de l'administration fédérale des stratégies de nature générale (stratégie TIC, modèle cible pour la transformation numérique) ainsi que des stratégies spécifiques au domaine de la santé

⁴ Cf. chapitre 2.2 pour les changements de la KS dans le cadre du projet SpiGes.

⁵ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Kostend%C3%A4mpfung/bericht-lovis.pdf.download.pdf/Rapport_strategie-de-transparence-dans-le-domaine-des-coûts-et-prestations-de-sante.pdf

concernant l'amélioration de la gestion des données (cf. rapport du CF du 15 janvier 2022) ;

- Le rapport sur le Po. Humbel 15.4225, « Mieux utiliser les données médicales pour assurer l'efficience et la qualité des soins » montre comment les données médicales pourraient être réutilisées à des fins de recherche et exploitées en réseau ;
- La « Stratégie eHealth Suisse 2.0 » sert à introduire et à diffuser le dossier électronique du patient (DEP) et, en outre, à coordonner et à harmoniser la numérisation dans le système de santé⁶.

⁶ https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/F/rapport_interoperabilite.pdf

2 Description de la solution

2.1 Modèle cible

L'étude réalisée lors de la phase d'initialisation décrit les défis et les objectifs. Ceux-ci ont été affinés au cours du premier semestre 2021 dans le cadre d'un échange avec les parties prenantes. Il s'est avéré que la solution *SpiGes* (contenu des données, flux de données et processus de traitement) dépend en grande partie de l'utilisation des données prévue par la loi. Il a fallu des discussions intenses avec l'ensemble des parties prenantes pour tout d'abord dresser un tableau cohérent et complet de tous les besoins dans le domaine hospitalier stationnaire. Ce faisant, nous avons dégagé les quatre domaines principaux suivants en matière d'utilisation des données :

1. Statistique publique (LSF) ;
2. *Utilisation à des fins administratives* (LAMal) ;
3. Structures tarifaires (LAMal) ;
4. Négociations tarifaires (LAMal).

Dans le sens de l'utilisation multiple des données (principe « *Once-Only* »), il s'agit d'harmoniser les données hospitalières et de les collecter une seule fois pour toutes les utilisations. Les clarifications ont montré que le projet *SpiGes* est à même de remplir cette exigence dans la plupart des cas. Reste que les différents besoins en données ainsi que la logique de plausibilisation intrinsèque ne permettent pas encore une mise en œuvre intégrale de ce principe. La statistique publique et *l'utilisation administrative* recourent déjà aux mêmes « produits de données », la logique de plausibilisation applicable aux données hospitalières est donc la même. Toutefois la logique de plausibilisation pour les structures tarifaires et pour les négociations tarifaires n'est pas la même.

Processus	Utilisation des données	Données requises	Logique de plausibilisation
A	Statistique publique Utilisation à des fins administratives	Données médicales et économiques par cas et données financières agrégées des entreprises hospitalières	Cohérence globale, comparaison par canton, vérification des indicateurs, contrôle du caractère économique
B	Structures tarifaires	Données médicales et coûts par cas	Informations détaillées, tests spécifiques
C	Négociations tarifaires	Coûts par hôpital, données de référence, ITAR_K®, données médicales, propres collectes de données	Comparaison par hôpital, par tarif, contrôle du caractère économique, vérification de la codification des cas, du surcoût de la classe de traitement ou des coûts PIG

Tableau 1: processus de traitement des données A / B / C

Le modèle cible du projet de soins hospitaliers stationnaires montre schématiquement les différents éléments de la solution : jeu de données *SpiGes* « *Once-Only* », *plateforme de relevé SpiGes*, processus de traitement des données A / B / C, « produits de données » A / B / C.

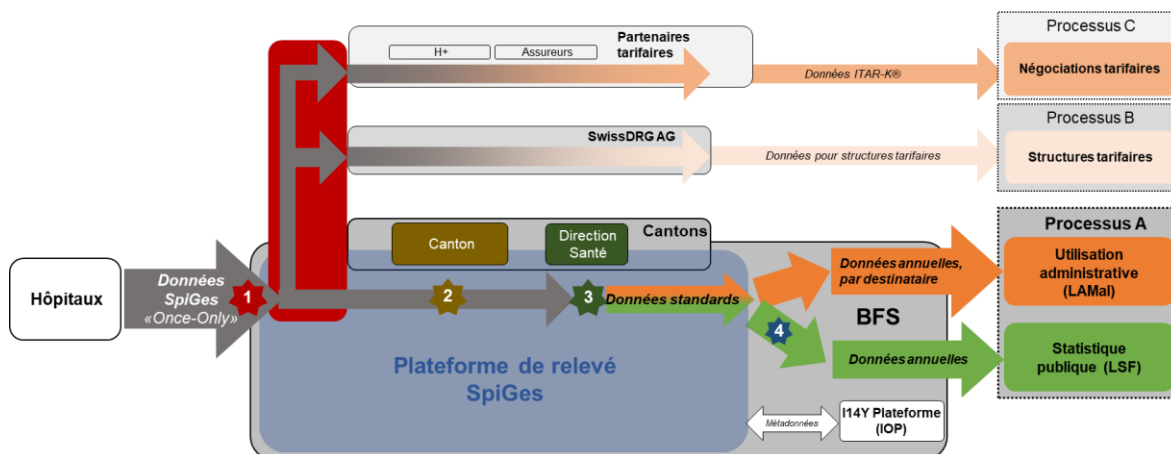


Illustration 4: Modèle cible SpiGes – processus A / B / C

La première phase du processus *SpiGes* (vérification autonome) génère un jeu de données standard uniforme qui est ensuite utilisé comme base pour tous les traitements de données subséquents (cf. valeur ajoutée du principe « *Once-Only* »). Pour ce faire, nous mettons la *plateforme de relevé SpiGes* à disposition des fournisseurs de données. L'importation des données sur la plateforme lance une vérification automatique des données. Cette vérification permet de créer une base de données qui répond aux exigences qualitatives minimales pour l'utilisation multiple de ces données. La principale livraison des données se fait de manière centralisée via la plateforme de l'OFS. Il est possible de demander séparément de plus amples informations, de nature qualitative ou nécessaires pour réaliser un but particulier. Bien sûr, de telles demandes doivent être réduites au strict minimum.

Afin d'assurer la transparence et d'améliorer la qualité des données, les règles de vérification sont élaborées et harmonisées en collaboration avec les partenaires tarifaires, les cantons et *SwissDRG SA*. Une fois les données transmises, les résultats de cette vérification sont consignés (*Rapport national de vérification*) afin de servir de référence à la prochaine plausibilisation. L'illustration suivante montre les phases de relevé (cf. chapitre 0) du processus *SpiGes* (vérification automatique, plausibilisation, libération, *traitement* et utilisation) :

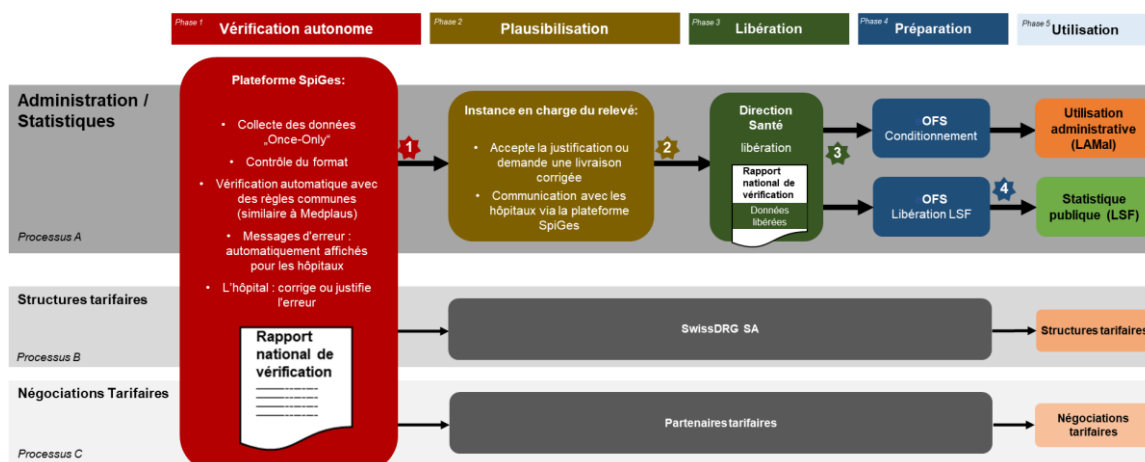


Illustration 5: Processus et phases du projet SpiGes

Le *jeu de données unifié SpiGes* est généré durant la première phase du processus *SpiGes*.

À partir de la deuxième phase du processus *SpiGes*, le traitement ultérieur des données varie en fonction de l'utilisation prévue par la loi. À long terme, il est prévu d'intégrer la vérification de plausibilité et le traitement des données selon le processus B (développement de la structure tarifaire) et selon le processus C (négociations tarifaires) au processus *SpiGes* (cf. 6.1 Étapes suivantes du projet *SpiGes*).

La plateforme *SpiGes* est conçue de sorte à permettre l'intégration complète des processus de traitement des données A / B / C. Nous mettrons ces prochains mois à profit pour chercher des solutions d'intégration pour les processus B et C qui prendront en compte les rôles et les délais tels que prescrits par la LAMal et les ordonnances y afférentes.

Par conséquent, en décrivant et en validant les données d'entrée, le projet *SpiGes* crée la base pour les « trois » processus pour

- Améliorer considérablement la transparence pour toutes les parties prenantes et pour découpler les flux de données,
- Permettre une utilisation multiple à des fins statistiques et *administratives*,
- Standardiser le support de données pour les données hospitalières stationnaires (élargissement du contenu, migration technique, etc.) et prévenir les collectes de données parallèles,
- Publier la description des données hospitalières stationnaires via la *plateforme d'interopérabilité (I14Y)*,
- Améliorer de manière générale tant la validation que la plausibilisation et établir une base uniforme pour les deux « besoins en données LAMal » que sont les structures tarifaires et les négociations tarifaires.

L'application du *principe « Once-Only »* dans le processus de relevé apporte une valeur ajoutée aux trois processus. En effet, le rapport national de vérification améliore la transparence et la disponibilité des données. La charge de travail des fournisseurs de données est en outre réduite. Dans l'ensemble, la qualité des données s'améliore par la mise à disposition du « *jeu de données SpiGes* » comme base de données uniforme, ce qui améliore l'interopérabilité tout en simplifiant l'application de règles de vérification communes.

Le principe « *Once-Only* » veut que les citoyens et les entreprises ne doivent communiquer qu'une seule fois certaines informations aux autorités et aux administrations. Cela ne signifie toutefois pas que l'OFS sera désormais responsable de la collecte de l'ensemble des données. Ainsi, les assureurs ont par exemple le droit de demander des données supplémentaires, non contenues dans *SpiGes*. Tant l'interface pour l'input que les métadonnées pour l'output seront accessibles au public via la *plateforme d'interopérabilité de l'OFS*.

Les explications à partir du chapitre 2.2 se réfèrent essentiellement au processus de données A. Elles peuvent différer pour les processus de données B et C.

2.2 Contenu des données du projet SpiGes

Les données dans le domaine hospitalier stationnaire sont catégorisées selon le traitement médical par patient, par cas et par établissement.

Les relevés des soins hospitaliers auprès de l'OFS peuvent être représentés comme suit à la fin du projet *SpiGes* :

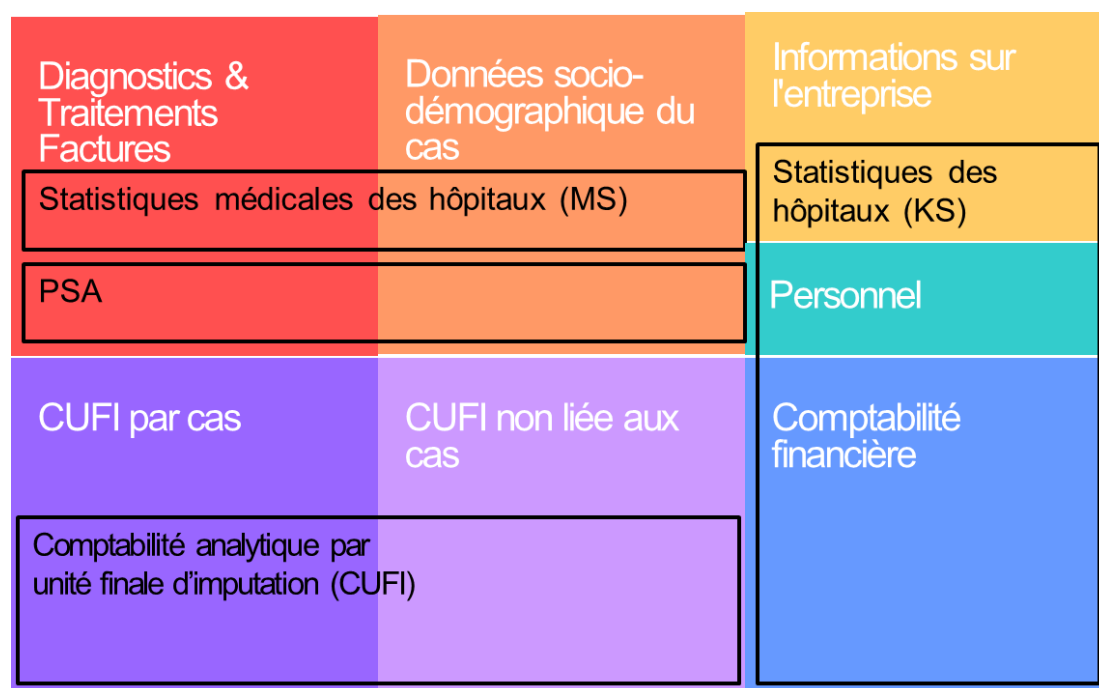


Illustration 6: Contenu des données des relevés du secteur hospitalier réalisés par l'OFS

Commentaires :

- Statistique des hôpitaux (KS) : données sur l'infrastructure, le personnel et la comptabilité financière (sans compte de coûts et de produits)
- Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire (PSA) : données de facturation relatives aux traitements ambulatoires
- Statistique médicale (MS) : informations sur les diagnostics et les traitements, ainsi que nouvelles variables *SpiGes*
- Nouveau relevé sur les coûts et les revenus par cas et par objet de coûts indépendant du cas (*CUFI SpiGes*)
-

Le présent document ne décrit que le contenu des données nouvellement collectées.

La mise en place du projet *SpiGes* a des conséquences sur la statistique des hôpitaux. Désormais, les coûts et les revenus sont relevés dans *SpiGes* et sont donc retirés de la KS à compter de l'introduction du relevé *SpiGes*.

La passerelle d'ajustement est affinée dans la KS, les types d'activité sont remplacés par le mandat de prestation du site hospitalier.

La conception détaillée actualisée KS expose l'ensemble des modifications.

Synthèse des contenus existants des données médicales des patients dans le domaine hospitalier stationnaire

L'*OFS* attribue à chaque établissement un type d'établissement en collaboration avec les services cantonaux compétents (**typologie hospitalière OFS**).

- Typologie K1 Hôpitaux généraux (hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée et soins de base)
- Typologie K2 Cliniques spécialisées (cliniques spécialisées en psychiatrie, en réadaptation, en chirurgie, en néonatalogie et autres cliniques spécialisées)

Dans le cadre de la statistique médicale, on collecte aussi les données statistiques relatives aux **décès** et aux **naissances** dans les hôpitaux. Pour les **nouveau-nés et les cas psychiatriques**, un **ensemble de variables élargi** est mis à disposition. Il doit obligatoirement être complété. Les hôpitaux collectent les données des patients de manière centralisée. Ils établissent le jeu de données avec les indications de diagnostic et de traitement codées. Les **chapitres** thématiques suivants sont conservés dans **la statistique MS actuelle** :

Données minimales

- Données générales relatives à l'établissement (identification de l'établissement) : numéros d'établissement (*n° REE*, ID du site, canton du site)
- Indicateurs anonymisés (patients) : code de liaison anonyme (CLA)
- Données sociodémographiques : âge, sexe, etc.
- Caractéristiques d'entrée et de sortie : date, séjour avant et après l'admission, etc.

Diagnostics et traitements

- Les diagnostics sont enregistrés selon la *CIM-10 GM* (German Modification) conformément aux règles du manuel de codage.
- En principe, le plus important est d'indiquer le diagnostic principal. La définition du diagnostic principal est celle de l'OMS. Le diagnostic principal est défini comme suit : « l'état qui est établi comme diagnostic à la fin du séjour hospitalier et qui a été la cause principale du traitement et de l'examen du patient ».
- Les traitements sont enregistrés selon la classification suisse des interventions chirurgicales *CHOP* conformément aux règles du manuel de codage.
- Selon la définition de l'*OFS*, dans le cadre du diagnostic principal, le processus de traitement (procédure chirurgicale, médicale ou diagnostique) qui a été le plus décisif pour le processus de guérison ou pour l'établissement du diagnostic est codé comme traitement principal. Les actes supplémentaires sont codés comme traitements secondaires.

Médicaments

- Indications sur les médicaments onéreux (selon prescriptions de *SwissDRG SA*).

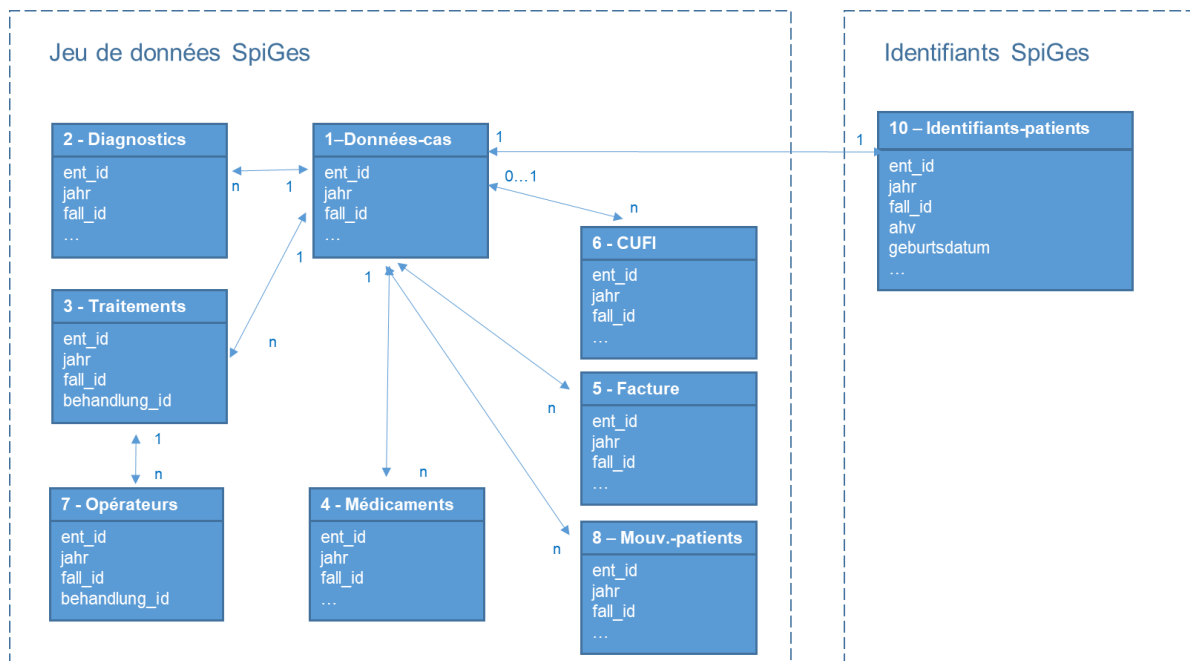
Résumé du contenu de données nouvellement relevé dans SpiGes

Le jeu de données complet du relevé *SpiGes* avec les spécifications est disponible sur le site Internet de l'OFS. Le tableau ci-dessous répartit les données en blocs thématiques et désigne les nouvelles informations à relever :

Chapitre / Tableau	Contenu
Données sur les cas	Identifiants des unités de relevé (ENT-ID, REE site, NPA, canton de domicile, etc.)
Diagnostics	Indications supplémentaires relatives aux diagnostics (p. ex. POA)
Traitements	Indications supplémentaires relevées par rapport aux traitements (p. ex. début du traitement y compris heure)
Médicaments	Indications supplémentaires relatives aux médicaments (élargissement du nombre)
Facture	Indications relatives à la facture (p. ex. montant, tarif, taux de base) selon norme du Forum sur l'échange de données
Comptabilité analytique par unité finale d'imputation (CUFI)	Coûts et produits selon le relevé de l'unité finale d'imputation selon REKOLE® pour tous les cas stationnaires et toutes les autres unités finales d'imputation (PIG, exploitations annexes, tarifs ambulatoires, etc.)
Médecins pratiquant les opérations (Uniquement si mandat cantonale)	Numéro GLN du médecin pratiquant l'opération, rôle lors de l'opération
Mouvements de patients	Entrée sur le site, sortie du site, sorties intermédiaires / réadmissions, vacances, contrôles de tolérance, traitements ambulatoires externes
Identifiants du patient	Numéro AVS, date de naissance (Relevés séparément pour des raisons de protection des données)

Tableau 2: Chapitre thématique relevé SpiGes OFS

Les données de la statistique médicale étaient réparties en différents jeux de données pour leur transmission : jeu de données minimal (MB), jeu de données complémentaire pour nouveau-nés (NM), jeu de données pour les patients en psychiatrie (MP) et jeu de données pour les groupes de patients (MD). Les variables de ces jeux de données seront désormais réparties différemment. Les données seront transférées en plusieurs tableaux thématiques d'une granularité uniforme. Cela présente l'avantage que de telles indications peuvent être relevées de manière illimitée (p. ex. un nombre potentiellement illimité de traitements au lieu de 50 au maximum, ou un nombre illimité de réadmissions au lieu de cinq au maximum).



Données sur les cas

Diagnostics

Traitements

Médicaments

Jusqu'à présent, l'OFS mettait ces champs à disposition de *SwissDRG SA* qui définissait quels médicaments devaient être livrés et la forme de la livraison.

Les données de facture fournissent une image précise et véridique du prix du séjour. Ces données se composent des informations de la facturation électronique. Elles apportent les détails des prestations facturées pour chaque cas, en fonction de l'unité finale d'imputation.

Il existe quatre identifiants dans le tableau *CUFI*, qui permettent de relier les données à divers niveaux d'agrégation :

- REE Site : site hospitalier
- Numéro de type *CUI* : unités finales d'imputation (c'est-à-dire la *CUI* relative ou non à des cas, p. ex. PIG)
- ID du cas : cas

L'ID du cas est techniquement nécessaire pour relier les différents jeux de données au niveau du cas. Le numéro de *CUI* est attribué à l'unité finale d'imputation. En conséquence, les coûts et produits sont relevés par unité finale d'imputation relative ou non relative à un cas (p. ex. enseignement et recherche). Pour pouvoir générer un ITAR-K, les coûts et produits sont aussi fournis par tarif ambulatoire.

Les coûts et produits sont présentés sur la base des numéros de type ou des centres de coûts définis dans *REKOLE*®. On distingue dans ce contexte, les coûts individuels directement comptabilisés sur les unités finales d'imputation et les coûts généraux comptabilisés sur les unités finales d'imputation via les centres de coûts.

Médecins pratiquant les opérations (Opérateurs)

Pour certaines opérations, certains cantons prescrivent un nombre de cas minimum pour les médecins pratiquant les opérations. Pour mettre en œuvre cette mesure, ils relèvent les numéros GLN des médecins pratiquant les opérations ainsi que leur rôle lors de l'opération. Ces indications peuvent être relevées de manière facultative (c'est-à-dire sur la base d'un mandat cantonal) via SpiGes.

Mouvements de patients

Il est apparu que de nombreux aspects temporels pouvaient difficilement être reproduits dans l'ancien jeu de données *MS* car il manquait des détails chronologiques pour le cas. Le nouveau tableau Mouvements des patients comble cette lacune. Il sera possible de saisir de manière illimitée les transferts vers d'autres sites de l'entreprise hospitalière, les sorties intermédiaires et les réadmissions, les tests de résistance, les congés et les traitements ambulatoires externes. De plus, on dispose ainsi d'informations plus précises sur la durée de chaque épisode.

Identifiants du patient

Avec le numéro AVS, on relève un nouvel identifiant personnel qui permettra vraisemblablement de mieux relier différents cas concernant une même personne. Dans le même temps, cet identifiant est très sensible car le numéro AVS pourrait potentiellement être relié à d'autres données. Des mesures complémentaires sont nécessaires pour réduire les risques correspondants. Une mesure est de communiquer les identifiants du patient séparément des autres informations et de les sauvegarder à un emplacement distinct.

Relevé du numéro AVS comme nouvel identifiant du patient

Avec le relevé *SpiGes*, on relève le numéro AVS comme identifiant personnel au lieu du code de liaison anonyme. Le relevé a pour but de suivre un maximum de cas de personnes hospitalisées à de multiples reprises afin de pouvoir calculer, par exemple, les taux de réadmission. Pour l'utilisation statistique, les données des patients du relevé *SpiGes* peuvent être reliées à d'autres jeux de données, en conformité avec les directives de l'OFS.

Couverture : la quasi-totalité des personnes hospitalisées disposent d'un numéro AVS. Seuls les touristes, les personnes en voyage d'affaires ou d'autres groupes de personnes restreints dans des conditions administratives particulières ne disposent pas d'un numéro AVS. Nous basant sur des analyses de données cantonales, nous admettons qu'en moyenne plus de 99% des personnes hospitalisées possèdent un numéro AVS. Cette proportion peut être légèrement plus faible dans certains cantons. Toutefois, elle ne devrait être inférieure à 98% dans aucun canton. De plus, les rares personnes sans numéro AVS présentent une probabilité de réadmission nettement plus faible, car les touristes rentrent souvent chez eux après le traitement, quitte à y être réhospitalisés si nécessaire. Les nouveau-nés disposent également d'un numéro AVS. Bien qu'il ne soit créé qu'après la naissance, il est disponible dans un bref délai.

Qualité des données : une autre condition pour une collecte complète est que les numéros AVS soient saisis de la manière la plus complète possible. Pour garantir la qualité des données, on contrôle le format des données et le code de vérification, mais aussi la concordance avec la date de naissance. Dans la mesure où ce système est nouveau, il faudra tester la procédure en temps utile. Les services Internet de la Centrale de compensation (CdC) peuvent également aider à vérifier les numéros AVS.

Historisation : afin que les données de la *MS* relevées jusqu'à présent permettent toujours de suivre les procédures de traitement et qu'il n'y ait pas de rupture de système, la CdC établira pour l'OFS une clé de conversion historisée du code de liaison anonyme vers le numéro AVS. Cela permettra de reproduire tous les codes de liaison anonymes historiques (y compris changement de nom) et de les attribuer à un numéro AVS. Par ailleurs, l'OFS dispose d'un système de suivi des numéros AVS permettant de reporter les changements du numéro AVS dans les jeux de données de l'OFS.

Sécurité et protection des données : conformément à l'article 153c LAVS, l'OFS peut utiliser le numéro AVS comme identifiant des personnes. Dans ce contexte, l'OFS respecte toutes les conditions cadres pour la protection des données personnelles. Les mesures techniques et d'organisation pour garantir la protection et la sécurité des données informatiques sont concrétisées dans le courant de la phase de conception et de réalisation (conception SIPD pour un besoin de protection accru). Dans la mesure où il s'agit de données personnelles sensibles, le projet est soumis au PFPDT.

Centres principaux de prestations médicales

Dans le cadre de la statistique des établissements stationnaires de santé, les hôpitaux doivent indiquer quels centres de coûts doivent être attribués aux cas d'hospitalisation dans leur établissement.

Si le patient est admis successivement dans divers services, on désigne comme centre principal de prestations celui qui assume la responsabilité médicale. Cette pratique - à savoir le principe du centre principal de prestations - sera maintenue également à l'avenir. En d'autres termes, on renoncera à relever plusieurs centres de coûts par hospitalisation.

Désignation des domaines médicaux / service	Centre principal de prestations OFS
Disciplines médicales (en général)	M000
Soins intensifs (en général)	M050
Médecine interne (en général)	M100
Chirurgie (en général)	M200
Gynécologie, obstétrique (en général)	M300
Pédiatrie	M400
Psychiatrie	M500 ⁷
Ophtalmologie	M600
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	M700
Dermatologie et vénéréologie (en général)	M800
Radiologie médicale	M850
Gériatrie et soins subaigus	M900
Réadaptation et médecine physique	M950 ⁸
Centre d'urgence	M960
Cabinet d'urgences des médecins	M970
Autres domaines d'activité	M990

Tableau 3 : Centres principaux de prestations

Délimitations

Il est apparu que les besoins de données primaires des parties prenantes peuvent être satisfaits avec les **données annuelles**. L'accent est mis sur le principe d'un rythme annuel. En conséquence, des données en cours d'année sont secondaires dans le projet *SpiGes*. Le projet *SpiGes* ne vise pas le relevé des données en cours d'année (p. ex. mensuel). L'utilité des données en cours d'année n'est pas contestée. Toutefois, la charge liée à celles-ci pour les fournisseurs de données ne se justifie pas encore. La priorité est clairement fixée sur les buts selon chapitre 1.2. La solution technique de *SpiGes* doit toutefois être conçue de manière à permettre une future intégration de flux des données à une fréquence plus élevée (en fonction des besoins) aux processus existants. Certains cantons ont besoin de plus de données que celles qui ressortent du relevé unitaire spécifique national. Dans l'étude sur *SpiGes*, ce besoin a été pris en compte, dans la mesure où, à des fins d'utilisation à l'échelon cantonal, il est possible de relever des **données cantonales** spécifiques supplémentaires sur la base d'une législation cantonale. Les vérifications relatives aux variables à relever ont en revanche révélé que, avec l'élargissement du jeu de données prévu dans *SpiGes*, pratiquement tous les besoins cantonaux pourront être couverts et que les données pourront être livrées par tous les hôpitaux. Reste à définir si le relevé de certaines variables spécifiques aux cantons est encore nécessaire. Même si cette possibilité est créée, il faudra régulièrement discuter de variables cantonales spécifiques au sein de la commission spécialisée *SpiGes* (cf. chapitre 3.2 **Gouvernance**) afin d'éviter qu'une même variable fasse l'objet de différentes définitions cantonales et de pouvoir ajuster rapidement le standard national à des besoins (cantonaux) élargis.

⁷M500 comprend toutes les formes de psychiatrie et donc également la psychiatrie des enfants et des adolescents, la psychiatrie forensique et la psychiatrie gériatrique.

⁸M950 comprend toutes les formes de réadaptation et donc également la réadaptation pédiatrique et gériatrique.

3 Principes de base

3.1 Bases légales

Dans le domaine de la santé, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a un double mandat légal. Il collecte des données auprès des prestataires de soins à la fois à des fins statistiques et administratives.

Le but d'utilisation statistique au sens de la loi sur la statistique fédérale (LSF, RS 431.01) concerne l'élaboration des bases de données statistiques par l'OFS, l'exploitation et l'analyse de ces données et la diffusion des résultats et des données individuelles sous forme anonymisée selon les principes de la statistique publique. Les dispositions d'exécution de l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (ordonnance sur les relevés statistiques ; RS 431.012.1) s'appliquent.

Le but d'utilisation administratif des données au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) comprend pour l'essentiel le contrôle par les cantons du caractère économique et de la qualité des prestations ainsi que la planification des soins (art. 59 a LAMal). Les dispositions d'exécution au niveau de l'ordonnance, en particulier celles de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) sur la collecte (art. 30 OAMal), le traitement (art. 30a OAMal), la transmission (art. 30b OAMal) et la publication (art. 31 OAMal) des données s'appliquent. Les hôpitaux livrent à d'autres fins d'utilisation les mêmes données conformément à la LAMal (p. ex. sur le développement de la structure tarifaire ou les comparaisons d'exploitation) à SwissDRG SA, aux assureurs, aux cantons ou à H+.

L'illustration ci-dessous détaille la situation actuelle :

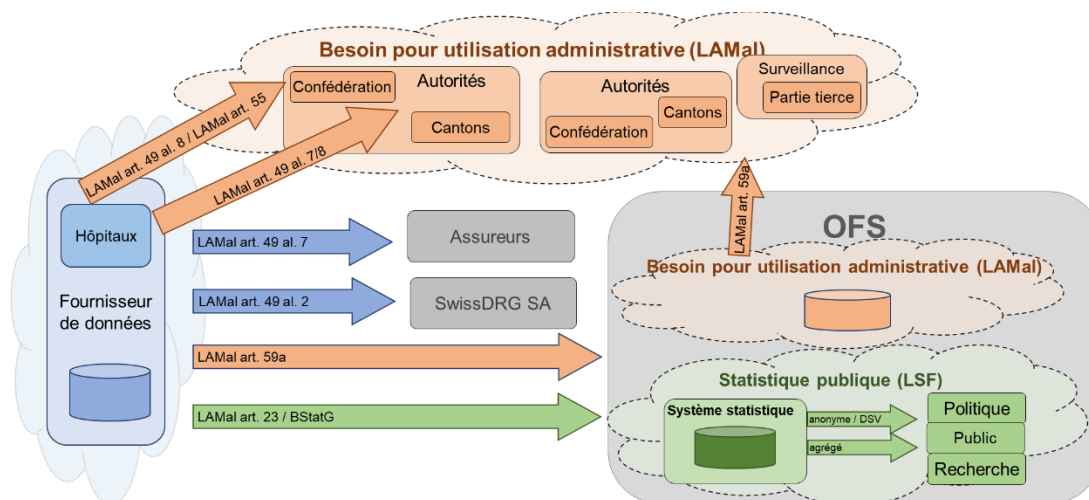


Illustration 8: Flux de données selon base légale « Situation actuelle »

Si la législation actuellement en vigueur permet déjà de mettre en œuvre le projet SpiGes, en vertu de la LSF et de l'art. 59a LAMal, des modifications d'ordonnances et de lois sont toutefois nécessaires pour atteindre l'ensemble des objectifs poursuivis et donner à l'OFS les moyens de collecter ces données de manière harmonisée, sous forme de jeu de données standard « Once-Only » (voir paragraphe suivant). Le projet doit également prendre en compte les questions juridiques soulevées dans les rapports concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts ainsi que dans le rapport Lovis sur la stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé de décembre 2019 ou encore dans le programme NaDB. Mentionnons également ici la mesure relative au registre des hôpitaux figurant dans le rapport du 12 janvier 2022 présenté au Conseil fédéral afin d'améliorer la gestion des

données, qui prévoit de réglementer l'accès public à l'identification harmonisée des entreprises hospitalières fondée sur les registres des acteurs de la santé.

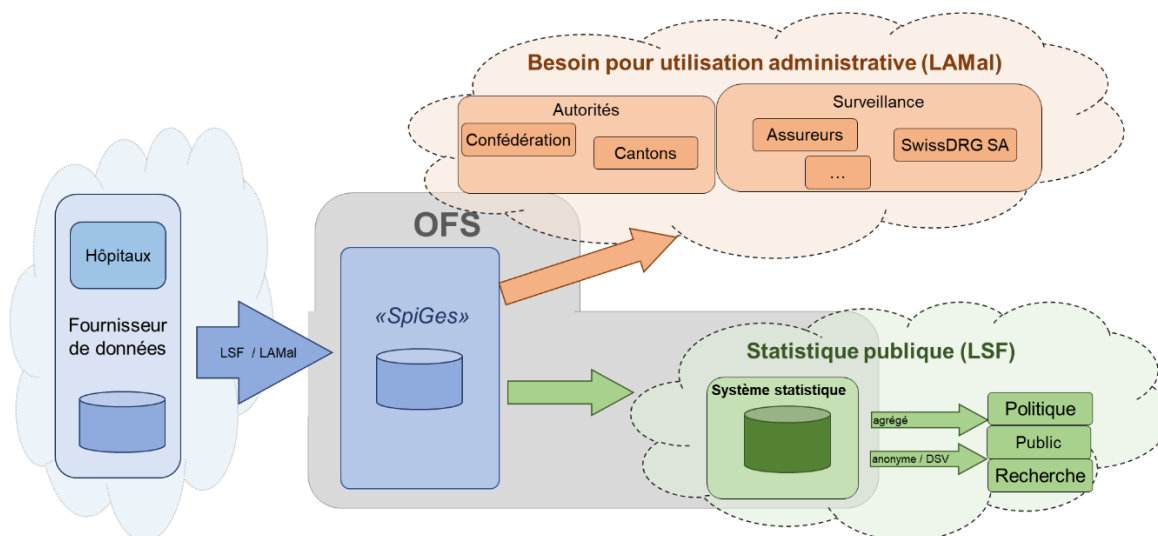


Illustration 9: Flux des données « Once-Only » selon base légale

L'OFS et l'OFSP ont identifié les modifications à apporter aux bases légales pour inscrire le principe « Once-Only » dans la LAMal. Les changements nécessaires concernent entre autres la collecte et la transmission des données livrées par les fournisseurs de prestations en vertu de l'art. 49 LAMal. À l'heure actuelle, les hôpitaux fournissent ces données directement aux partenaires tarifaires et à SwissDRG SA. À l'avenir, la gestion se fera selon le principe « Once-Only » : l'OFS collectera les données via sa plateforme Internet SpiGes et les transmettra aux partenaires tarifaires et à SwissDRG SA. La collecte centralisée des données prévue dans la NaDB nécessite toutefois des ajustements – au niveau des ordonnances et de la loi – dont la mise en œuvre est complexe. L'OFS, qui prévoit une révision totale de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1), déterminera les modifications nécessaires de concert avec l'OFSP. Quant à ce dernier, il est responsable des modifications d'actes législatifs dans le domaine qui relève de la LAMal. Il s'est en outre avéré en cours de projet que les données relevées dans le cadre du projet SpiGes doivent également être utilisées en dehors des champs d'application de la LAMal et de la LSF : tant les registres cantonaux des tumeurs, le registre du cancer de l'enfant (tâche fédérale) que la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) ont besoin, dans le cadre de leurs activités, d'avoir accès aux données d'hospitalisation. Dans ce domaine également, il revient aux services compétents d'évaluer les différentes options pour la mise en œuvre et les bases légales en vue de l'utilisation multiple des données.

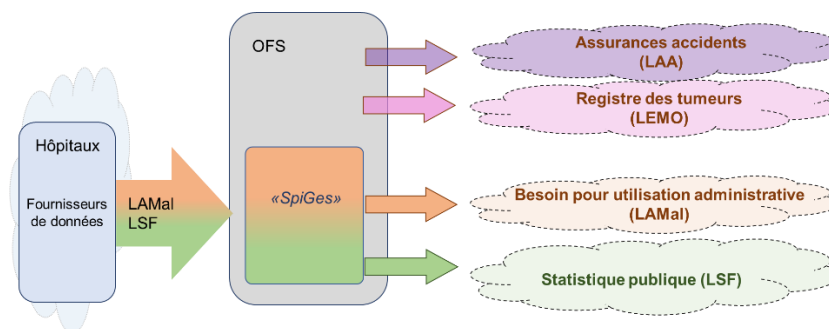


Illustration 10: Utilisation multiple en vertu des bases légales

Protection des données

Conformément à l'article 13 de la Constitution fédérale et à la loi fédérale sur la protection des données (LPD, RS 235.1), toute personne a droit à la protection de sa sphère privée ainsi qu'à la protection contre l'usage abusif de ses données personnelles. L'OFS respecte ces dispositions. Des mesures organisationnelles et techniques appropriées doivent assurer la protection des données personnelles contre tout traitement non autorisé. Selon la définition de l'art. 3 LPD, des données personnelles sensibles (données de patients) sont traitées dans le cadre du relevé *SpiGes*. Selon l'article 21 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD, RS 235.11), un règlement de traitement doit être établi pour de telles données personnelles, qui décrit en particulier l'organisation interne et les procédures de traitement des données et de contrôle, dans le but d'assurer une protection des données exemplaire et d'éviter toute violation des droits de la personnalité. Ce document interne fait partie intégrante du concept de sécurité de l'information et de protection des données (SIPD) qui synthétise les aspects relatifs à la sécurité de l'information et la protection des données dans le projet et est soumis au PFPDT.

Un identifiant personnel est nécessaire pour détecter les cas d'hospitalisation multiples et les traitements mis en œuvre. Désormais, il est possible d'utiliser le *numéro AVS* comme identifiant d'une personne dans le relevé *SpiGes*. Les conditions cadres pour l'utilisation systématique du numéro AVS sont réglées par la législation sur l'AVS.

Utilisation du numéro AVS

Le 18 décembre 2020, les Chambres fédérales ont adopté la modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) visant à habiliter les autorités à utiliser le numéro AVS (NAVS) de manière systématique. En vertu de l'art. 153c LAVS, les départements fédéraux peuvent désormais utiliser systématiquement le numéro AVS conformément à l'art. 50c. L'utilisation du numéro AVS visé à l'art. 50c est réputée systématique lorsque des données personnelles sont relevées de manière structurée et qu'elles contiennent l'intégralité, une partie ou une forme modifiée de ce numéro.

La LAVS prévoit les conditions cadres suivantes :

Mesures techniques et organisationnelles (art. 153d LAVS)

Les autorités, organisations et personnes habilitées à utiliser systématiquement le numéro AVS ne peuvent le faire que si elles ont mis en place les mesures techniques et organisationnelles suivantes :

- a. *Elles restreignent l'accès aux banques de données contenant le numéro AVS aux personnes qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches et limitent les **droits de lecture et d'écriture** des banques de données électroniques en conséquence.*
- b. *Elles désignent une **personne compétente** pour l'utilisation systématique du numéro AVS.*
- c. *Elles veillent à ce que les personnes disposant d'un droit d'accès soient formées, dans le cadre d'une formation ou d'une formation continue, à l'utilisation des numéros AVS uniquement pour leurs tâches et uniquement **conformément aux dispositions légales**.*
- d. *Elles mettent en place des mesures pour assurer la **sécurité de l'information** et la **protection des données** adaptées aux risques existants et à l'évolution de la technique ; elles veillent notamment à un **cryptage** à la pointe de la technique pour les jeux de données contenant le numéro AVS et transférés via un réseau public.*
- e. *Elles définissent la manière de procéder **en cas d'utilisation ou d'accès non autorisé** aux banques de données.*

Analyse des risques (art. 153e LAVS)

*1 Les unités suivantes réalisent périodiquement une **analyse des risques** qui prend en compte en particulier le **risque d'un regroupement non autorisé de banques de données** :*

- a. *Les départements fédéraux et la Chancellerie fédérale pour les banques de données qu'ils gèrent eux-mêmes et pour les banques de données gérées par les administrations, organisations et personnes définies à l'art. 153c, al. 1, let. a, ch. 2 et 4, les institutions de formation dans leur domaine*

- de compétence et les entreprises d'assurance privées définies à l'art. 153c, al. 1, let. b ;
- b. Les cantons pour les banques de données gérées par des unités de l'administration cantonale et communale et par des organisations et personnes définies à l'art. 153c, al. 1, let. a, ch. 4 et 5, pour autant que le droit cantonal ou communal applicable prévoit l'utilisation systématique du numéro AVS.

2 Dans la perspective de l'analyse des risques, elles tiennent un **répertoire des banques de données** dans lesquelles le numéro AVS est systématiquement utilisé.

Obligations de collaborer (art. 153f LAVS)

Les administrations, organisations et personnes qui utilisent systématiquement le numéro AVS doivent collaborer avec la **Centrale de compensation** dans le cadre de l'accomplissement de leurs tâches. Elles ont en particulier les **obligations de collaborer** suivantes :

- a. Elles adressent à la Centrale de compensation des **déclarations** sur l'usage systématique du numéro AVS.
- b. Elles autorisent les **contrôles de la Centrale de compensation**, mettent à sa disposition les données nécessaires à la vérification du numéro AVS et lui fournissent les renseignements nécessaires.
- c. Elles procèdent aux **corrections du numéro AVS** ordonnées par la Centrale de compensation.

3.2 Gouvernance

Après la mise en service du relevé « *SpîGes* », la concertation avec toutes les parties prenantes doit être poursuivie. Pour ce faire, on utilisera les organes et plateformes existants.

L'OFS assure la coordination des besoins avec toutes les parties prenantes. Dans l'esprit de la procédure définie par le Conseil fédéral pour la gouvernance des données,⁹ les principes fondamentaux du modèle de rôles peuvent également être repris pour les relevés dans le domaine hospitalier. En conséquence, l'OFS assume le rôle de gestionnaire des données de la statistique publique dans le domaine de la santé. Conformément à la LSF¹⁰, le **Groupe d'experts en statistique de la santé** conseille l'OFS pour les questions d'ordre supérieur relatives aux données de santé.

Pour que les relevés hospitaliers de l'OFS soient à jour, les classifications et les méthodes de fournisseurs tiers doivent être actualisées chaque année. De nouvelles variables, règles ou définitions concernant les données collectées par l'OFS doivent être mises en œuvre rapidement. Une nouvelle commission *SpîGes* sera mise en place à cet effet.

La **commission *SpîGes*** soutient l'OFS dans le développement du relevé *SpîGes* pour le domaine LAMal. Elle propose de nouvelles variables et règles de vérification afin de pouvoir mettre en œuvre efficacement les mandats LAMal dans le domaine du développement de la structure tarifaire, des négociations tarifaires, du contrôle du caractère économique (benchmark) et de la qualité ainsi que de la planification des soins. De plus, la commission obtient auprès des hôpitaux une estimation des coûts pour le relevé de nouvelles variables auprès des hôpitaux. Les dates de la planification annuelle des « releases » (cf. chapitre 4.5) sont également discutées au sein de cet organe.

La commission *SpîGes* élabore des recommandations pour les domaines suivants :

⁹ <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-86392.html>

¹⁰ ordonnance concernant l'organisation de la statistique fédérale, RS 431.011, art. 6

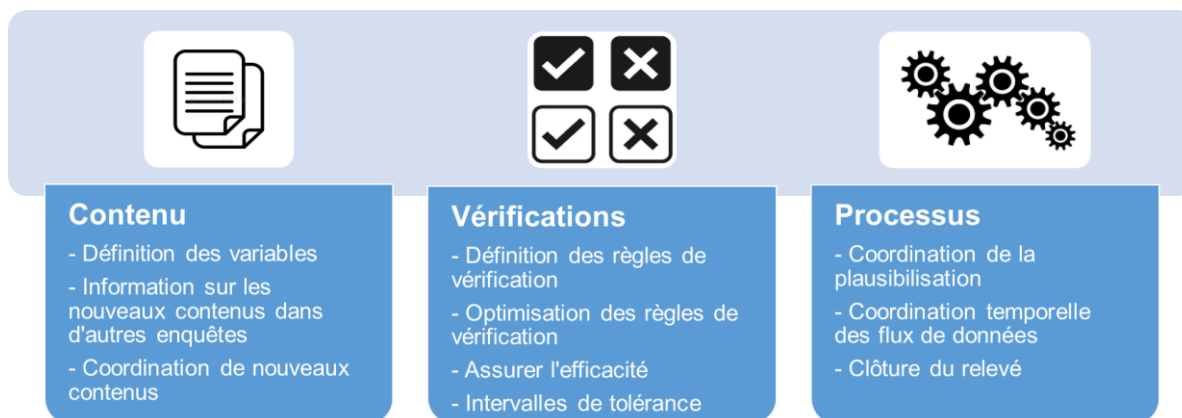


Illustration 11: Attributions de la commission SpiGes

La commission *SpiGes* se compose de représentants de l'actuel comité du projet ainsi que de la CORSTAT et de l'OFS pour l'aspect statistique. L'OFS en assure la présidence et le secrétariat. Pour le reste, la commission s'auto-constitue. Le tableau ci-dessous présente sa composition :

Partie prenante / groupe	Anzahl
CDS	1
Directions/offices cantonaux de la santé	2
Offices cantonaux de la statistique (CORSTAT)	2
Représentants des hôpitaux	2
H+, les hôpitaux suisses	2
SwissDRG SA	1
Assureurs	2
OFSP	2
OFS – Direction du groupe de travail	2
OFS – MS	1
OFS – GESB	1

Tableau 4 : Membres de la commission SpiGes

La commission *SpiGes* est régulièrement informée des décisions prises dans les groupes de travail et concernant ce sujet. Cela nécessite une coordination entre l'OFS et les parties prenantes mentionnées ci-dessous. Les organisations de parties prenantes coordonnent elles-mêmes leurs groupes de travail et fournissent un retour d'information consolidé à l'OFS.

La commission *SpiGes* est informée des décisions prises dans les groupes de travail suivants :

OFS :

- Groupe d'experts en classifications
- Groupe de travail pour le manuel de codage

H+ :

- Commission comptabilité et contrôle de gestion (REK)

- Commission d'experts tarifs
- Groupe de travail *ITAR_K*

SwissDRG SA :

- Commission coûts d'utilisation des immobilisations
- Groupe de travail révision du codage
- Groupe de travail définition du cas
- Groupe de travail médicaments onéreux
- Groupe de travail pour la statistique médicale et les données

CDS :

- Commission Application LAMal
- Groupe de travail Contrôle du caractère économique
- Groupe d'experts Contrôle du caractère économique MHS
- Organe spécialisé pour les questions tarifaires

3.3 Participation des cantons et des entreprises hospitalières

3.3.1 Droits et obligations des cantons

Les cantons ont un rôle particulier à jouer dans le relevé *SpiGes*. Les obligations des cantons sont énumérées ci-dessous :

Abrogations et créations

Les cantons annoncent à l'*OFS* (cf. Mise à jour de la *population de base*, page 30) les suppressions et les créations d'entreprises hospitalières, de maisons de naissance et des sites stationnaires ou ambulatoires correspondants.

Participation au relevé

Les cantons veillent à ce que les relevés soient effectués dans les entreprises hospitalières de leur domaine de compétence. Ils informent les entreprises des innovations prévues, que l'*OFS* communique directement aux cantons. Les cantons sont les premiers interlocuteurs pour les questions relatives au concept, à la technique ou aux contenus. Ils effectuent des vérifications d'entrée ainsi que des demandes de précisions et s'occupent des rappels. Jusqu'à fin juin de l'année de relevé, le canton veille à ce que les informations demandées aux entreprises et sites hospitaliers établis dans le canton et disposant d'une autorisation sanitaire soient correctes et complètes. En cas d'erreur, le canton vérifie la plausibilité des motifs indiqués par l'entreprise hospitalière sur le *rapport national de vérification* avant de les accepter. Les cantons ne doivent pas apporter de modifications aux données. Sinon, la cohérence de celles-ci n'est plus assurée.

Complément d'éléments de relevé et de la plausibilisation par les cantons

À des fins de plausibilisation, les cantons peuvent exporter les données et les soumettre à des vérifications cantonales supplémentaires. Par ailleurs, les cantons peuvent définir des

données complémentaires propres, mais ils ne peuvent pas modifier les définitions dans le jeu de données *SpiGes*. La *plateforme de relevé SpiGes* transmet les données complémentaires aux cantons sans les vérifier.

Libération des données et utilisation

Pour l'année de relevé concernée, l'office cantonal de la santé publique libère fin juillet les données des entreprises hospitalières situées sur son territoire pour une utilisation selon la LAMal. Après la libération, les offices cantonaux de la santé reçoivent les données consolidées pour une utilisation selon la LAMal. Cette utilisation se fait indépendamment du traitement et de la publication des données statistiques selon la LSF.

Les offices cantonaux de statistique respectent le Code de bonnes pratiques de la statistique publique et ne peuvent utiliser les données statistiques qu'après leur publication par l'OFS conformément à la LSF. Si les cantons disposent d'une base légale en matière de relevé cantonal des données, ils peuvent publier au préalable les données résultant de ce relevé.

Délégation des tâches relatives au relevé à des tiers

Les cantons peuvent confier la tâche de réaliser les relevés à d'autres institutions (privées). Dans ce cas, ces organisations sont également soumises à la LSF et doivent respecter les exigences en matière de protection des données.

3.3.2 Droits et obligations des entreprises hospitalières

Les entreprises hospitalières soumises à l'obligation de renseigner doivent fournir toutes les informations demandées de manière correcte et complète¹¹ et les transmettre dans les délais à l'autorité cantonale compétente via la *plateforme de relevé SpiGes*¹². Tous les messages d'erreur doivent être corrigés dans la mesure du possible. Si une erreur ne peut pas être corrigée, elle doit être justifiée en utilisant la fonction Commentaire de la plateforme. Le canton décide si cette justification peut être acceptée. Les entreprises hospitalières sont elles-mêmes compétentes et responsables d'harmoniser le relevé des données conformément aux directives de l'OFS avec leurs systèmes d'information cliniques. Les fabricants des systèmes d'information hospitalières, ou des tiers, doivent assurer l'assistance de ces bases de données, les adapter et les développer.

À des fins administratives, les hôpitaux sont responsables de leurs données définitives et des justifications des vérifications. Ni le canton ni l'OFS ne peuvent les modifier. Les cantons et l'OFS peuvent uniquement évaluer la plausibilité des données. Font exception les corrections de données visant à éliminer les incohérences à des fins statistiques.

3.4 Unité de relevé « cas »

3.4.1 Définition de cas

Traitements stationnaires

La définition du cas stationnaire se fonde sur 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). Selon l'art. 3 OCP, un traitement stationnaire correspond à un séjour d'au moins 24 heures dans un hôpital ou une maison de

¹¹ art. 30a, al. 1, OAMal

¹² Pour autant que l'*instance cantonale en charge du relevé* ne prévoit pas une autre forme de relevé.

naissance pour un examen, un traitement ou des soins. Les séjours de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit ou un transfert vers un (autre) hôpital sont également considérés comme des traitements stationnaires. Il en va de même en cas de décès. Ces directives légales sont précisées dans les règles de facturation sous *SwissDRG*, *TARPSY* et *ST Reha*. Ces documents sont disponibles sur le site Internet de *SwissDRG SA*.

Traitements ambulatoires

Sont considérés comme traitement ambulatoire selon l'art. 49, al. 6, LAMal, tous les traitements qui ne sont pas des traitements stationnaires (cf. art. 5, OCP). Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit qui font partie d'un plan thérapeutique médical, par exemple en psychiatrie, pour des chimiothérapies ou des radiothérapies, des dialyses, des traitements hospitaliers contre la douleur ou des physiothérapies sont catégorisés comme ambulatoires.

Identifiants de cas et de patients

Les éléments de relevé se référant à un cas utilisent systématiquement l'ID de ce dernier à titre d'identifiant. Cet identifiant remplace le numéro de cas de la statistique des coûts par cas.

L'**identifiant du cas** est l'ID du cas qui apparaît dans chaque partie du relevé se rapportant à un cas. Le code de liaison anonyme est remplacé par le **numéro AVS** comme **identifiant anonyme du patient**. Celui-ci permet de relever le nombre de « cas », mais aussi de calculer le nombre de patients.

3.4.2 Délimitation temporelle du cas

Chaque cas saisi est caractérisé par ses dates d'entrée et de sortie. L'OFS distingue les types de cas suivants :

- **Les cas A** : cas les plus fréquents dont la date de sortie se situe entre le 1^{er} janvier de l'année des données et le 31 décembre de l'année des données. Les diagnostics et traitements sont relevés et il est possible de calculer une durée de séjour.
- **Les cas B** : patients admis en cours d'année dont le traitement n'est toutefois pas terminé au 31 décembre. Les traitements et diagnostics ne sont pas relevés.
- **Les cas C** : patients de longue durée. Date d'admission avant le 1^{er} janvier de l'année des données et traitement au-delà du 31 décembre. Les traitements et diagnostics sont relevés. La durée de séjour est limitée à 365 jours.

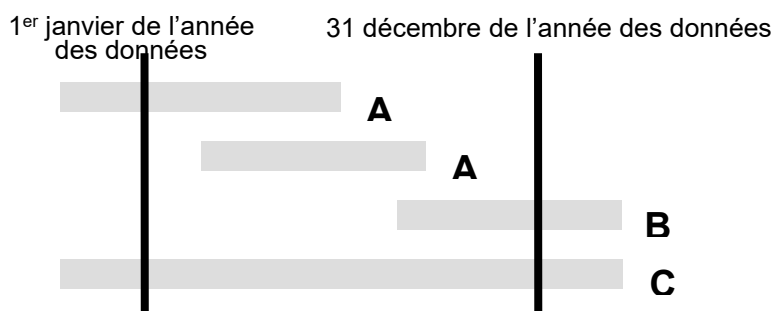


Illustration 12: Cas A / B / C des relevés hospitaliers OFS

3.5 Population de base

Depuis l'introduction des relevés hospitaliers en 1998, les cantons sont chargés d'annoncer les entreprises hospitalières à l'OFS. Dans le cadre d'une vérification de la police sanitaire, le canton délivre une autorisation d'exploiter à chaque entreprise hospitalière¹³.

Une partie de ces hôpitaux autorisés (hôpitaux répertoriés) reçoivent du canton l'autorisation de fournir des prestations à charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) selon l'art. 39 LAMal. Les hôpitaux agréés qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux répertoriés selon l'art. 39 peuvent (en vertu de l'art. 49a, al. 4, LAMal) conclure avec les assureurs des contrats sur la rémunération des prestations de l'AOS (hôpitaux conventionnés). Les entreprises hospitalières qui ne fournissent pas de prestations à charge de l'AOS sont des hôpitaux non conventionnés. Ceux-ci livrent uniquement des données selon la LSF.

Le tableau ci-après présente une vue d'ensemble :

Entreprise hospitalière	Données SpiGes selon	Surveillance du canton	Surveillance de l'OFSP
Hôpital répertorié	LSF et LAMal	Police sanitaire LAMal	LAMal
Hôpital conventionné	LSF et LAMal	Police sanitaire	LAMal
Hôpital non conventionné	LSF	Police sanitaire	--

Tableau 5 : Population de base des entreprises hospitalières

Les cantons informent l'OFS chaque année, durant la phase d'initialisation du relevé, des changements dans les entreprises hospitalières sur leur territoire. Le Registre des entreprises et des établissements de l'OFS intègre ces informations actualisées pour générer un *n° REE* pour chaque hôpital. La loi sur l'harmonisation de registres, entrée en vigueur en 2006, a entraîné un changement de paradigme dans les registres de l'OFS : plutôt que de se contenter du seul numéro d'entreprise (*n° REE*), les registres ont introduit des identifiants d'entreprise (*IDE / ENT-ID*) et des unités locales (*n° REE*). Reste que cette logique n'est pas conforme à la classification des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal, entraînant une distorsion de la comparabilité entre hôpitaux au plan national.

Dans le cadre de la « Stratégie pour le développement de la gestion commune des données de base de la Confédération »¹⁴, les définitions des identifiants dans le Registre des entreprises et des établissements ont été affinées dans l'ordonnance révisée sur le Registre des entreprises et des établissements (*OREE*)¹⁵.

Afin d'obtenir une harmonisation de la *population de base* des relevés sur les soins hospitaliers, l'OFS reprendra à l'avenir ces définitions basées sur les registres. Sont gérées comme unités d'exploitation uniquement les entreprises hospitalières (*ENT-ID*) et les sites hospitaliers (*n° REE*). Les données *SpiGes* sont relevées par cas, par patient, par unité finale d'imputation, par établissement ou par site hospitalier. L'illustration ci-dessous présente un aperçu de la situation à partir des données de 2024 :

¹³ Selon la définition (cf. illustration 15), une entreprise hospitalière correspond, selon son activité économique, à un hôpital de soins généraux, à une clinique spécialisée ou à une maison de naissance.

¹⁴ Gestion des données de référence : <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/bundesarchitektur/stammdatenverwaltung.html>

¹⁵ Ordonnance sur le Registre des entreprises et des établissements (état au 1^{er} avril 2022) : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/2253_2253_2253/fr

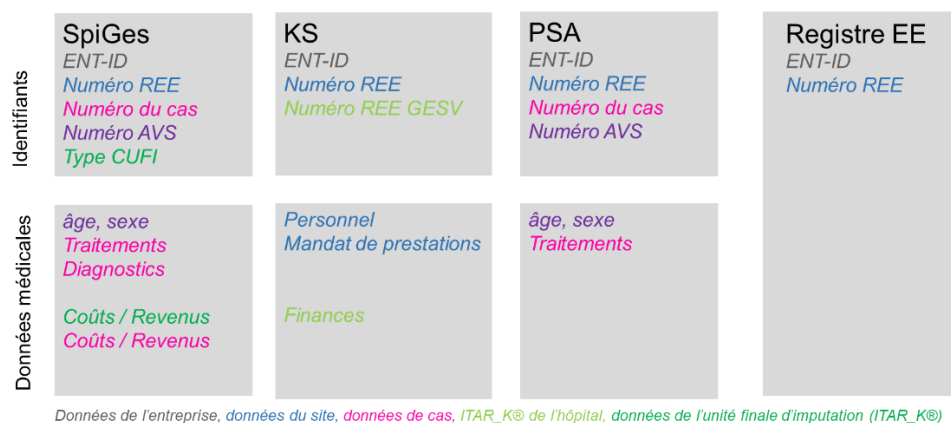


Illustration 13: Identifiants et unités de relevé dans les relevés sur les soins hospitaliers à partir de 2024

Jusqu'à l'intégration de la *KS* dans le relevé *SpiGes*, un numéro intermédiaire est tenu dans la *KS* en plus de l'*ENT-ID* et du *n° REE*, le *n° REE GESV*. Ce numéro représente les unités des hôpitaux qui remplissent un *ITAR-K*.

Le tableau ci-dessous présente les *unités de relevé* d'exploitation dans le domaine hospitalier :

	Sémantique	ID	Définition	Source
Granularité grossier fin	Groupe hospitalier	-	Groupe d'entreprises avec au moins une entreprise hospitalière	Registre REE
	Entreprise hospitalière	ENT-ID	Entreprises avec codes NOGA 861001/861002/869004	Registre REE
	Hôpital ITAR_K	Numéro REE GESV	Hôpital remplissant son propre ITAR_K	Hôpital
	Hôpital répertorié (Liste cantonale)	-	Hôpital avec mandat de prestations propre selon la LAMal, art. 39	Canton
	Site hospitalier	Numéro REE	unité locale avec codes NOGA 861001/861002/869004	Registre REE

n:1
n:1

Tableau 6 : Unités d'exploitation dans le secteur hospitalier

À partir de l'année des données 2024, la définition suivante d'une entreprise hospitalière et d'un site hospitalier sera utilisée selon la *LSF* :

Entreprise hospitalière OFS

Une entreprise identifiée dans le Registre des entreprises et des établissements (REE) par le code NOGA 861001 (hôpitaux généraux), 861002 (cliniques spécialisées) ou 869004 (maisons de naissance). Elle est clairement identifiée par le numéro d'identification non signifiant *ENT-ID*.

Site hospitalier OFS

Une unité locale identifiée dans le Registre des entreprises et des établissements (REE) par le code NOGA 861001 (hôpitaux généraux), 861002 (cliniques spécialisées) ou 869004 (maisons de naissance). Un site hospitalier est clairement identifié par le *n° REE* et appartient toujours à exactement une entreprise hospitalière.

Illustration 14: Définition d'une entreprise et d'un site hospitalier selon la LSF

À titre exceptionnel, les indications financières de la *KS* sont livrées par hôpital ITAR_K jusqu'à l'intégration de la *KS* dans le projet *SpiGes*.

Hôpital ITAR_K

Une unité hospitalière qui remplit un ITAR-K. Un hôpital ITAR_K se caractérise par le n° REE GESV qui n'est géré que dans la banque de données de GESV. Un hôpital ITAR_K peut correspondre à une entreprise hospitalière ou à un site ou à plusieurs sites.

Illustration 15: Définition de l'hôpital ITAR_K

4 Relevé SpiGes

Le relevé de données *SpiGes* se base sur une liste de variables dans laquelle sont définis les contenus et les formats des variables à collecter. Il s'agit d'un **relevé exhaustif**, effectué **chaque année** auprès des entreprises hospitalières et des maisons de naissance de Suisse faisant partie de la *population de base*. Ces fournisseurs de données sont tenus par la loi de fournir à l'OFS des données complètes et correctes *sous la surveillance des instances cantonales en charge du relevé*.

Les données récoltées concernent la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'**année des données**. La collecte des données commence le 1^{er} janvier de l'**année du relevé**, au terme de l'année des données et donc de la période considérée. Le relevé est précédé d'une phase d'initialisation au cours de laquelle les conditions générales (p. ex. la *population de base*) sont mises à jour en fonction de l'état le plus récent des données de l'année considérée.

Les **instances cantonales en charge du relevé** assurent le lien avec les fournisseurs de données et coordonnent l'application des directives de l'OFS. En ce qui concerne la communication, le support et la plausibilisation des données, elles représentent le premier interlocuteur pour les entreprises hospitalières et les maisons de naissance.

La **communication** et la coordination se font via la *plateforme de relevé SpiGes*. Des champs de communication spécifiques et des fonctions de chat sont prévus à cet effet. Pour les questions conceptuelles, techniques ou de contenu, les hôpitaux s'adressent en premier lieu à l'*instance en charge du relevé dans le canton*. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'*instance cantonale en charge du relevé* contacte l'OFS si le problème n'a pas pu être résolu.

La **livraison des données** s'effectue via la *plateforme de relevé SpiGes*. Les données peuvent être livrées de manière différenciée par thème (données sur les prestations ou données financières) et par *unité de relevé* (cas, site, entreprise). Chaque nouvelle importation de données remplace les données existantes et est datée. Les règles, justifications et communications évoluent également au fil des versions.

Le passage d'une **phase du relevé** à la suivante est toujours lié aux conditions imposées par le calendrier, le contenu et le processus. Il se fait en plusieurs étapes. Chaque phase du relevé doit être terminée au plus tard à une **date donnée**. Il incombe aux cantons de procéder aux **rappels**. Le service cantonal compétent adresse au moins deux rappels à la direction du fournisseur de données réfractaire. Les **rappels** sont ensuite envoyés par l'OFS.

Une fois le relevé terminé, les données sont validées en vue de leur **utilisation** officielle conformément à ce que prévoient la LAMal et la LSF.

La liste des variables est développée en permanence en collaboration avec les parties prenantes dans le cadre de la commission **SpiGes**. Les nouvelles interfaces peuvent également être testées dans un environnement de test prévu à cet effet.

L'illustration suivante montre le processus de relevé avec les fournisseurs de données et les instances cantonales en charge du relevé, le flux de données (input et output) et les différentes phases du relevé (**vérification automatique, plausibilisation, validation des données collectées selon la LAMal et la LSF, traitement**) :



4.2 Plan de vérification

Sur la *plateforme de relevé SpiGes*, les vérifications les plus diverses sont effectuées afin de garantir et de documenter la qualité des données. Il existe différents types de vérifications, d'erreurs ou d'avertissements et un rapport national de vérification qui documente les principaux résultats du processus de vérification et de plausibilité.

Types de vérification

Dans *SpiGes*, il existe trois types de vérifications différentes : la vérification du format, qui vise à garantir que le format du jeu de données est le bon, sans quoi ce dernier ne pourra être traité. Les vérifications au cas par cas, qui servent à contrôler que le contenu des variables est correct pour chaque cas (ou d'autres éléments). La vérification des indicateurs, où les chiffres clés sont calculés et vérifiés pour une entreprise hospitalière ou un site. Des exemples concrets sont présentés ci-dessous à titre d'illustration.

Vérification du format

Les données des chapitres sont téléversées sur la plateforme et font l'objet d'un contrôle au niveau de la forme. À la première erreur détectée, l'importation est bloquée (les données déjà importées ne sont pas sauvegardées) et un message correspondant s'affiche.

Exemples de vérification :

- Validité de la version du jeu de données,
- Structure du fichier (type d'enregistrement, séparateurs, nombre, type et longueur des attributs, etc.),
- Nombre de variables par enregistrement,
- Univocité des clés primaires.

Vérification au cas par cas

Si aucune erreur ne ressort de la vérification du format, le contenu de chaque chapitre est contrôlé. Les contrôles au cas par cas sont réitérés pour tous les éléments du jeu de données (des cas, en règle générale). Seuls les contrôles (cas) révélant des erreurs sont affichés. Ces vérifications sont réalisées sur la base du plan de plausibilisation ordinaire de la statistique médicale des hôpitaux établie par l'Office fédéral de la statistique (MedPlaus) ainsi que des règles de vérification élaborées par la commission *SpiGes* (cf. Gouvernance).

Exemples de vérification :

- Signes précédant les chiffres,
- Valeurs des variables,
- Manquants (valeurs vides ou nulles),
- Vérification du contenu (chaque cas doit présenter les coûts d'utilisation des installations).

Vérification des indicateurs

Lors de la vérification des indicateurs, les données de plusieurs chapitres et années sont comparées et contrôlées de manière transversale. La comptabilité financière et les passerelles d'ajustement sont téléchargées à partir de la *KS* sur la plateforme *SpiGes* et comparées avec les coûts. Les résultats sont présentés indépendamment du fait que le contrôle ait soulevé ou non des questions. Les vérifications des indicateurs peuvent être élaborées par la commission *SpiGes* (cf. Gouvernance).

Exemples de vérification :

- Comparaisons avec les données de l'année précédente au niveau du site et de l'entreprise,
- Comparaison du nombre de cas entre les données relatives aux prestations et les données économiques,

- Part des coûts d'utilisation des installations dans les coûts totaux d'un site.

Erreurs et avertissements

La vérification au cas par cas et celle des indicateurs peuvent être plus ou moins rigides et générer soit une erreur, soit un avertissement. Les avertissements s'affichent mais ne doivent pas impérativement être corrigés ou justifiés. En revanche, les erreurs doivent impérativement être motivées. Le fait qu'une vérification génère une erreur ou un avertissement dépend de son degré d'univocité. Les avertissements permettent d'améliorer la qualité des données même dans les domaines où il n'est pas possible d'effectuer des vérifications univoques.

- **Avertissement** → correction / justification **facultative**
- **Erreur** → correction justification **obligatoire**

Rapport national de vérification SpiGes

Les résultats des vérifications peuvent être exportés sous forme de *rapport de vérification* à partir de la *plateforme de relevé SpiGes*. Ce rapport est un indicateur de la qualité des données et contient les résultats des vérifications effectuées ainsi que des résumés des chiffres clés du site hospitalier et de l'entreprise hospitalière. Il existe en différentes versions. Il permet d'éviter les doublons dans la collecte et la vérification des données et de renforcer la confiance dans les données.

Ci-après quelques exemples :

Relevé 2023

Version 1.1

Chapitre 1 : MS ----- 20 erreur, 2 Avertissements ----- 4 justifiés, 16 ouvert ----- 1 OK, 3 pas OK ..

Avertissements

Diagnostics ----- 20 erreur, 2 Avertissements -----4 justifie, 16 ouvert ----- 1 OK, 3 pas OK ..

Hôpital

Canton

Erreur 1 --- Descriptio

Erreur 2 --- Descriptio

Erreur 3 --- Descriptio

Erreur 4 --- Descriptio

Justification

Justification

Justification

Justification

OK

Pas ok

Chapitre 2 : comptabilité ----- 20 erreur, 2 Avertissements ----- 4 justifie, 16 ouvert ----- 3 OK, 3 pas OK ..

Chapitre 3 : comptabilité ----- 20 erreur, 2 Avertissements ----- 4 justifie, 16 ouvert ----- 3 OK, 3 pas OK ..

Illustration 17: Rapport national de vérification - vérification au cas par cas

Version 1.1

<u>Hôpital - relevé 2023</u>									
+	Chapitre 1 : MS ----- 2 erreurs, 2 avertissements ---- 1 justifié, 1 ouvert ---- 0 OK, 1 pas OK								
+	Chapitre 2 : comptabilité ----- 25 erreur, 0 avertissement --25 justifiés, 0 ouvert -- 25 OK, 0 pas OK								
+	Chapitre 3 : comptabilité ----- 7 erreurs, 3 avertissements -- 4 justifiés, 3 ouvert -- 2 OK, 2 pas OK								
+	Chapitre 4 : Chiffres clés 5 erreurs, 0 avertissement ---- 2 justifiés, 3 ouvert ---- 1 OK, 1 pas OK								
Nombre de cas par système tarifaire en comparaison avec l'année précédente									
	2022		2023		Modification		Examen	Justification	
	Part absolue		Part absolue		Part absolue				
SwissDRG	525	78%	611	79%	16%	2%	OK	Vague du Corona : les patients aigus âgés n'ont pas pu être réadmis dans les institutions	
ST Reha	150	22%	142	18%	-5%	-17%	OK		
Langzeit/AÜP	1	0.1%	22	2.8%	2100%	1819%	pas OK		
Total	676	100%	775	100%	15%		OK		

Illustration 18: Rapport national de vérification - vérification des indicateurs

4.3 Processus de relevé

La collecte des données débute en janvier de l'année de référence +1 et se déroule de manière itérative par étapes successives. L'hôpital commence par transférer les données sur la plateforme. Celles-ci sont testées sur le plan de la forme et du contenu et les résultats des tests sont reproduits sur la plateforme. Dans un premier temps, l'hôpital apure les données dans le cadre d'une **vérification autonome** sur la plateforme SpiGes et justifie les vérifications qui ont révélé des erreurs. Dans un deuxième temps, les cantons (les *services chargés du relevé* et les directions de la santé) évaluent les justifications apportées par l'hôpital et demandent le cas échéant des corrections au fournisseur de données (**plausibilisation**). À chaque livraison ultérieure, les données passent à nouveau par ces deux étapes. La troisième étape consiste en la **libération** des données par les cantons. Cette étape est requise tant pour les données LAMal que pour celles collectées au sens de la LSF. La quatrième étape consiste à **traiter** les données séparément pour la LAMal et la LSF.

En amont de ce processus de relevé, les hôpitaux contrôlent les données « **à la source** » dans leur propre système. Ils peuvent au préalable intégrer dans leur système les outils de vérification mis à leur disposition à cet effet. Il est également possible de faire contrôler les données en cours d'année, soit avant la collecte de données proprement dite sur la plateforme *SpiGes*.

Le graphique suivant donne un aperçu des différentes phases du relevé :

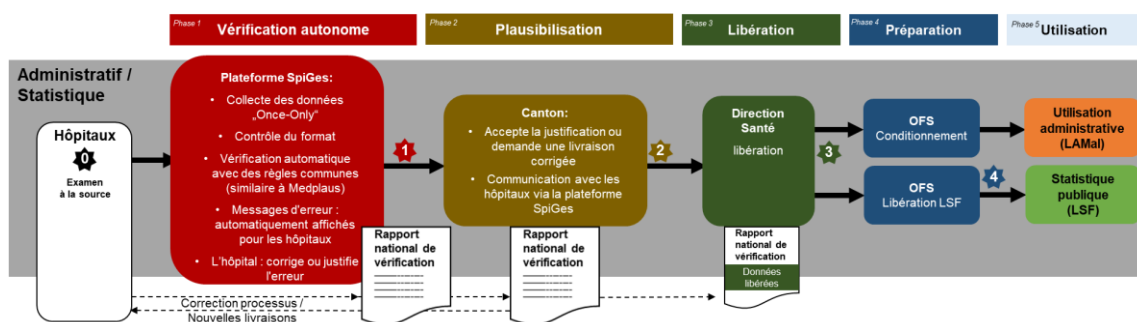


Illustration 19: Phases du relevé

Les données ne peuvent être libérées qu'au terme de toutes les vérifications de la phase précédente. Chaque phase du relevé devrait être terminée au plus tard pour une date donnée. Le graphique suivant présente le déroulement chronologique du relevé :

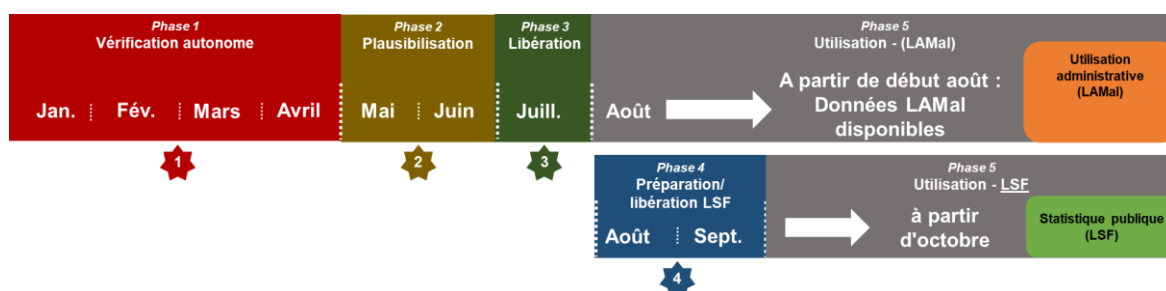


Illustration 20: Délais pour le relevé et l'utilisation des données

Toute la communication entre le fournisseur de données, le canton et l'OFS ainsi que les travaux de plausibilisation se déroulent sur la plateforme *SpiGes*. Celle-ci donne pour chaque erreur, son état, la communication correspondante (format de chat) et une justification. Les erreurs sont considérées comme non réglées jusqu'à ce que l'*instance cantonale en charge du relevé* accepte la justification fournie par l'établissement (état « OK ») ou qu'elle accepte l'erreur car elle ne peut pas être corrigée (état « Erreur acceptée »).

Vérification « à la source »

Idéalement, les données sont contrôlées directement dans le système de saisie de l'hôpital. À cet effet, l'OFS met à disposition une solution automatisée pour l'intégration dans l'environnement informatique de l'hôpital. Les entreprises hospitalières ont en outre la possibilité de vérifier leurs données à l'aide de la plateforme *SpiGes* pendant l'année considérée. Étant donné que ce contrôle a lieu avant le début ordinaire du relevé (janvier de l'année du relevé), on utilise à cet effet un relevé test.

Vérification autonome

Le téléversement des données peut s'effectuer par étapes, tant chronologiquement que pour le contenu. Toutes les données de l'hôpital doivent être disponibles sur la plateforme au plus tard à fin avril (année de données +1). L'importation des données s'effectue par chapitre. Si le chapitre correspondant existe déjà, les données importées précédemment du même chapitre sont intégralement remplacées par celles du téléversement.

Lors d'un téléversement, toutes les vérifications sont effectuées automatiquement. Leurs résultats sont enregistrés et présentés. Les compléments (p. ex. SwissDRG-Grouper) sont également apportés automatiquement, de sorte que les données peuvent aussi être contrôlées à ce sujet. Les règles appliquées à la vérification autonome sont convenues en collaboration avec les fournisseurs et les utilisateurs des données (cf. Gouvernance). Elles sont les mêmes quelle que soit l'utilisation prévue.

L'établissement traite les résultats du contrôle de manière autonome et corrige les données si possibles. Si la correction n'est pas possible ou que le contrôle a détecté une erreur à tort, l'établissement saisit une justification sur la plateforme. La vérification peut aussi générer un avertissement, qui se veut informatif et n'implique pas forcément une justification ou une correction. La vérification autonome est terminée une fois que toutes les erreurs ont été corrigées ou justifiées, ce qui doit être fait d'ici à la fin avril.

Plausibilisation

Lorsque le fournisseur de données a corrigé ou motivé toutes les erreurs, le canton vérifie la plausibilité des justifications. Le canton peut soit accepter des motifs (état « OK »), soit demander des compléments d'information ou une nouvelle livraison via la fonction de chat qui s'affiche pour chaque vérification signalant des erreurs. Si une erreur ne peut pas être corrigée, le canton peut l'accepter (état « Erreur acceptée »).

Les fournisseurs de données peuvent répondre dans le chat ou téléverser des données corrigées. Dans ce cas, le processus se répète depuis la vérification autonome. Ce processus itératif dure jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'erreur, c'est-à-dire jusqu'à ce que les erreurs aient été soit corrigées, soit acceptées ou que la justification du fournisseur de données ait été acceptée.

L'OFS n'intervient dans ce processus que sur demande. Les personnes concernées dans les cantons et les établissements sont informées en continu de l'état des vérifications et des activités pertinentes sur la plateforme (mises à jour par mail configurables).

La plausibilisation a lieu aussi bien d'un point de vue statistique que d'un point de vue de la LAMal. Les contrôles peuvent être filtrés selon différents critères sur la plateforme *SpiGes*. Ainsi, les cantons peuvent répartir les tâches en interne de sorte que l'office de la santé

publique, par exemple, se charge des vérifications sur les thèmes financiers et l'office statistique cantonal s'occupe des autres contrôles. L'organisation est laissée à l'appréciation des cantons. Par ailleurs, les cantons peuvent aussi exporter les données et procéder à d'autres contrôles de plausibilité hors plateforme.

Dès le moment où toutes les erreurs ont pu être traitées, la plausibilisation des données d'un site hospitalier ou d'une entreprise hospitalière peut être clôturée. La plausibilisation doit être achevée avant la fin du mois de juin.

Clôture et libération

À la fin de la plausibilisation, la correction des données doit tout d'abord être confirmée par les responsables de l'hôpital sur la plateforme *SpiGes*. Le canton peut ensuite procéder à la clôture. Cette étape comprend aussi bien la clôture du relevé statistique selon la *LSF* que la validation des données en vue de leur utilisation statistique selon la *LAMal*. Afin de garantir le caractère obligatoire des données dans le domaine de la *LAMal*, il appartient aux offices cantonaux de la santé de valider les données officiellement pour cet usage¹⁶. Si une nouvelle erreur était découverte au cours de cette étape de clôture, le processus pourrait exceptionnellement être relancé.

Le processus de clôture a lieu tant pour les données d'un site (env. 90% des vérifications) que pour les données de l'ensemble de l'établissement (comptabilité financière, examen de concordance *SC / KS*). En principe, les cantons du site sont responsables du processus pour les sites hospitaliers, et le canton du siège principal pour les entreprises. Des accords individuels entre les cantons et des adaptations correspondantes dans *SpiGes* sont toutefois possibles.

Une fois que la collecte des données selon la *LSF* est terminée, au niveau tant du site que de l'entreprise, et que les données selon la *LAMal* sont validées, ces dernières sont marquées comme définitives sur la plateforme *SpiGes*. Les données, l'état des vérifications et la communication ne peuvent désormais plus être modifiés. De nouvelles livraisons sont certes encore possibles pour d'autres processus (partenaires tarifaires). Elles n'ont toutefois aucun effet sur les données définitives selon la *LAMal* et la *LSF*¹⁷. La clôture et la libération selon la *LAMal* doivent avoir lieu d'ici la fin juillet.

Traitement et utilisation selon la LSF

Une fois validées et libérées par les autorités cantonales, les données *LAMal* peuvent être consolidées par l'*OFS*. Conformément au *règlement de traitement LAMal*, les données libérées sont rassemblées en août de l'année de relevé et mises à la disposition des utilisateurs administratifs de données pour qu'ils puissent remplir leurs mandats légaux.

Parallèlement, les données sont introduites dans le système statistique pour être utilisées comme le prévoit la *LSF* dans le cadre de la statistique publique. Les données sont préparées par l'*OFS* en vue de leur utilisation statistique (cf. chapitre 4.4 Traitement des données) et libérées en vue de leur utilisation. Dans le processus *SpiGes*, l'utilisation de ces données est prévue à partir de début octobre.

¹⁶ Ceci va de pair avec les compétences ancrées à l'article 117 ss. Cst selon lesquelles les cantons sont en principe responsables de la santé publique.

¹⁷ Des livraisons ultérieures sont possibles après la clôture, car les processus A, B et C ne sont pas coordonnés jusqu'à la fin. Si l'on bloquait la plateforme après la clôture du relevé, les données pour les processus B et C (SwissDRG, partenaires tarifaires) seraient livrées sans passer par la plateforme *SpiGes* et les hôpitaux devraient implémenter des interfaces supplémentaires.

4.4 Traitement des données

À la fin du relevé des données, l'OFS dispose de données validées qui ont été libérées par les établissements. Dans la première étape du traitement des données, l'OFS procède à divers enrichissements / codifications :

Les données sont complétées par des informations souvent requises pour les produits standard (p. ex. grandes régions, régions MedStat, régions de mobilité spatiale, etc.).

Les identifiants (*ENT-ID*, *n° REE*, GLN¹⁸, *n° AVS*) des différentes *unités de relevé* (entreprise, site, opérateur, cas, patient) sont pseudonymisés conformément aux directives de la Confédération et les données sont ainsi rendues anonymes pour les utilisateurs.

Les données statistiques et administratives sont sauvegardées séparément.

Processus du traitement statistique des données

C'est au cours de l'analyse des données que sont établis les produits statistiques. Les produits standard sont évalués (p. ex. tableaux standards, données pour le portail en ligne (STAT-TAB) etc.). Ces analyses récurrentes changent très peu et peuvent donc être largement automatisées. Des traitements sont possibles pour des produits spécialisés (p. ex. un communiqué de presse sur un thème d'actualité) et des demandes spécifiques en vue de procéder à des analyses approfondies ou des analyses de données sur demande. L'automatisation n'est guère possible dans ce cas.

Pour la diffusion statistique, tous les identifiants des établissements et des professionnels de la santé sont anonymisés. Les données des patients déjà anonymisées dans le processus de relevé sont anonymisées une fois de plus pour des raisons de protection des données. En principe, l'utilisation de ces données statistiquement anonymisées est libre.

Processus du traitement administratif des données

Lors du traitement administratif, les données sont mises à la disposition des différents utilisateurs conformément au *règlement de traitement*. Les données peuvent être téléchargées directement depuis la plateforme au format prévu pour une utilisation aux fins définies par la LAMal.

L'OFS ne procède pas à une analyse administrative des données à proprement parler. Toutefois, afin de pouvoir proposer aux utilisateurs des données à des fins administratives les données sous la forme requise pour l'accomplissement de leur mandat légal, l'OFS effectue au besoin des travaux préparatoires tels que l'agrégation, la sélection, etc. par exemple en préparant les informations pour le modèle tarifaire ITAR-K®. C'est aux utilisateurs de données qu'il revient de procéder à l'analyse proprement dite des données à des fins administratives. L'utilisation d'identifiants est régie par les dispositions en vigueur en matière de protection des données.

4.5 Délais et sanctions

Principes

- L'objectif est que toutes les données soient disponibles en temps utile. Il faut éviter que le processus soit freiné par des instances (hôpitaux, cantons) qui tardent à livrer leurs données.
- En règle générale, il convient de démarrer les travaux le plus tôt possible car les

¹⁸ Les numéros GLN sont accessibles au public dans le registre des professions médicales : <http://www.medregom.admin.ch/>

problèmes n'apparaissent souvent qu'au moment où les données sont téléversées ou lorsqu'elles sont contrôlées par le canton.

- Afin que les délais puissent être respectés, il est possible de livrer des données provisoires de la comptabilité financière via l'enquête *KS*, qui n'ont pas encore été approuvées par l'organe de révision.

Délais pour la collecte des données et la procédure de sanction

On fait la distinction entre les données sur les prestations et celles sur les coûts pour les dernières échéances à respecter avant de clore une phase du processus, comme indiqué au chapitre 4.3 Processus de relevé. Les délais pour les données sur les prestations sont fixés un mois avant ceux pour les données concernant les coûts. Cela correspond à ce qui se fait dans la pratique.

En vertu de l'art. 6, al. 1, de la loi sur la statistique fédérale¹⁹ et de l'art. 6, al. 1, de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux²⁰, les personnes physiques et morales sélectionnées pour l'enquête sont tenues de fournir gratuitement à l'Office fédéral de la statistique les informations demandées en se conformant à la vérité, dans les délais et la forme prescrits. Si l'obligation de renseigner n'est absolument pas respectée, car l'établissement ne fournit pas les données demandées ou a communiqué intentionnellement des données erronées, ou qu'elle n'est respectée que partiellement (p. ex. livraison de données incomplète, non-respect des délais fixés, etc.), une procédure de sanction prédéfinie²¹ est engagée. Elle prévoit les sanctions à appliquer en cas de violation de l'obligation de renseigner.

Les tableaux ci-dessous présentent le calendrier prévu pour la collecte des données *SpiGes* et la procédure de sanction :

Initialisation	31.10 de l'année des données	Dernières modifications des cantons communiquées à l'OFS concernant la « Liste des établissements soumis à l'obligation de renseigner »
-----------------------	------------------------------	---

Relevé	Dernier délai pour les données sur les prestations	Dernier délai pour les données sur les coûts
Relevé des données par les établissements	28.2 de l'année de relevé	31.3 de l'année de relevé
Vérification autonome par les établissements	31.3 de l'année de relevé	30.4 de l'année de relevé
Plausibilisation par les cantons	30.6 de l'année de relevé	
Libération des données <i>SpiGes</i> par les cantons	31.7 de l'année de relevé	

Procédure de sanction	Dernier délai²²	Remarques
Liste adressée à l'OFS des entreprises hospitalières auxquelles envoyer un rappel	30.6 de l'année de relevé	Les cantons livrent à l'OFS une liste électronique des entreprises qui

¹⁹ loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), RS 431.01

²⁰ ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1)

²¹ OFS, « Procédure de violation de l'obligation de renseigner », Neuchâtel 2002

²² L'OFS peut, sur demande des cantons, envoyer le troisième rappel à partir du 15 mai. Dans ce cas, la liste des établissements devra être remise à l'OFS le 30 avril au plus tard.

		n'ont pas livré de données. La liste contient le nom et l'adresse de l'entreprise hospitalière ainsi que le nom de son directeur ou de sa directrice.
Dernier rappel de l'OFS aux entreprises hospitalières	15.7 de l'année d'enquête	Dernier rappel de l'OFS aux entreprises hospitalières qui n'ont livré aucune donnée ou ont livré des données incomplètes sans raison valable. Fixation d'un délai de 20 jours.
Envoi du procès-verbal final	10.8 de l'année de relevé	Délai d'opposition de 10 jours
Envoi du mandat de répression	25.8 de l'année de relevé	Délai d'opposition de 30 jours

Tableau 7 : Délais d'enquête et de sanctions

Délais pour les entreprises hospitalières intercantionales

Pour les entreprises hospitalières intercantionales, la plausibilisation des données des sites doit être terminée un mois plus tôt. Il reste ainsi un mois pour vérifier les données consolidées dans le canton du siège principal. Les mêmes délais s'appliquent par conséquent pour le canton du siège principal que pour les entreprises hospitalières ordinaires.

Retard du côté des hôpitaux

Pour clôturer à temps la procédure de plausibilisation, il faut l'avoir lancée suffisamment tôt. Il est donc impératif qu'une première livraison soit effectuée à fin février pour les données sur les prestations et à fin mars pour celles sur les coûts.

Si un hôpital est en retard dans les vérifications, les corrections ou la clôture, le canton ou l'OFS peut malgré tout clôturer la collecte des données. C'est également le cas si l'hôpital refuse de corriger des erreurs.

Dans ce cas, la clôture est réalisée et la mention « clôture comportant des erreurs » apparaît dans le rapport de vérification des entreprises et sites hospitaliers concernés. Le défaut de qualité ou de livraison des données peut être mentionné également dans d'autres publications.

Retard du côté des cantons

Pour que la procédure de plausibilisation puisse se faire dans les délais, il faut avoir identifié les problèmes à temps. La première livraison effectuée par les hôpitaux est vérifiée par les cantons en général dans un délai de deux semaines.

Si un canton tarde à répondre aux vérifications ou à clôturer les procédures ou si les hôpitaux du canton sont en retard, l'OFS peut quand même clôturer la collecte des données une fois l'échéance passée.

Dans ce cas, la clôture est réalisée et la mention « clôture comportant des erreurs » apparaît dans le rapport de vérification des entreprises et sites hospitaliers concernés. Il est possible que le défaut de qualité ou de livraison des données soit mentionné également dans d'autres publications.

Au lieu de procéder à une « clôture comportant des erreurs », les cantons peuvent demander

à l'OFS au maximum deux délais supplémentaires de deux semaines chacun.

Les mesures suivantes peuvent être prises dans la procédure de sanctions (de manière progressive) :

1. **Indication** de la mention « données manquantes / qualité des données lacunaires » dans les publications de la Confédération (p. ex. chiffres-clés des hôpitaux suisses, comparaisons des coûts par cas, tableaux standard).
 - Les données sont publiées avec état au 31 juillet, indépendamment de l'état de la livraison, de la plausibilisation et de la clôture. Les annotations suivantes sont mentionnées :
 - Pas de données → « Refus de fournir les données »
 - Données manquantes → « Livraison de données incomplète »
 - Vérifications injustifiées → « Clôture comportant des erreurs »
 - Défaut de clôture → « Données non confirmées par l'hôpital / le canton »
 - L'OFS met à la disposition des destinataires de données une liste décrivant la qualité des données par canton et par hôpital, ventilée selon les annotations mentionnées.
2. **Amendes** : en cas de non-respect de l'obligation de renseigner, l'OFS peut infliger des amendes d'un montant maximal de 5000 francs. Voir à ce sujet la conception « Procédure en cas de violation de l'obligation de renseigner », qui date de juillet 2002.

4.6 Révision de la liste des variables

À l'heure actuelle, l'interface est conçue de manière à tenir compte autant que possible de tous les besoins de données pouvant être raisonnablement intégrés, pour pouvoir mettre en œuvre le principe « *Once-Only* ». Mais pour que ce principe puisse être appliqué sur la durée, il faut un mécanisme permettant de revoir de manière coordonnée les variables et la collecte en fonction de l'évolution des besoins en données. Et ce, en prenant en considération la **charge** induite pour les fournisseurs de prestations. Autant d'éléments dont s'occupe la commission *SpiGes* (cf. Gouvernance).

Il faut pouvoir procéder de manière aussi rapide et souple que possible aux adaptations, sans toutefois compromettre la qualité des données. Pour les adaptations à apporter à leur système informatique et la formation de leur personnel, les hôpitaux ont besoin, selon la complexité, d'un délai pouvant aller jusqu'à six mois pour pouvoir collecter de nouvelles données. Si une modification s'avère exceptionnellement coûteuse, l'hôpital doit prévoir un budget correspondant, ce qui peut repousser le délai d'un an. Dans le cas d'un relevé annuel, cela signifie que les adaptations ordinaires doivent être connues jusqu'en juin t-1 pour que les données de l'année t puissent être collectées pendant l'année t+1. Pour les données déjà disponibles dans les hôpitaux, l'année de relevé n'est pas nécessaire et les adaptations peuvent être communiquées jusqu'en juin t pour que les données de l'année t puissent être collectées pendant l'année t+1. Les nouveautés seront communiquées jusqu'à cette échéance en juin et la commission *SpiGes* prendra ses décisions concernant l'interface en fonction de ce calendrier.

Les délais peuvent être plus courts pour les **vérifications** ou les **classifications** de fournisseurs tiers. En règle générale, les modifications requièrent moins de temps dans ces cas du côté de l'hôpital. Pour ces modifications également, on veille à ce que les délais soient suffisamment longs.

Le jeu de données s'appuie également sur des classifications et des méthodes de fournisseurs tiers, qui sont actualisées chaque année. Il faut pouvoir mettre en œuvre rapidement les

nouvelles variables, règles ou définitions dans le cadre du relevé *SpiGes*.

Les modifications de la **liste des variables** *SpiGes* sont communiquées aux établissements conformément à la planification des versions. L'OFS comme les entreprises veillent à ce que les modifications soient implémentées dans leur système d'ici à la fin de l'année des données-1. Pendant l'année des données, les entreprises peuvent accéder à la version adaptée dans un environnement ad hoc de la plateforme *SpiGes* pour effectuer des tests.

Les données peuvent être téléchargées à tout moment sur la **plateforme de test**. En cas de nouvelle version de l'interface (cf. chapitre 4.1 Préparation de la livraison des données), les entreprises hospitalières et les *instances cantonales en charge du relevé* peuvent ainsi tester des variables, des règles ou des fonctionnalités de la plateforme nouvellement introduites au cours de l'année de données. En théorie, il serait également possible de livrer des données pendant l'année de relevé. Cela n'est toutefois pas prévu pour l'instant.

5 Utilisation des données

La *plateforme de relevé SpiGes* assumera un rôle central pour la mise en œuvre du principe « *Once-Only* » dans le domaine hospitalier stationnaire, car les données des hôpitaux ne seront relevées qu'une seule fois à différentes fins d'utilisation. Dans ce contexte, il faut distinguer entre la base juridique de la collecte des données (*LSF / LAMal*) et la base juridique pour l'utilisation des données (*LSF / LAMal / LEMO / LAA*).

Le tableau ci-dessous présente les utilisations multiples prévues (liste non exhaustive) :

Cas d'utilisation des données (selon LAMal)	Utilisateurs des données
Évaluation des tarifs	OFSP
Comparaison des coûts par cas entre hôpitaux	
Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations	
Publication des données	
Planification des hôpitaux / maisons de naissance	Cantons
Évaluation des tarifs	
Développement de structures tarifaires	SwissDRG SA
Négociations tarifaires et ITAR_K®	Partenaires tarifaires
Évaluation des tarifs (recommandations)	Surveillant des prix
Cas d'utilisation des données (selon LAA)	Utilisateurs des données
Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations	CTM
Cas d'utilisation des données (selon LEMO)	Utilisateurs des données
Communication annuelle des données des patients ayant reçu un diagnostic de cancer	Registres cantonaux des tumeurs
Cas d'utilisation des données	Utilisateurs des données
Données en cours d'année	Divers
Autres cas d'utilisation des données (à définir)	Divers

Tableau 8 : Cas d'utilisation des données

5.1 Utilisation conformément à la LAMal

L'*OFSP* va introduire la notion d'utilisation multiple selon la LAMal dans la loi et l'ordonnance. Conformément à l'art. 30c OAMal, l'*OFS* établit en collaboration avec l'*OFSP* un **règlement de traitement** au sens de l'art. 21 de l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données pour la collecte, le traitement et la transmission de données visées à l'art. 59a LAMal.

Les variables au sens de l'art. 30 a, al. 1, qui doivent être transmises par les fournisseurs de prestations sont fixées dans le **règlement de traitement** après consultation des milieux concernés. Les **dates de livraison des données** dépendent de l'utilisation prévue par la LAMal. Les données pour toutes les fins prévues par la LAMal sont mises à la disposition des utilisateurs en août de l'année du relevé. Conformément à l'art. 30b, al. 2, OAMal, l'anonymat des patients doit être garanti lors de la transmission des données personnelles.

L'*OFSP* publie les résultats des données transmises concernant les entreprises hospitalières au sens de l'art. 39 LAMal au niveau de chaque établissement avec son nom et son emplacement. Pour les autres fournisseurs de prestations, il publie les données par groupe de fournisseurs de prestations. Les données personnelles concernant les patients et le personnel ne sont pas publiés.

Ces données permettent de créer une valeur ajoutée pour les fournisseurs et les utilisateurs de données, de la collecte à l'analyse en passant par la plausibilisation. Voici une sélection d'exemples d'utilisation dans la pratique (« use cases ») :

- Grâce à la saisie systématique des objets de coûts non liés aux cas, il sera possible d'analyser les prestations d'intérêt général, de surveiller leur évolution et de développer la classification en permanence. Les dépenses pour l'enseignement et la recherche universitaires pourront également être analysées de manière plus précise.
- En améliorant les possibilités d'apparier les données de la statistique médicale *MS* avec celles sur les coûts par cas et en les rendant disponibles pour toutes les parties prenantes autorisées, les analyses approfondies des coûts seront plus largement accessibles. Cela créera les conditions de base pour développer le système de santé, et en particulier son financement et sa planification, de manière objective, transparente et en s'appuyant sur des données. Concrètement, cela permettra par exemple d'analyser plus précisément les cas hautement déficitaires et leur influence sur les finances des hôpitaux universitaires et les centres hospitaliers.
- Les nouvelles informations disponibles sur la facturation permettront de mettre en évidence les écarts entre la facturation et la comptabilité d'exploitation, et d'améliorer ainsi la qualité des données ainsi que, en fin de compte, les systèmes tarifaires.
- Les nouvelles variables relatives aux opérateurs permettront de définir un nombre minimal de cas pour une sélection de traitements (codes CHOP) pour les opérateurs, que ce soit au niveau de la CIMHS ou au niveau de certains cantons.
- *SpiGes* contiendra toutes les données nécessaires au calcul des coûts par cas selon *ITAR_K* et les recommandations relatives aux contrôles du caractère économique. Celles-ci seront disponibles sous forme de données lisibles par machine, ce qui permettra de procéder rapidement à des analyses qui, auparavant, auraient été très laborieuses. Les comparaisons de coûts entre hôpitaux seront ainsi facilitées et les discussions pourront se concentrer sur des questions de contenu et de méthode.
- La nouvelle conception du modèle de données au niveau des instances en charge du relevé prévoit une distinction nette entre les entreprises et les sites, ce qui permettra de procéder à des analyses supplémentaires et plus précises au niveau des entreprises et des sites.
- Il sera plus facile pour les hôpitaux de comparer leurs entreprises et leurs sites avec d'autres. Cela favorisera l'amélioration continue du système.

ITAR_K® produit sur la plateforme SpiGes, relevé 2025 à 2027

Désormais, le modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique (*ITAR_K*) sera lui aussi établi directement via la plateforme *SpiGes*. L'association H+ utilise ce modèle pour mesurer le caractère économique (p. ex. dans le cadre de l'attribution des mandats de prestations par les cantons) et pour fixer les tarifs. H+ approuve l'intégration du processus de création du fichier *ITAR_K® Exports H+* dans la plateforme *SpiGes*. Reste que H+ détient en exclusivité les droits de propriété intellectuelle *ITAR_K®*, y compris en ce qui concerne son développement futur.

Le fichier *ITAR_K® Export* complet, informations complémentaires comprises, est généré depuis la plateforme *SpiGes* sur la base des données *SpiGes*. Ensuite l'hôpital libère l'*ITAR_K®* puis l'envoie aux partenaires tarifaires en même temps que le rapport de vérification.

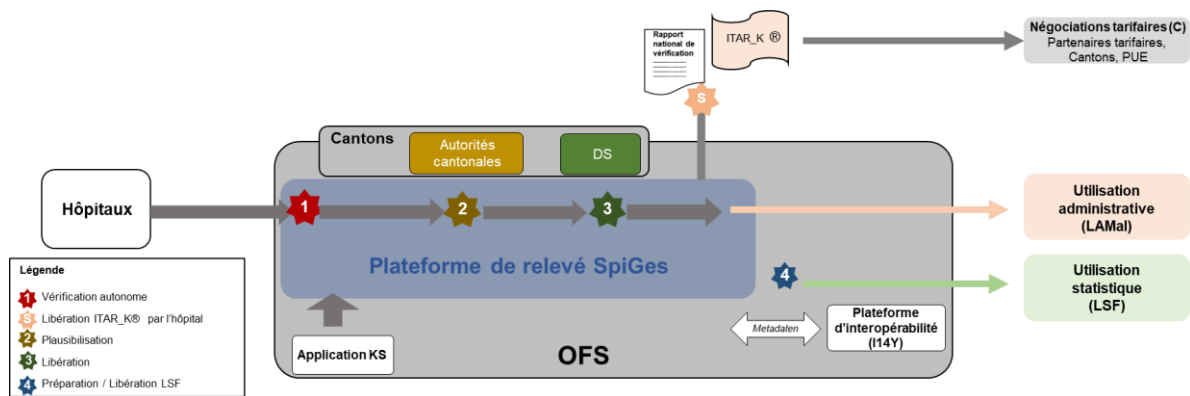


Illustration 21: ITAR_K® produit sur la plateforme SpiGes

Le processus appliqué à partir du relevé des données 2027 est décrit au chapitre « 6.1 Prochaines étapes du projet SpiGes », paragraphe « Passage à une plausibilisation commune ».

5.2 Utilisation selon la LSF

Le graphique suivant montre les utilisateurs des données statistiques selon la LSF :

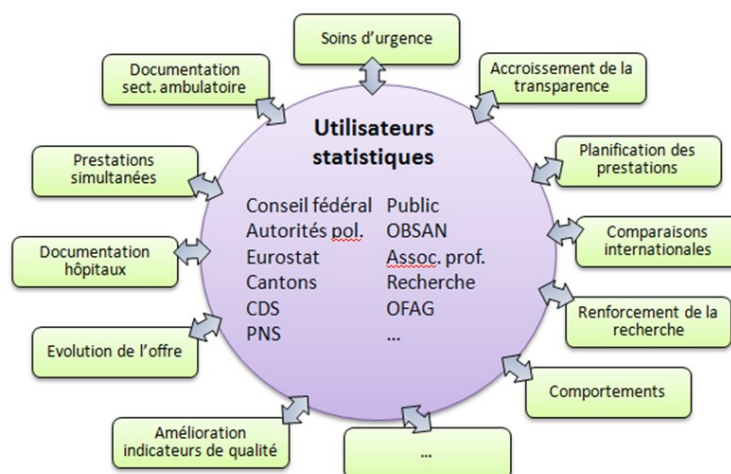


Illustration 22: représentation des utilisateurs de statistiques

Les données statistiques sont disponibles après la phase de *traitement*. En principe, les données sont à la disposition de la recherche, des politiques, d'autres organisations statistiques au niveau international et des particuliers. Les données individuelles ne peuvent être fournies aux organisations que moyennant un contrat de protection des données. L'anonymat des personnes morales et physiques doit être préservé à tout moment.

Les données statistiques sont publiées sur le site Internet de l'OFS à partir du mois d'octobre de l'année du relevé et sont également disponibles pour l'utilisation de données statistiques à partir de ce moment-là.

La LSF régit en outre l'**appariement** des données à des fins statistiques, ainsi que la diffusion des données statistiques, des analyses, des évaluations et des résultats.

L'utilisation systématique d'identifiants basés sur les registres, notamment le numéro AVS, augmente considérablement le potentiel des appariements. Elle permettra par exemple de déterminer les taux de survie après l'hospitalisation pour certaines opérations, conformément aux normes internationales. D'autre part, la garantie de la protection des données est ici une priorité absolue. Les bases légales et les processus sont régis pour la statistique publique dans la LSF et décrits sur le site de l'OFS²³. Les exigences et les processus de l'appariement de données pour des tiers y figurent également. La recherche en fait d'ores et déjà grand usage.

²³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/services/appariement-donnees.html>

6 Prochaines étapes

La présente conception détaillée documente la solution et constitue la base de la mise en œuvre conformément aux objectifs définis.

L'étendue de la mise en œuvre a été clairement délimitée étant donné le nombre important de prescriptions légales, de mandats, de stratégies et d'interdépendances. Parallèlement, la mise en œuvre du projet *SpiGes* doit aussi poser les bases d'autres phases de développement. D'où la nécessité de présenter les travaux à venir et d'esquisser les questions qu'ils soulèvent. Il s'agit aussi de définir les étapes ultérieures du développement de *SpiGes* et les activités liées à la gestion des données dans le domaine de la santé.

6.1 Prochaines étapes du projet SpiGes

Groupe de travail (GT) « Vérification SpiGes »

Le groupe de travail « Vérification *SpiGes* » sera lancé au premier semestre 2022. Ce groupe de travail sera actif jusqu'à la fin du projet *SpiGes* et réalisera les tâches de la future commission *SpiGes* (tâches décrites au chapitre Gouvernance). Après le projet, ce GT sera transformé en commission *SpiGes*. L'objectif est d'adopter des recommandations à l'intention de l'OFS concernant la liste des variables, les vérifications et les processus.

Processus SpiGes

L'OFS vise l'intégration complète du processus et poursuivra à cet effet les entretiens avec les parties prenantes concernées.

Par complète intégration des processus on entend que *H+*, les assureurs et *SwissDRG SA* procèdent directement à la plausibilisation sur la *plateforme SpiGes* et produisent un jeu de données commun. En plus des vérifications, la commission spécialisée *SpiGes* coordonne aussi les délais du relevé. Toutes les justifications finales sont visibles pour les instances qui procèdent à la plausibilisation (OFS, cantons, *SwissDRG*, *H+*, assureurs). L'illustration ci-dessous présente l'état actuel et la planification de l'intégration des différents processus de données dans l'enquête *SpiGes* :

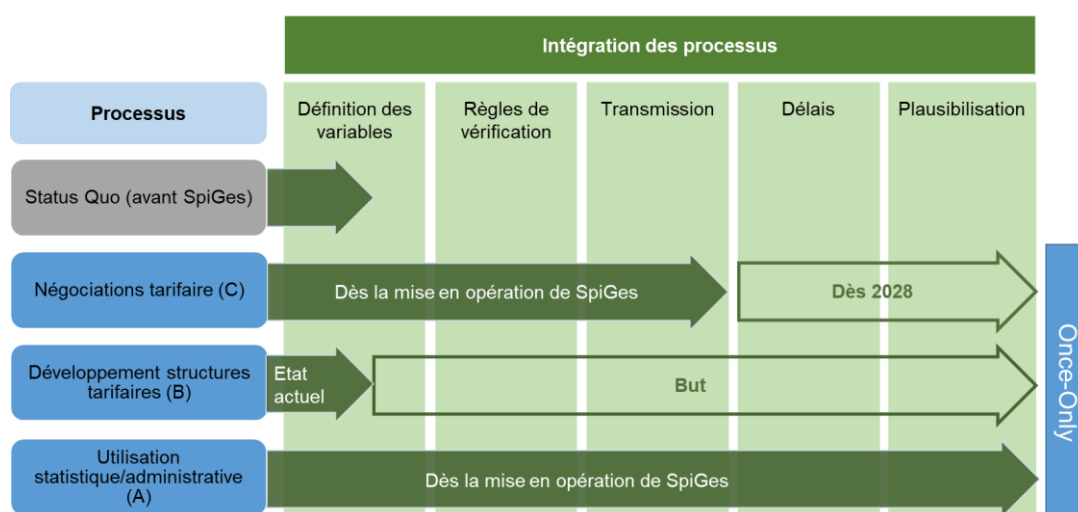


Illustration 23: Intégration des processus de données dans SpiGes

Planification globale

La planification globale prévue²⁴ est la suivante :

Activités	Qui	Quand
Fin de la phase conceptuelle (HERMES)	Direction du projet SpiGes	Mai 2023
Développement agile avec l'OFIT	Équipe SpiGes, OFIT et partenaires externes	Jan. 2023 à déc. 2024
Phase de réalisation (HERMES)	Équipe SpiGes, OFIT et partenaires externes	Juin 2023 à oct. 2024
Enquête pilote	Équipe SpiGes, cantons, hôpitaux	Mars 2024 à juin 2024
Relevé test (interface)	Tous les hôpitaux/cantons	Oct. 2024
Mise en service (HERMES)	Direction du projet SpiGes	Déc. 2024
EXPLOITATION		À partir de janvier 2025
Phase d'introduction (HERMES)	Équipe SpiGes, OFIT et partenaires externes	Nov. 2024 à nov. 2025
Clôture du projet (HERMES)	Direction du projet SpiGes	30.11.2025

Tableau 9 : Planification globale du projet SpiGes

6.2 Autres étapes du développement

La modernisation des relevés de l'OFS auprès des hôpitaux se poursuivra au-delà du projet *SpiGes*. Il est ainsi prévu d'effectuer à l'avenir la collecte des données via la nouvelle plateforme mise en place dans *SpiGes*. Dans le cadre de la gestion des données, il est prévu de publier un registre des hôpitaux avec les identifiants tirés du registre des entreprises et des établissements de l'OFS et d'automatiser la mise à jour de la *population de base* des relevés sur les hôpitaux. D'autres projets à long terme concernent le secteur hospitalier ambulatoire et une collecte de données plus espacée dans le temps.

Plateforme de relevé SpiGes avec intégration de la KS

Dans l'optique de la mise en œuvre du principe « *Once-Only* », il sera possible d'élargir encore le champ d'application après la mise en service de *SpiGes* et de remplacer ultérieurement la plateforme KS.

²⁴ La planification « Best Case » dépend toujours des clarifications avec les partenaires du développement et des modalités d'acquisition prévues dans les directives de l'administration fédérale.

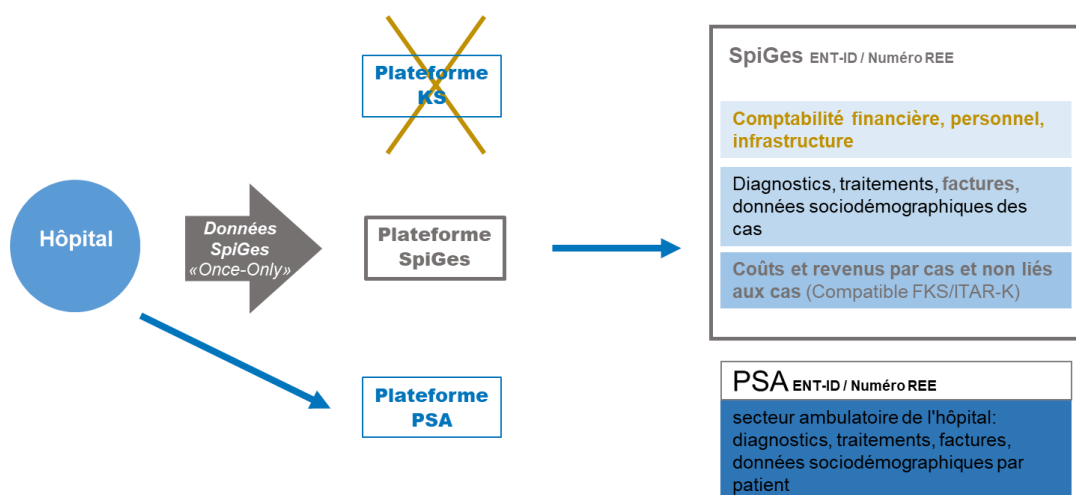


Illustration 24: Relevé secteur hospitalier - à long terme

Projet de mise en place d'un registre des hôpitaux pour le domaine hospitalier stationnaire

Afin de garantir un échange de données fiable et transversal dans le domaine hospitalier stationnaire, un nouveau projet a été annoncé dans le cadre du rapport du Conseil fédéral sur l'amélioration de la gestion des données dans le domaine de la santé. L'objectif est de mettre en place un registre national des hôpitaux et de leurs sites, de la liste d'hôpitaux sur laquelle ils figurent, etc. L'illustration suivante en donne un aperçu :

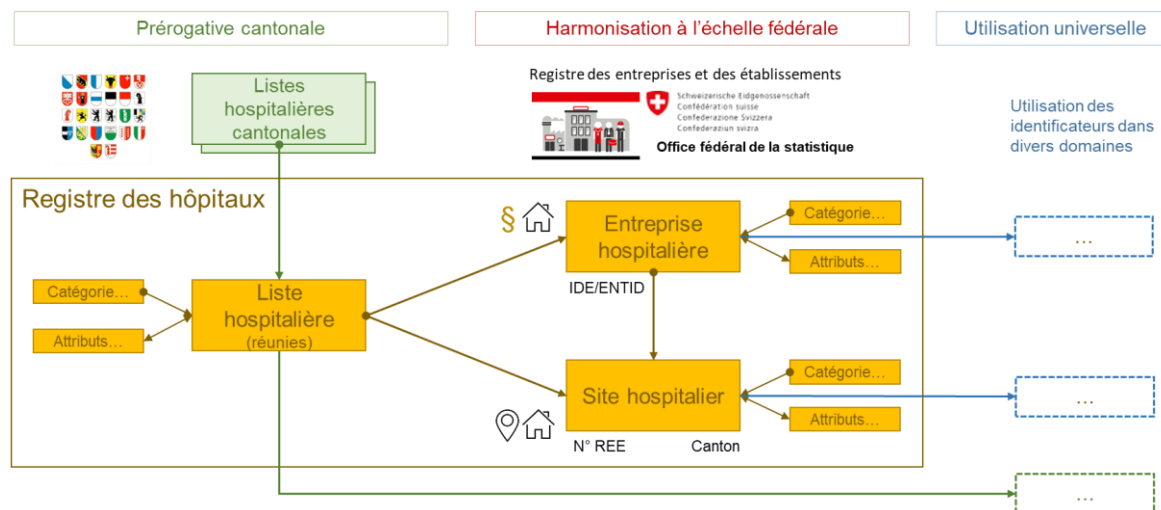


Illustration 25: Projet de registre des hôpitaux, esquisse du système

À l'avenir, il est prévu de passer à l'OFS à un processus automatisé pour les relevés. Cela permettra de tenir à jour la *population de base* des relevés de l'OFS auprès des hôpitaux (cf. Illustration). Le service cantonal compétent a accès au Registre des entreprises et des établissements (REE) et fournit les données relatives aux entreprises hospitalières et aux sites hospitaliers de son territoire sur une plateforme prévue à cet effet.

Le registre des hôpitaux sera d'une grande importance pour les relevés de l'OFS et tiendra compte des besoins de tous les acteurs de la santé en matière d'identification univoque des entreprises hospitalières et des sites hospitaliers conformément à leurs mandats légaux (LAMal, LEp, LSF, LCR, e-LP, LDE, LAA, LCA, etc.).

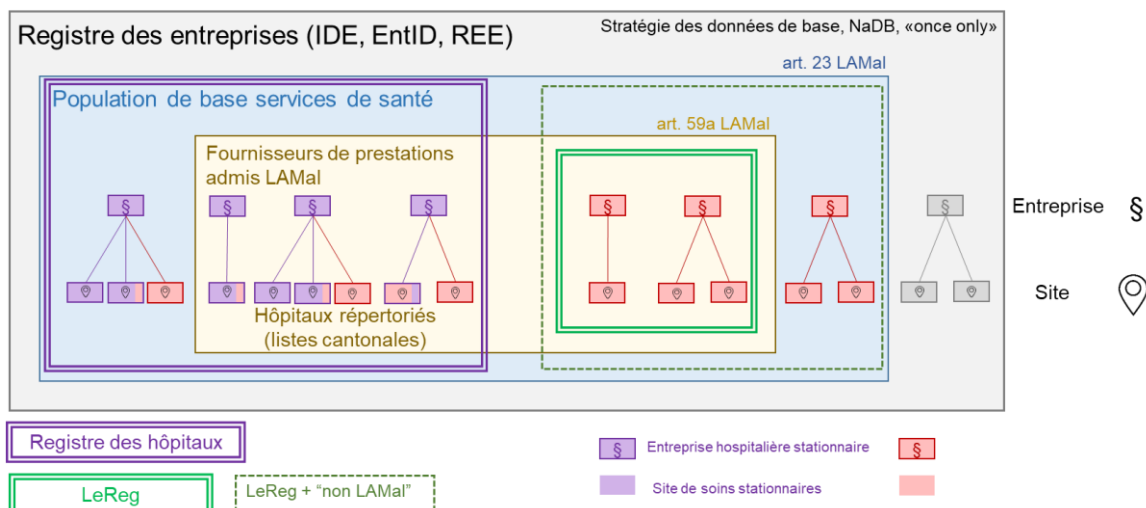


Illustration 26: Registre des hôpitaux, délimitation de la population de base

Plateforme d'interopérabilité

La *plateforme d'interopérabilité* (I14Y) est la pièce maîtresse du programme de gestion nationale des données (NaDB). Le Conseil fédéral veut rendre la gestion des données des pouvoirs publics plus simple et plus efficace. Le principe « *Once-Only* » suppose que les mêmes données puissent être utilisées à des fins différentes. Pour ce faire, ces données doivent être harmonisées et standardisées. Mais il faut aussi savoir quelles données sont disponibles. La plateforme d'interopérabilité est la référence en matière de bases de données pour l'administration suisse. Elle documente ces données publiquement, sans toutefois contenir de jeux de données elle-même. En fournissant des indications sur les détenteurs des données et les interfaces techniques (API), la plateforme I14Y facilite les échanges de données avec l'administration ou au sein de celle-ci. Le service d'interopérabilité IOS met à disposition les instruments permettant d'harmoniser les données, de les standardiser et de les réutiliser. Il gère les prestations de base de la plateforme d'interopérabilité (I14Y) et en particulier le catalogue des métadonnées et des nomenclatures.

C'est pourquoi les classifications de la statistique médicale MS actuelle (CIM-10-GM, CHOP, SPLG, etc.) se retrouveront à l'avenir sur I14Y. Le modèle de données SpiGes (basé sur le *jeu de données SpiGes*) servira par ailleurs de base à la description des variables SpiGes en vue de leur utilisation selon la LAMal et la LSF et pourra être consulté sur la plateforme d'interopérabilité.

Secteur hospitalier ambulatoire

La motion (09.3546²⁵) charge le Conseil fédéral de proposer une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de changer de système de financement. Il s'agit d'examiner un financement dual-fixe de toutes les prestations (ambulatoires et stationnaires) par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les cantons. La saisie des coûts et des revenus du domaine hospitalier ambulatoire, ainsi que les critères de délimitation des sites hospitaliers purement ambulatoires changeront avec la mise en œuvre du système demandé par l'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins ».

²⁵ 09.528: Financement moniste des prestations de soins (HUMBEL RUTH)

Délimitation avec les structures ambulatoires

Les sites de prestations ambulatoires appartenant à une entreprise hospitalière fournissent des données sur l'infrastructure servant au relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux et des maisons de naissance. SpiGes s'applique à ce relevé dans le sens où il faut pouvoir garantir la cohérence de la population de base et de l'identification des patients. Pour ce qui est du contenu, en revanche, les structures ambulatoires n'entrent pas dans le champ d'application de SpiGes.

Les établissements de santé proposant une offre de prestations ambulatoires qui ne font pas partie d'une entreprise hospitalière livrent des données dans un autre cadre et n'entrent pas dans le champ d'application de SpiGes.

Délais de collecte plus courts

Dans la pratique (c'est déjà le cas actuellement dans certains cantons), certaines entreprises hospitalières fournissent déjà leurs données en février. Si l'on pouvait raccourcir ainsi les délais à l'échelle nationale, les données SpiGes pourraient à long terme être mises à disposition plus rapidement.

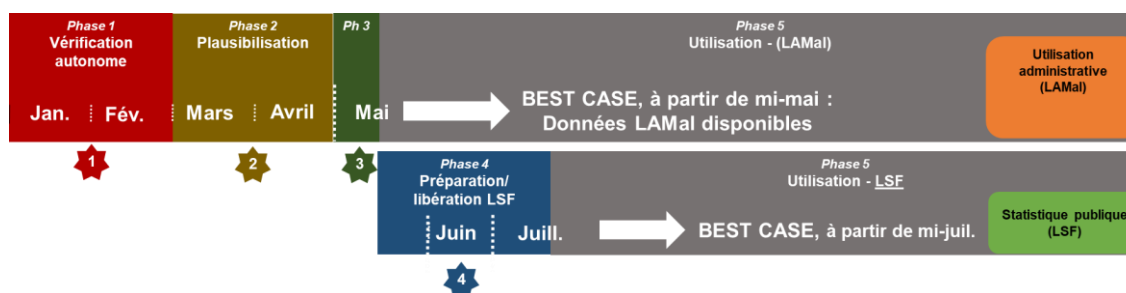


Illustration 27: Délais best case

Par conséquent, l'OFS prévoit de raccourcir progressivement les délais du relevé SpiGes :

Années		Délais			Temps prévu pour les étapes du processus (en mois)	
Relevé	Données	Vérification autonome	Plausibilisation	Données déf. LAMal	Plausibilisation	Validation
2025	2024	30.4.	30.6.	1.8.	2	1
2026	2025	15.4.	15.6.	16.7.	2	1
2027	2026	30.3.	31.5.	16.6.	2	0.5
2028 ss	2027 ss	15.3.	15.5.	31.5.	2	0,5

Tableau 3: Raccourcissement progressif des délais

Passage à une plausibilisation commune

Une fois les délais redéfinis et un ITAR_K® définitif disponible à fin mai (année de relevé) sur la plateforme SpiGes, les partenaires tarifaires se déclarent prêts à procéder à la plausibilisation commune sur la plateforme SpiGes. Cette étape est prévue pour 2028.

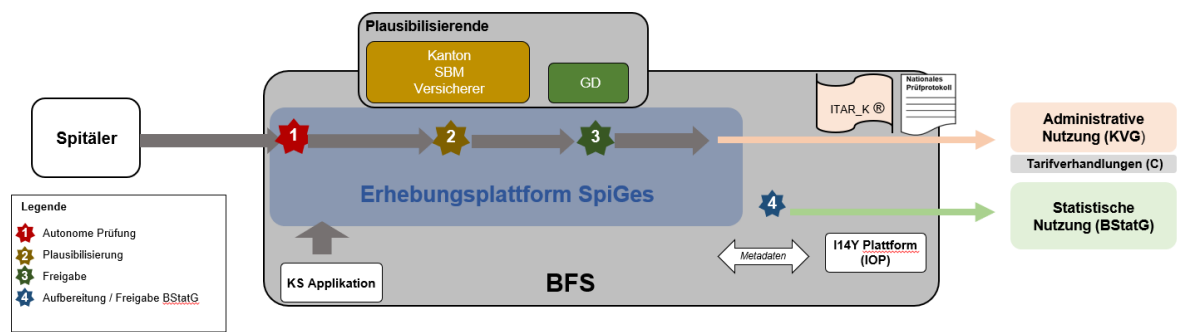


Illustration 28: Plausibilisation commune par les partenaires

7 Annexes

7.1 Plateforme de relevé cantonale et SpiGes

Certains cantons disposent déjà de leur propre plateforme permettant de collecter les données SpiGes selon le principe « Once-Only ». Ces cantons doivent s'assurer que les mêmes données SpiGes sont collectées sur la plateforme cantonale et que les mêmes vérifications SpiGes leur sont appliquées (l'API Contrôle à la source peut être utilisée à cet effet). Ils transmettent ensuite de manière automatisée toutes les données au format SpiGes à la plateforme SpiGes au moyen d'une interface. Ils fournissent également les justifications des vérifications qui ont révélé des erreurs. Le processus de clôture se fait également à l'aide de la plateforme cantonale. Pour chaque hôpital, les cantons fournissent comme résultat final un rapport de vérification approuvé à la fois par l'hôpital et par le canton.

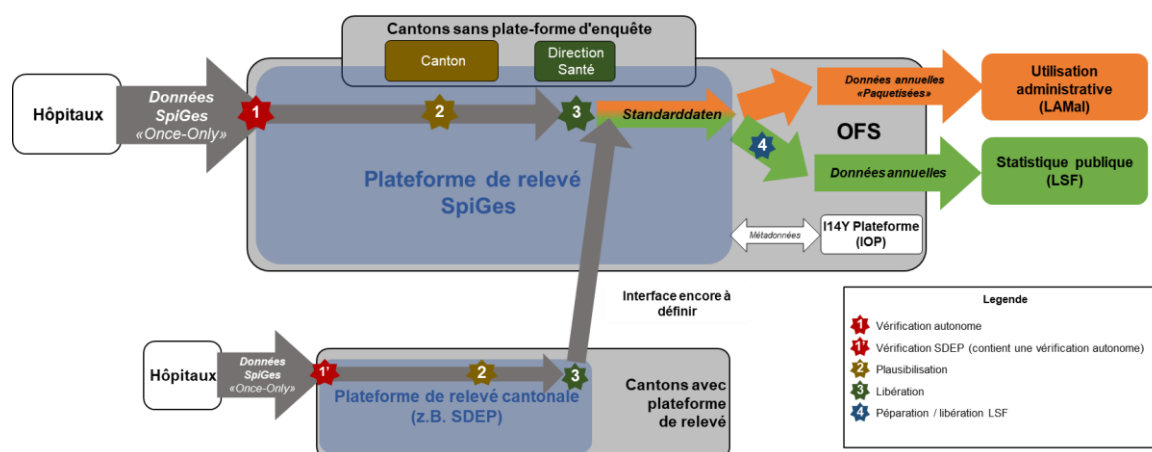


Illustration 29: Présentation / modèle cible pour les cantons utilisant la SDEP ou une autre plateforme d'enquête

7.2 Modèle de la population de base

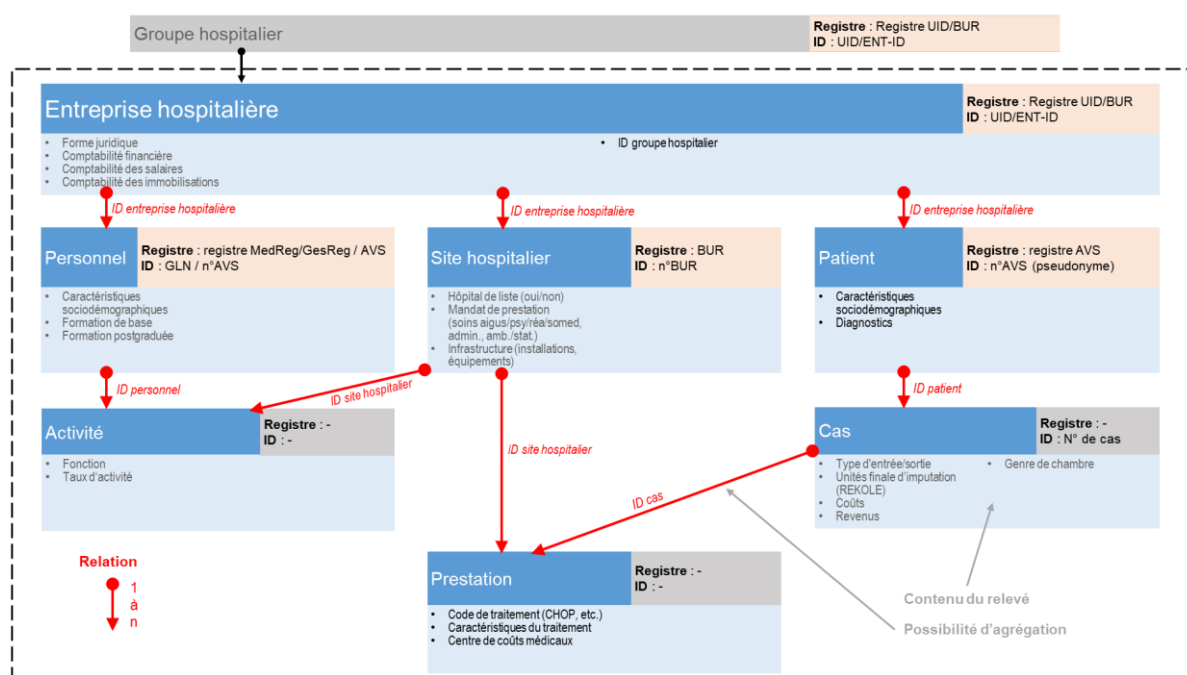


Illustration 30: Représentation détaillée de la population de base et des informations collectées dans le cadre du relevé

7.3 Glossaire

Abréviation / terme	Explication
<i>Utilisation à des fins administratives (LAMal)</i>	Le but est de surveiller le respect des dispositions de la LAMal sur le caractère économique et la qualité des prestations.
<i>Règlement de traitement (LAMal)</i>	https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.assetdetail.19924166.html
<i>OREE</i>	RS 431.903 Ordonnance sur le Registre des entreprises et des établissements https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/2253_2253_2253/fr
<i>Unité de relevé</i>	Les éléments clairement définis (p. ex. à partir d'une <i>population de base</i>) sur lesquels se base une enquête statistique et sur lesquels sont faites les observations.
<i>Plateforme du relevé SpiGes</i>	Application du relevé <i>SpiGes</i> basée sur le Web
<i>Population de base</i>	La <i>population de base</i> - ou population - désigne l'ensemble des éléments sur lesquels les observations sont faites.
<i>I14Y Plateforme d'interopérabilité</i>	La <i>plateforme d'interopérabilité</i> I14Y dresse le catalogue national des données de la Suisse et favorise des échanges efficaces entre les autorités, les entreprises et les citoyens. Elle offre une vue d'ensemble – développée en permanence – des jeux de données et des interfaces de la Confédération, des cantons et des communes tout en mettant les <i>métadonnées</i> correspondantes à disposition dans un catalogue central. https://www.i14y.admin.ch/
<i>Instance cantonale en charge du relevé</i>	Autorité cantonale qui participe à la collecte de données pour la Confédération.
<i>Métadonnées</i>	Données structurées contenant des informations sur les caractéristiques d'autres données.
<i>Rapport national de vérification</i>	Cet indicateur de la qualité des données contient les résultats des vérifications effectuées.
<i>Principe « Once-Only »</i>	Les fournisseurs de données ne livrent qu'une fois des données destinées à un usage multiple.
<i>Données de base sur les entreprises</i>	Gestion commune des données de base https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/bundesarchitektur/stammdatenverwaltung.html

Projet / gestion de programme - terminologie et abréviations	
<i>HERMES</i>	Méthode de gestion pour les projets et programmes <i>HERMES 5</i> est une norme eCH
<i>NaDB</i>	Programme national de gestion des données
<i>SpiGes</i>	Soins hospitaliers stationnaires

Termes et abréviations statistiques	
<i>LSF</i>	Loi sur la statistique fédérale
<i>FKS</i>	Statistique des coûts par cas liés au diagnostic (statistique des coûts par cas)
<i>KS</i>	Statistique (administrative) des hôpitaux
<i>MS</i>	Statistique médicale des hôpitaux

Unités et acteurs de l'administration	
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OFS</i>	Office fédéral de la statistique

<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>Forum Datenaustausch</i>	Plusieurs acteurs du système de santé suisse participent à ce forum sur l'échange des données. Le forum vise notamment la définition de normes uniformes, développées en commun, pour l'échange électronique de données. https://www.forum-datenaustausch.ch/fr/forum-datenaustausch/forum-datenaustausch/
<i>GD</i>	Direction de la santé
<i>CDS</i>	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<i>H+</i>	Association faîtière des hôpitaux, cliniques et établissements de soins de Suisse
<i>CSSS</i>	Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique
<i>SH</i>	Parties prenantes (stakeholder)
<i>SwissDRG SA</i>	Swiss Diagnosis Related Groups - institution commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons dans le système de santé suisse. Responsable de l'introduction, du développement et de la maintenance des structures tarifaires du secteur stationnaire.

Autres termes et abréviations	
<i>N° AVS</i>	Numéro d'assuré non signifiant de l'assurance-vieillesse et survivants
<i>N° REE</i>	Numéro d'identification non signifiant de l'unité locale dans le Registre des entreprises et des établissements (art. 2a, al. a, et art. 3, al. c, <i>OREE</i>). Dans le relevé <i>SpiGes</i> , le numéro REE représente le site de l'hôpital ; selon la définition de la <i>plateforme d'interopérabilité</i> : https://www.i14y.admin.ch/fr/datasets/ENTERPRISE_MASTER_DATA/d_atastructure#structure-2
<i>CHOP</i>	Classification suisse des opérations
<i>ENT-ID</i>	Numéro d'identification non signifiant de l'entreprise (numéro ENT-ID) dans le Registre des entreprises et des établissements (art. 3, al. m, <i>OREE</i>). Dans <i>SpiGes</i> , le numéro ENT-ID représente l'entreprise hospitalière.
<i>CIM-10</i>	Classification internationale des maladies Classification des diagnostics
<i>TIC</i>	Technologies de l'information et de la communication
<i>IOS</i>	Service d'interopérabilité
<i>ITAR_K®</i>	Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation
<i>CIMHS</i>	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
<i>CUFI</i>	Comptabilité analytique par unité finale d'imputation
<i>REKOLE®</i>	Révision de la comptabilité analytique
<i>SDEP</i>	Plateforme de relevé des données hospitalières (cantons de ZH et de BE)
<i>ST Reha</i>	Structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière
<i>TARPSY</i>	Structure tarifaire nationale pour la psychiatrie stationnaire
<i>IDE</i>	Numéro d'identification de l'unité légale <i>Unité légale : une personne morale ou une personne physique exerçant une activité indépendante, assujettie à la LIDE et inscrite au registre IDE</i> (définition selon l'art. 2a, al. b, <i>OREE</i>).