



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

**Statistiques des établissements de santé
(soins intra muros)**

Statistique des établissements de santé non hospitaliers

c o n c e p t i o n d é t a i l l é e

v . 0 2 . 1

Table des matières

1	Introduction	3
1.1	Cadre général.....	3
1.2	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, 1997	4
1.3	Motifs de la révision de la statistique des établissements de santé non hospitaliers	5
2	Résultats de la statistique	7
2.1	Objectifs.....	7
2.2	Analyse des besoins	7
2.3	Descripteurs et indicateurs.....	10
3	Champ du relevé	11
3.1	Unité de relevé et définition des établissements.....	11
3.2	Classification des établissements	12
3.3	Etablissements exclus du relevé	13
4	Contenu du relevé	14
4.1	Descriptif des chapitres	14
	A. Données générales.....	14
	B. Places disponibles.....	14
	C. Personnel	14
	D. Clients.....	15
	E. Comptabilité	15
4.2	Résumé des principaux changements.....	17
5	Organisation et déroulement du relevé	18
5.1	Définition des tâches et principes d'organisation	18
5.2	Axes du relevé.....	19
6	Protection des données et accès aux données	20
6.1	Cadre général.....	20
6.2	Transmission des données à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).....	21
6.3	Transmission des données à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).....	22
6.4	Transmission des données à la Surveillance des prix.....	22
6.5	Transmission des données aux instances cantonales.....	23
7	Publications et analyses statistiques	24
8	Annexes	26
	Bases légales.....	26

1 Introduction

Le présent chapitre propose dans un premier temps de retracer brièvement l'histoire de la statistique des établissements de santé non hospitalier et de poser le cadre général dans lequel elle s'inscrit. A cette première partie succédera une description succincte du contenu de la version initiale du questionnaire, auquel les établissements ont eu à répondre pour les années de relevé 1997 à 2005. Dans un dernier temps seront exposées les raisons qui ont déterminé la nécessité de réviser le questionnaire de la statistique.

1.1 Cadre général

Le projet d'établir une statistique fédérale des établissements de santé a vu le jour à la fin des années 1970. Afin d'opérationnaliser un tel relevé, les bases légales ont été complétées puis deux enquêtes réalisées auprès d'établissements pilotes. Celles-ci ont permis de cibler l'univers de l'enquête puis de fournir les bases nécessaires à la rédaction d'une conception générale, présentée finalement en automne 1995.

Cette conception générale a été remise aux différents acteurs concernés par un tel projet statistique, à savoir les services cantonaux de santé publique, associations professionnelles représentant les milieux hospitaliers et socio-médicaux, offices fédéraux impliqués, etc., qui ont accueilli favorablement l'idée d'instaurer un système d'information sanitaire tel que décrit dans la conception générale. Ce document spécifie que les établissements concernés par le relevé doivent offrir des possibilités d'hébergement à des patients ou des pensionnaires pris en charge pour une intervention, un examen, une surveillance, des soins ou une assistance pour un handicap physique ou psychique. Dans la conception générale sont également définies les modalités de récolte des données, qui prévoient un relevé s'articulant autour de quatre axes :

- Relevé des données d'exploitation des hôpitaux (statistique des hôpitaux) ;
- Relevé des diagnostics et des opérations des patients hospitalisés (statistique médicale des hôpitaux) ;
- Relevé des données d'exploitation des établissements de santé non hospitaliers (statistique des établissements de santé non hospitaliers) ;
- Relevés des données économiques par cas (statistique des coûts par cas).

Ces quatre axes de relevés contribuent à améliorer la connaissance du fonctionnement des établissements de santé. Les objectifs sont de donner un aperçu de l'offre, des prestations et des données financières du réseau de santé suisse et d'en observer l'évolution, de surveiller la population au niveau épidémiologique, et enfin d'alimenter la base de données destinée à la recherche et au public.

Exploités judicieusement, les résultats de ces relevés permettent d'optimiser les planifications cantonales et fédérale en matière de prise en charge socio-sanitaire et de favoriser la coopération intercantonale au niveau de la couverture sanitaire.

Le fait que les établissements soient soumis à l'obligation de renseigner – excepté pour le projet à caractère facultatif des coûts économiques par cas – et que les relevés, de par leur portée nationale, puissent outrepasser les disparités cantonales en proposant des définitions partagées, garantit l'obtention de données complètes, comparables et cohérentes.

La statistique des hôpitaux et la statistique des établissements de santé non hospitaliers débutent dans toute la Suisse au 1^{er} janvier 1998 pour les données portant sur l'année 1997. La statistique médicale est quant à elle introduite en 1999 (pour les données 1998) et la statistique des données économiques par cas en 2004 (données 2003).

1.2 Statistique des établissements de santé non hospitaliers, 1997¹

La statistique des établissements de santé non hospitaliers correspond donc à l'une des composantes du système d'information sanitaire de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il s'agit d'une statistique à caractère officiel et obligatoire pour tous les établissements de santé non hospitaliers. Sont reconnus comme tels les établissements en activité 24 heures sur 24 qui hébergent ou accueillent des personnes pour une prise en charge intra-muros. Ladite prise en charge, pouvant être d'ordre médical et/ou social, doit être de longue durée. Les institutions concernées sont les maisons pour personnes âgées, les homes médicalisés, les établissements médico-sociaux, les institutions pour handicapés, les institutions pour personnes souffrant de dépendance, les établissements spécialisés dans les traitements psychosociaux ainsi que les maisons de cure et de convalescence. La liste des établissements est extraite du Registre des entreprises et des établissements et confirmée par les services cantonaux concernés. Le classement des institutions par catégorie est effectué a posteriori selon une typologie hiérarchique qui tient compte de la mission de l'établissement et de la gamme principale des prestations offertes.

La statistique des établissements de santé non hospitaliers est une statistique administrative, cherchant à décrire avant tout l'infrastructure et les activités des institutions : à cadence annuelle, les institutions procèdent au recensement de leurs prestations, de la population hébergée, du personnel assurant son accompagnement ainsi que de leurs comptes d'exploitation.

Le questionnaire de l'année 1997 est structuré en six chapitres qui incluent les variables suivantes :

1 Données générales

Cette partie vise à donner un aperçu général de l'établissement et de son statut. On y recense des données identifiantes (numéro de l'établissement, adresse), ainsi que la nature juridique et le statut économique de l'institution.

2 Offre de prestations

¹ Cf. Office fédéral de la statistique, *Conception détaillée de la statistique des établissements de santé non hospitaliers*, 1997.

Les prestations de l'établissement sont recensées : elles couvrent les soins médicaux et infirmiers, les activités de conseil, les services sociaux et les services d'occupation, les services des soins corporels et les services thérapeutiques. Il s'agit également d'informer sur le service d'infrastructure de l'établissement.

3 Emploi

Les personnes employées et au bénéfice d'un contrat avec l'établissement au 31 décembre sont relevées. L'effectif total et les équivalents plein temps sont repris selon les ventilations par niveau de formation et par types de prestations.

4 Hébergement, prise en charge

Les lits, les places, les personnes et les journées d'hébergement et de prise en charge sont ventilés dans les groupes suivants : personnes âgées et/ou malades chroniques, personnes en psychiatrie, personnes handicapées et autres. Les personnes hébergées et prises en charge sont ventilées par canton de domicile, en classes d'âges quinquennales et selon le sexe.

5 Personnes selon le degré de prise en charge, effectif au 31.12

On ventilera l'effectif des personnes âgées et/ou malades chroniques selon l'ampleur des soins qu'elles requièrent, les personnes handicapées quant à elles sont réparties selon le handicap principal dont elles sont affectées ainsi que selon leur degré d'impotence.

6 Comptabilité financière

Une comptabilité d'exploitation, basée sur le plan comptable H+/VESKA, est exigée de la part des établissements, de même qu'une comptabilité d'investissement et une comptabilité hors exploitation. Sont également indiquées toutes les participations à la couverture du déficit.

Après quelques années d'existence, le contenu de la statistique demande à être révisé selon les modifications intervenues dans les conditions cadre. En effet, au vu de l'évolution du contexte législatif et des besoins des partenaires, la nécessité d'une révision de la statistique des établissements de santé non hospitaliers s'impose et est entreprise dès l'automne 2002. Cette révision appelle des modifications en profondeur en vue de produire un nouveau relevé qui soit stable pour plusieurs années.

1.3 Motifs de la révision de la statistique des établissements de santé non hospitaliers

Les raisons de la nécessité de réviser le questionnaire de la présente statistique se situent à plusieurs niveaux.

– Le questionnaire se doit d'intégrer dans son cadre les nouvelles exigences liées à la Loi sur l'assurance maladie (LAMal)².

En particulier, l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie [OCP]³, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, concerne dans le cadre de la présente statistique tous les établissements autorisés à exercer à charge de la LAMal (selon art. 39 al. 3). Cette ordonnance exige des établissements concernés la tenue d'une comptabilité analytique ainsi que l'établissement d'un relevé des prestations fournies.

L'article 14 al. 1 de l'OCP précise que la statistique des prestations doit être établie en coordination avec la statistique des établissements de santé de l'Office fédéral de la statistique.

– Les institutions ont l'obligation de rendre compte de leurs activités à de nombreuses instances de contrôle et de gestion. La révision est entreprise avec la volonté de coordonner la statistique des établissements de santé non hospitaliers avec les autres relevés existants (Office fédéral des assurances sociales, santé-suisse, Office fédéral de la justice). De ce fait est épargnée aux établissements une surcharge de travail administratif occasionné par les doubles relevés. Une telle rationalisation tend ainsi à agir de manière positive sur la qualité de l'information collectée.

– Au niveau de l'OFS, le questionnaire doit être révisé dans le sens d'une coordination avec les autres statistiques portant sur les fournisseurs de prestations (intra-muros). L'objectif visé est de procéder à l'harmonisation des outils d'exploitation ainsi que d'utiliser des définitions standards et des procédures méthodologiques communes. Ce sont là les conditions de base pour la constitution d'un véritable système d'information sanitaire solide et cohérent.

– La révision de cette statistique vise à son actualisation et à son optimisation: il s'agit d'éviter le recueil d'informations dont l'exploitation est trop limitée ou impossible et dont les causes peuvent être autant l'isolement des variables — voire des parties du questionnaire—, que la mauvaise qualité de l'information collectée ou la non-pertinence et l'obsolescence des variables. Il s'agit également dans ce sens de considérer les changements qui viennent modifier les pratiques déployées dans le champ socio-sanitaire suisse.

– Le relevé révisé entend considérer plus en avant les particularités des secteurs d'activités représentés dans l'échantillon de base, en particulier le domaine de l'assistance aux personnes handicapées. Un effort doit être entrepris dans le sens d'une spécialisation du questionnaire pour ces établissements, qui constituent 22% de l'univers du relevé.

² Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal), RS 832.10.

³ Cf. annexe A « Bases légales », Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP), RS 832.104.

– Au niveau formel, des données récoltées sous forme agrégée offrent des possibilités d'exploitation relativement limitées, au contraire de données relevées sous forme d'enregistrements individuels. Dès lors, la révision de la statistique marque le passage d'un relevé agrégé à un relevé individuel pour les chapitres concernant le personnel et les clients. Un cryptage des informations relatives à l'identité des clients garantit la protection des données sensibles.

2 Résultats de la statistique

2.1 Objectifs

Pour tout relevé effectué en application de la loi fédérale sur la statistique, la Confédération est tenue de préciser le but et la base juridique du traitement, les catégories de participants et celles des destinataires des données⁴. Au niveau des objectifs généraux, la statistique des établissements de santé non hospitaliers doit permettre :

- de donner un aperçu, au niveau suisse, de l'offre complète des prestations et des résultats comptables des établissements de santé non hospitaliers;
- de mettre en évidence les changements structurels de l'offre et des prestations;
- de fournir les bases nécessaires pour la collaboration intercantonale en matière de planification de la couverture sanitaire, à moyen et long terme;
- de produire des données destinées à la recherche scientifique ou à d'autres projets statistiques.

En vue d'un relevé, les objectifs généraux doivent être affinés et rattachés aux besoins particuliers des partenaires de la statistique.

2.2 Analyse des besoins

Lorsque la révision de la statistique des établissements de santé non hospitaliers a été amorcée, l'Office fédéral de la statistique a procédé à la constitution d'un groupe d'accompagnement réunissant autant des fournisseurs que des utilisateurs de données, ainsi que des statisticiens, soit des représentants des instances suivantes :

- Office fédéral de la santé publique (secteur LAMal)
- Office fédéral des assurances sociales (secteur assurance invalidité)
- services de santé publique cantonaux
- offices cantonaux d'action sociale (secteur AI)
- offices cantonaux de statistique
- associations d'institutions pour personnes âgées et handicapées
- direction d'établissements pour personnes âgées et handicapées
- santésuisse – association faitière des assureurs maladie

⁴ Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF) RS 431.01, art. 4.

Ce groupe a rempli un rôle d'expertise auprès de l'OFS à qui il a apporté conseil et soutien. Les membres qui ont pu s'exprimer dans ce cadre ont pu faire rendre possible l'ajustement du relevé au plus près de leurs réalités.

Au printemps 2003, une étude de besoins menée de manière plus systématique auprès de ces partenaires a permis la clarification et l'identification des besoins et attentes liées à la statistique. Ces derniers se sont révélés d'une diversité telle que l'OFS s'est dû de les synthétiser et de les hiérarchiser pour qu'en fin de compte, ce ne soient que des données nécessaires, utiles et exploitables qui soient relevées. La statistique des établissements de santé non hospitaliers se veut un relevé commun qui puisse répondre aux besoins exprimés des différents partenaires sans représenter toutefois une charge trop importante pour les établissements astreints à l'obligation de renseigner. Les résultats de l'étude de besoins, présentés par principaux groupes de partenaires, sont décrits ci-après.

a. Offices cantonaux de santé publique

Les services cantonaux de santé publique, en tant qu'utilisateurs finaux de données, souhaitent disposer d'une base d'informations suffisamment riche pour l'accomplissement des tâches suivantes :

- juger de la suffisance et de l'adéquation de l'offre ;
- garantir la qualité des prestations ;
- surveiller et soutenir les activités du réseau institutionnel ;
- procéder à des analyses de type benchmarking ;
- déterminer les besoins actuels et futurs de la population ;
- planifier l'offre à moyen et long terme ;
- approuver les tarifs.

Les informations requises pour l'accomplissement des tâches de gestion et de planification se traduisent au niveau du contenu du relevé par la présence souhaitée des variables suivantes.

- **Au niveau de l'établissement** : nombre d'établissements, nombre de places, taux d'occupation, date d'ouverture-fermeture, journées d'exploitation par année.

- **Au niveau de l'emploi** : dotation en personnel, souhaitée sous forme d'enregistrements individuels avec indication de la formation et de la fonction. Recensement tout au long de l'année.

- **Au niveau de la clientèle** : recensement des personnes hébergées dans les structures cantonales, selon âge et sexe, avec indication des nouvelles sorties et entrées, le nombre de journées d'hébergement, le taux d'occupation. Données concernant la provenance (institutionnelle et domicile légal) et la destination des patients.

- **Au niveau de la comptabilité** : charges totales, charges LAMal pour les établissements concernés.⁵

⁵ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 39 al. 3.

b. Offices fédéraux

– Office fédéral de la santé publique (OFSP):

Les besoins particuliers d'information exprimés par l'OFSP, division LAMal, concernent les établissements admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins⁶. Il s'agit surtout d'assurer la récolte des informations liées à l'admission des établissements ainsi qu'à la rémunération de leurs prestations⁷. Ceci implique la récolte, à côté des données relatives à la disponibilité en personnel qualifié et en places pour les résidents, d'informations liées au cadre défini dans l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP)⁸. Les objectifs liés à l'OCP sont notamment de permettre de déterminer les prestations et les coûts des soins qui sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Pour cette raison en particulier l'information sur le nombre de journées de soins des patients par niveau de soins requis et sur les coûts des soins requis dans les établissements médico-sociaux doit être disponible.

– Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Les besoins exprimés par l'OFAS concernent les établissements pour personnes handicapées – lesquels doivent remplir les conditions décrites dans l'art. 73 de la loi sur l'assurance invalidité⁹. L'OFAS revoit cependant ses besoins d'information — en vue de la surveillance des établissements AI — à la baisse suite à la modification du système de financement des institutions pour personnes handicapées. Il est en effet du ressort des cantons de verser dès le 1^{er} janvier 2008 les forfaits découlant des contrats de prestations aux personnes en institution : au niveau organisationnel, la responsabilité est donc transférée dans une large mesure de l'Office fédéral des assurances sociales aux cantons. Ce sont ainsi les offices cantonaux d'action sociale qui auront besoin des informations nécessaires à la surveillance, au pilotage ainsi qu'à la planification des activités déployées dans le secteur handicap.

c. Etablissements concernés

Les fournisseurs de données — institutions, associations — souhaitent via un relevé fédéral, basé sur des définitions communes, parvenir à une harmonisation et à une comparabilité des coûts pour les prestations individuelles. Une tendance à vouloir procéder à des analyses de type benchmarking se dessine auprès des associations d'institutions œuvrant dans le domaine handicap ou personnes âgées. La

⁶ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 39 et 50.

⁷ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 39 et 50.

⁸ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP), RS 832.104.

⁹ Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI) RS 831.20.

volonté est aussi exprimée d'élaborer des indicateurs de qualité et d'efficacité sur la base de la statistique des établissements de santé non hospitaliers.

d. Instituts de recherche

La statistique des établissements de santé non hospitaliers, de par sa base légale, a pour unité statistique l'établissement et non le patient au sujet duquel peu d'informations de type médical sont saisies. Toutefois, le relevé des degrés de soins requis et des indications sur le type de handicap des patients fournissent une information de nature épidémiologique. La statistique est utile dans ce sens à la recherche médicale et pour des études sociodémographiques.

e. Assureurs

L'association faîtière des assureurs maladie santésuisse exprime la volonté de ne pas procéder elle-même à son relevé auprès des institutions autorisées à exercer à charge de la LAMal mais d'utiliser, afin d'exercer ses tâches de contrôle et de maîtrise des coûts maladie, les données de la statistique des établissements de santé non hospitaliers. Les variables souhaitées concernent le nombre de journées par niveau de soins, les changements de niveau de soins enregistrés par l'établissement, le personnel qui y est employé. L'OFS ne peut cependant envisager de procéder, comme le souhaite santésuisse, au relevé systématique des prestations uniques, par patient. L'OFS relèvera plutôt les niveaux de soins requis, qu'il faut considérer comme des prestations à l'acte agrégées.

2.3 Descripteurs et indicateurs

Les besoins des partenaires ont dicté l'orientation du contenu du questionnaire et des variables saisies : d'un point de vue opérationnel, afin de pouvoir répondre à ces attentes, le nouveau relevé devra permettre de calculer les descripteurs et les indicateurs suivants :

Données générales – offre de prestations :

- Nombre de places
- Nombre d'établissements, par type, et taux pour 100 000 habitants (au niveau suisse, par région, par canton) ; nombre de lits par canton, taux par rapport à la population cantonale.

Personnel :

- Nombre et structure du personnel médical, infirmier, éducatif, de maison
- Salaire infirmier moyen
- Salaire éducatif moyen
- Dotation infirmière
- Emploi en équivalents plein temps selon type d'établissement
- Nombre et structure du personnel selon le type d'établissement
- Formation du personnel selon les centres de charges.

Clients :

- Pourcentage de patients hors canton
- Nombre de cas
- Nombre d'entrées et de sorties
- Nombre de journées de séjour
- Nombre de journées par niveau de soins
- Nombre de personnes par niveau de soins
- Nombre d'enfants par poste d'éducateur (école spéciale)
- Nombre de personnes nécessitant des soins par poste de personnel infirmier
- Nombre d'enfants par classe spécialisée
- Moyenne d'âge des résidants selon le type d'établissement
- Moyenne d'âge à l'entrée dans les établissements médico-sociaux, selon canton
- Durée moyenne de séjour et de prise en charge par type d'établissement
- Durée moyenne de séjour et de prise en charge par catégorie de population.

Comptabilité :

- Répartition des subventions, degré de couverture des coûts
- Mode de subventionnement selon type d'établissement
- Dépenses d'exploitation des établissements.
- Coûts LAMal
- Structure des coûts (par centre de charge/nature des charges)
- Coûts par personne hébergée
- Coûts par journée de séjour
- Part de sous-traitance (en francs).

3 Champ du relevé

3.1 Unité de relevé et définition des établissements

La statistique administrative des établissements de santé non hospitaliers porte sur les institutions. Le relevé est répété chaque année de façon à fournir des données sur une année complète (année d'exercice). Pour les chapitres clients et personnel, les données saisies concernent toute l'année d'exercice. Une personne ayant séjourné en institution durant le premier semestre de l'année figurera dans le relevé tout comme un employé qui n'aurait travaillé que durant quelques mois.

Les établissements soumis à l'obligation de renseigner répondent à la définition suivante :

« Un établissement de santé non hospitalier est une maison qui accueille des patients, des pensionnaires ou des personnes handicapées pour des soins et/ou une assistance intra-muros, pour une réadaptation ou encore pour une occupation professionnelle et sociale. Il faut dans ce cas que les soins ou l'assistance soient

continus, et que le rapport entre personnes assistées et personnel qualifié soit équilibré. »

En matière de surveillance médicale, il suffit qu'un médecin soit disponible en cas de besoin : il ne doit donc pas être disponible dans l'établissement en tout temps dans des délais prescrits. Un home est une sorte de maison d'habitation, les séjours y sont en moyenne longs et se caractérisent par une prise en charge sociale et médicale.

Cette définition permet d'établir la liste des établissements constitutifs du panel du relevé. Les établissements sont ensuite répartis en catégories : la classification présentée ci-dessous sert avant tout à l'organisation du relevé et à la répartition uniforme des établissements d'après la nomenclature générale des activités économiques (NOGA)¹⁰ coordonnée avec différentes autres statistiques, de la Confédération et des autres pays européens.

3.2 Classification des établissements

1 Maisons pour personnes âgées. Institutions qui s'occupent de personnes âgées nécessitant une surveillance ou une assistance, voire des soins. Ces institutions ne sont pas admises à fournir et à facturer des prestations LAMal¹¹.

[Code NOGA : 85.31A]

2 Etablissements médico-sociaux – homes médicalisés. Institutions qui soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Ces institutions sont admises à fournir des prestations LAMal à des patients pour une longue durée.

Ce genre ne comprend pas les activités des cliniques gériatriques.

[85.31B]

3 Institutions pour handicapés. Institutions qui accueillent des personnes handicapées physiques, psychiques ou mentales (enfants et/ou adultes) et dont la mission est leur insertion sociale et professionnelle. Sont également compris dans cette catégorie les maisons d'aveugles, de sourds, de sourds-muets, etc.

[85.31C]

4 Institutions pour personnes dépendantes. Institutions (sans soins médicaux) qui accueillent des personnes souffrant de dépendances (alcool ou drogue). Ces institutions visent à la réinsertion dans la société des personnes hébergées et le rétablissement de leurs compétences personnelles en vue d'une vie autonome. Ne sera recensée dans la présente statistique que l'activité financée selon art.73 LAI¹².

[85.31D]

5 Établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux. Institutions qui prennent en charge des patients présentant des troubles d'ordre psychique et qui nécessitent un traitement et une assistance psychosociale.

[85.31E]

¹⁰ Cf. Office fédéral de la statistique, *NOGA Nomenclature générale des activités économiques*, Berne 2002.

¹¹ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 39 al. 3.

¹² Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI) RS 831.20, art. 73.

Les types d'établissements décrits ci-dessus sont regroupés dans la classe NOGA 85.31 « Action sociale avec hébergement ». Cette classe comprend les activités exercées 24 heures sur 24 qui visent à fournir une assistance sociale aux enfants, aux personnes âgées et à des catégories particulières de personnes dont l'autonomie est limitée, sans toutefois que les soins médicaux, l'enseignement ou la formation jouent un rôle prédominant.

Chaque établissement est attribué par l'OFS à une classe, ceci en collaboration avec les services cantonaux compétents.

A partir de la définition d'un établissement de santé et de la classification proposée, il est encore possible de préciser quelles sont les institutions qui ne font pas partie de l'univers du relevé.

3.3 Etablissements exclus du relevé

Sont exclus du relevé:

- l'ensemble des structures de prise en charge sociale ou sanitaire à caractère ambulatoire ;
- les établissements qui n'offrent pas de possibilités d'hébergement ou dont le volet hébergement n'a qu'une utilité pratique (par ex.: les écoles spéciales dans lesquelles l'hébergement sert uniquement à éviter des déplacements aux pensionnaires et non à une prise en charge de nuit de ces mêmes pensionnaires) ;
- les établissements dont l'activité se limite à l'administration de l'institution (ni surveillance, ni soins, ni assistance), ou dont l'encadrement est uniquement administratif (immeubles sans encadrement médico-social (appartements protégés) et foyers de jour non rattachés à des établissements) ;
- les établissements qui répondent aux critères « intra-muros » mais qui emploient moins de 1 personne en équivalent plein temps (employée ou bénévole) et dont le nombre de lits est inférieur à 5 (les critères sont applicables à la statistique fédérale) ;
- les institutions fermées (par ex. monastères, cloîtres, clubs, etc.) ;
- les foyers pour enfants et adolescents, notamment : des orphelinats, des institutions qui accueillent momentanément des enfants séparés de leurs parents, des foyers qui accueillent des écoliers pendant leur scolarité ;
- les maisons d'éducation qui accueillent, hébergent et rééduquent des mineurs par suite d'une décision de justice, y compris les établissements qui sont subventionnés par l'Office de la justice sur la base de la loi sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures¹³, ordonnance d'exécution du 29 octobre 1986¹⁴ ;
- les institutions qui exercent des activités 24 heures sur 24 et visant à fournir une assistance à des personnes dont l'autonomie est limitée : femmes, mères

¹³ Loi fédérale du 5 octobre 1984 sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures, LPPM (RS 341).

¹⁴ Ordonnance du 29 octobre 1986 sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures, OPPM (RS 341.1).

- avec enfants, vagabonds, sans-abri, réfugiés, personnes sortant de prison, etc. ;
- les centres de cures et de convalescence qui ne figurent ni sur liste cantonale des hôpitaux, ni sur la liste cantonale des établissements médico-sociaux.

4 Contenu du relevé

4.1 Descriptif des chapitres

A. Données générales.

Cette première partie du relevé vise à identifier l'établissement et à connaître la position qu'il occupe dans le réseau sanitaire suisse. Il s'agit pour ce faire de décrire l'établissement du point de vue économique, juridique et de sa mission, ainsi que de déterminer le groupe de population qui y est majoritairement représenté.

B. Places disponibles

Le chapitre « Places disponibles » permet de mesurer la capacité d'accueil de l'établissement et de connaître précisément le nombre de places réservées pour des séjours de longue/courte durée. Pour les établissements subventionnés par l'assurance invalidité, le détail des places disponibles par type est exigé¹⁵.

Croisées avec le recensement des patients, ces indications permettent de calculer le taux d'occupation des établissements et servent de bases aux politiques de planifications cantonales et fédérale.

C. Personnel

Le personnel est relevé sous forme d'enregistrements individuels, chaque enregistrement correspondant à un poste de travail. Toutes les personnes qui se trouvent ou qui se sont trouvées au cours de l'année d'exercice sous contrat de travail avec l'établissement sont recensées. Sont exclues de ce recensement les personnes bénévoles non rémunérées.

En principe, chaque enregistrement correspond à un poste de travail avec des caractéristiques liées à l'identité de l'employé ainsi qu'à ses conditions d'engagement.

Un relevé de type individuel est garant d'une meilleure qualité et lisibilité de l'information, de même qu'il simplifie le traitement et l'exploitation des données. Il permet d'avoir une image claire de l'affectation du personnel de l'établissement. Enfin, le recensement entend porter sur toutes les personnes ayant travaillé durant l'année du relevé, indépendamment de leur présence au 31 décembre.

¹⁵ Home avec occupation, home, centre de jour, atelier d'occupation permanente, mesures professionnelles, école spéciale, home pour enfants sans école, prestations art. 74.

Les données sur l'emploi servent au calcul de la densité du personnel par patient et sont utiles à l'estimation du besoin en personnel de l'établissement. Ces informations sont importantes comme indicateur de la qualité de la prise en charge et de l'encadrement des personnes hébergées et informent plus globalement sur les domaines d'activité déployés dans l'établissement.

D. Clients

Cette partie du relevé prend pour unité statistique les clients, ceux-ci étant recensés sous forme d'enregistrements individuels. Les données récoltées fournissent des indications sur le profil des personnes résidentes – âge, sexe, soins requis, handicaps – ainsi que sur la nature du séjour ou de l'accompagnement dont elles bénéficient au sein de l'établissement – date d'arrivée, de départ, nombre de journées/heures facturés, provenance, destination.

Un relevé par patient offre, par rapport à une information agrégée, des possibilités d'exploitation plus étendues. Des croisements effectués judicieusement entre des données de type démographique et des variables relatives aux soins et à la nature du séjour autorisent la détermination de types de parcours, de patients, de pathologies.

Les informations permettant l'identification du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance) sont cryptées et transformées en un code de liaison garantissant l'anonymat des données de base. Ce dernier, généré de la même manière dans la statistique médicale de l'OFS¹⁶, permet de recouper les informations sur les patients et offre par là même la possibilité de suivre le parcours des individus dans le système de santé.

Enfin, le relevé du nombre de journées par niveau de soins requis répond aux exigences édictées par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)¹⁷. Selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les assureurs maladie doivent prendre en charge les coûts des prestations obligatoires énoncées, fournies sur la base de l'évaluation des soins requis, et rémunérées par des tarifs échelonnés selon le niveau des soins requis. Cette même ordonnance exige des instruments d'information clinico-administratif permettant d'évaluer la quantité des soins requis qu'ils comportent au minimum quatre niveaux¹⁸.

E. Comptabilité

¹⁶ Cf. Office fédéral de la statistique, *Conception détaillée de la statistique médicale*, ainsi que *La protection des données dans la statistique médicale*, 1997.

¹⁷ Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) RS. 832.112.31, art. 9.

et Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) RS 832.104, art. 14 al. 2.

¹⁸ Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) RS. 832.112.31, art. 7 à 9.

Le présent chapitre s'aligne, pour le questionnaire A, sur le plan comptable développé par la Commission pour l'économie et la politique du Forum helvétique accueil prolongé personnes âgées¹⁹ en collaboration de praticiens et de spécialistes. Le plan repris par le formulaire statistique permet de représenter les coûts exigés par la LAMal. Il présuppose que ces coûts soient répartis au préalable selon les exigences de la LAMal. Celle-ci demande aux établissements médico-sociaux (EMS) d'attester des coûts des soins et de leurs prestations grâce à une comptabilité analytique uniforme et une statistique des prestations²⁰. Le Conseil fédéral entend par comptabilité analytique une comptabilité complète, incluant les charges par nature, les centres de charges et les unités finales d'imputation. Les unités finales d'imputation définies par le Forum et repris dans le formulaire statistique incluent l'hôtellerie, les activités et soins non-LAMal, les soins LAMal, la thérapie, le service médical, les médicaments LS (Liste des spécialités) ainsi que le matériel LiMA (Liste des moyens et appareils). Les recettes des établissements peuvent également être réparties en fonction des unités finales d'imputation prévues dans le plan comptable du Forum.

Les établissements accueillant des personnes âgées [NOGA 85.31A] ne sont pas astreints à l'obligation de tenir une comptabilité analytique. Quant à la comptabilité des investissements, elle est obligatoire uniquement pour les établissements autorisés à exercer à charge de la LAMal.

Le modèle de comptabilité du questionnaire B est largement inspiré de celui développé par l'association des institutions sociales Heimverband Schweiz. Bien qu'il n'existe pas de base légale exigeant la tenue d'une comptabilité analytique pour les établissements subventionnés par l'assurance invalidité, ceux-ci ont toutefois la possibilité de répartir leurs coûts dans les centres de charges principaux suivants : home avec occupation, home, centre de jour, atelier de développement personnel, mesures professionnelles, école spéciale, home pour enfants sans école. Dans l'impossibilité de procéder à la répartition des coûts et/ou des recettes, les établissements ont l'obligation d'indiquer les totaux.

¹⁹ Cf. manuel « Comptabilité analytique et statistique des prestations pour homes médicalisés », Forum helvétique accueil prolongé personnes âgées.

²⁰ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) RS 832.104.

4.2 Résumé des principaux changements

Les principaux changements qu'amène le questionnaire révisé sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Ancien questionnaire	Nouveau questionnaire	Explications
Données générales Identification Adresse Nature juridique Statut économique	<i>Adjonction de variables :</i> Date d'ouverture et fermeture d'établissement N° Concordat des assureurs maladie Journées d'exploitation par an Nombre d'heures travaillées pour un équivalent plein temps selon compte salaire	
Offre de prestations	<i>Chapitre supprimé</i>	Les données récoltées dans la partie « prestations » sont de mauvaise qualité faute de définitions claires et univoques. Il ne s'agit pas là d'informations à proprement parler statistiques, rendant toute exploitation difficile.
	Nouveau chapitre Places disponibles Places long/court séjour Places LAMal/non-LAMal Type de places pour handicapés Autres prestations AI	Une coordination avec les typologies des autres offices fédéraux et cantonaux est assurée. Les définitions sont ainsi partagées. Ce chapitre permet de mesurer la capacité de l'établissement et la diversité de ses activités. Croisé avec les variables « Clients », il permet de calculer le taux d'occupation de l'établissement.
Effectif du personnel Relevé agrégé Personnel par niveau de formation et par type de prestations	<i>Passage à un relevé individuel</i> Personnel Données sociodémographiques Formation Position dans la hiérarchie Centre de charges/ Compte salaire Type de contrat Nombre d'heures payées	Un relevé individuel amène une information de meilleure qualité. L'affectation du personnel est connue avec exactitude. Les possibilités d'exploitation sont plus étendues et les tests de plausibilité simplifiés. Une cohérence est assurée avec la comptabilité. Les comptes salaires sont issus de plans comptables standardisés. Le croisement compte salaire-centre de charges-formation informe sur l'organisation et la structure de l'institution. Sur la base de ces variables sont possibles le calcul des équivalents plein temps.
Hébergement, prise en charge <i>Relevé agrégé</i> Répartition des personnes selon domicile, par classe d'âge Personnes selon le degré de prise de charge	<i>Passage à un relevé individuel</i> Clients Données sociodémographiques Commune de provenance Parcours institutionnel (provenance et destination) Date entrée/sortie Soins requis/type de handicap Rente AI/allocation pour impotence	Un relevé par patient évite les multiples ventilations souvent incohérentes de la population hébergée selon l'âge, la provenance, ... Un relevé individuel permet de dresser des profils de patients et de parcours dans le système institutionnel.
Comptabilité financière Comptabilité d'exploitation Comptabilité d'investissement Couverture du déficit Comptabilité hors exploitation	Comptabilité analytique d'exploitation Couverture du déficit Comptabilité d'investissement Suppression de la comptabilité hors exploitation	Une comptabilité analytique incluant les charges par nature, les centres de charges et les unités finales d'imputation est exigée dans le cadre de l'application de l'OCP pour les établissements LAMal. Pour les autres institutions, une comptabilité financière est obligatoire ; une comptabilité par centre de charges / unité finale d'imputation reste facultative. La comptabilité des investissements est obligatoire pour les établissements LAMal.

5 Organisation et déroulement du relevé

La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sont responsables des conditions cadres légales et de l'attribution des moyens en personnel et des moyens financiers nécessaires. Selon le principe général, l'OFS est responsable de la mise sur pied de la statistique tandis que les cantons veillent à ce que les relevés soient menés auprès des établissements et sont chargés de la transmission des informations à l'OFS.

5.1 Définition des tâches et principes d'organisation

Une série de principes de base concernant l'organisation du relevé attribue aux partenaires les tâches suivantes:

Office fédéral de la statistique :

L'Office fédéral de la statistique est responsable de la gestion d'un fichier d'adresses central, de la coordination de la collecte des données ainsi que de leur rassemblement, de leur contrôle et de leur exploitation pour toute la Suisse.

Cantons :

Les cantons informent l'Office fédéral de la statistique des cas de fermeture et d'ouverture d'établissements. Ils veillent à ce que les relevés soient menés auprès des établissements situés sur leur territoire. Ils contrôlent les entrées des informations, effectuent le cas échéant les avertissements et les rappels.

Les cantons s'assurent également de l'envoi et du retour des documents d'enquête, s'occupent de valider les données (première phase de plausibilisation) et sont responsables de l'exploitation de celles-ci au niveau cantonal. Ils transmettent à l'OFS, sur support électronique, les données validées et respectant les formats définis dans le catalogue de variables.

Les cantons peuvent, sur leur territoire, exiger des données qui ne figurent pas dans la liste fédérale des données minimales.

Les cantons peuvent demander à des organisations d'hôpitaux et de homes ou à d'autres institutions privées appropriées de se charger de la réalisation du relevé. Dans ce cas, ces organisations sont également soumises à la loi sur la statistique et doivent garantir la protection des données²¹.

Etablissements :

Les établissements soumis à l'obligation de renseigner doivent fournir toutes les données requises de manière correcte sur les formulaires de relevé ou sur les supports de données et les renvoyer au canton ou à l'instance désignée. La livraison des données par les établissements se fera sous forme électronique²².

Planning :

²¹ Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF) RS 431.01, art. 14 à 17.

²² Selon *Feuille d'information* N° 01-SM-2004 « Forme prescrite pour l'envoi des données », Office fédéral de la statistique, mars 2004.

- 31 mars au plus tard (de l'année suivant l'année du relevé) : envoi des données des établissements aux cantons.
- 30 juin au plus tard (de l'année suivant l'année du relevé) : transmission des données des cantons à l'Office fédéral de la statistique.
- Août et septembre : vérification des résultats par l'OFS en collaboration avec les instances cantonales.
- Décembre : publication des tableaux standards.

5.2 Axes du relevé

Les établissements soumis au relevé présentent des profils très divers quant à leur mission, taille et financement. Afin d'assurer un équilibre entre un relevé basé sur des variables minimales communes et un relevé modulaire axé sur les particularités des établissements, le relevé révisé propose deux questionnaires. L'OFS, en collaboration avec les cantons et les établissements, décide de l'attribution du type de questionnaire aux institutions.

Questionnaire A

Questionnaire destiné aux établissements autorisés à exercer à charge de l'assurance maladie²³ et plus généralement, aux institutions consacrées à l'accueil des personnes âgées (types d'établissements 85.31A et 85.31B).

Questionnaire B

Questionnaire concernant les institutions dont la mission est orientée vers l'hébergement et la prise en charge des personnes handicapées et dépendantes (types d'établissements 85.31C et 85.31D).

Concernant les établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux (85.31 E) ainsi que les établissements mixtes : s'il s'agit d'établissements admis selon art. 39 LAMal, ils ont l'obligation de remplir le questionnaire A. S'ils ne sont pas admis à exercer à charge de la LAMal selon art.39, le choix du questionnaire est libre : l'on privilégiera le questionnaire qui correspond le plus à la mission de l'établissement.

Les questionnaires contiennent des éléments spécifiques à chacun des deux secteurs d'activités et se distinguent essentiellement aux niveaux suivants : les nomenclatures des places disponibles, certaines des variables liées à la description de l'hébergement et de la prise en charge de la clientèle, les formations/comptes salaires/centres de charges du personnel, les plans comptables.

Les deux modules présentent une structure identique et un noyau élargi de variables communes, conférant une unité au relevé et autorisant des exploitations et des comparaisons entre les deux champs institutionnels.

²³ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 39 al. 3.

6 Protection des données et accès aux données

6.1 Cadre général

La protection des données ainsi que l'accès à celles-ci sont réglementées par la loi sur la protection des données²⁴, ainsi que par la loi sur la statistique fédérale²⁵. Cette dernière spécifie que les données collectées peuvent être utilisées à des fins autres que statistiques pour autant qu'une loi fédérale autorise expressément une autre utilisation. A ce titre, ce sont les articles 21 de la loi sur l'assurance maladie²⁶ ainsi que l'article 30 de l'ordonnance sur l'assurance maladie²⁷ qui destinent les données administratives récoltées dans le cadre du relevé auprès des établissements de santé non hospitaliers à des fins de planification, de pilotage et de surveillance du système de santé.

De manière générale, l'OFS conserve les données récoltées sous forme nominative en garantissant le caractère confidentiel. Les données identifiantes telles le nom, prénom, sexe des employés et des clients ne sont transmises ni aux cantons, ni à l'OFS. Les résultats seront publiés sous une forme ne permettant pas d'identifier les établissements concernés.

Les données brutes sont récoltées et plausibilisées par les offices cantonaux compétents. Après traitement au sein de l'OFS, ceux-ci recevront l'intégralité de la base de données des établissements inscrits sur la liste du canton. Les offices cantonaux sont soumis aux mêmes devoirs de protection des données que l'OFS à moins qu'une législation cantonale particulière ne leur permette d'y déroger. La base de données pourra être transmise entièrement ou partiellement à des tiers à des fins de recherche. Des mesures techniques d'anonymisation devront être appliquées.

Les échanges entre l'OFS et ses partenaires l'Office fédéral de la santé publique, l'Office fédéral des assurances sociales, la Surveillance des prix et les instances cantonales sont réglés par des conventions de transmission des données ou des contrats de protection des données. Leur contenu est rappelé dans les points suivants.

²⁴ Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD) RS 235.1, art.22. Cette loi contient les principes de protection des données qui doivent être respectés : confidentialité, secret d'office, mesures techniques.

²⁵ Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF) RS 431.01, section 4, art. 14.

²⁶ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 21.

²⁷ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) RS 832.102.

6.2 Transmission des données à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

La convention²⁸ établie entre l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) décrit les conditions auxquelles l'OFSP peut accéder aux données de la statistique administrative des établissements de santé non hospitaliers de l'OFS.

Les bases légales pour l'utilisation des données sont décrites dans les annexes de la présente conception détaillée.

Pour des raisons pratiques et administratives, les droits d'accès de l'OFSP aux données nominatives sont définis au niveau de la typologie des établissements et non au niveau des établissements mêmes.

Etablissements qui facturent des prestations selon la LAMal

L'OFSP a accès aux données nominatives (assurance de base et assurance complémentaire) des établissements appartenant à la catégorie suivante :

- Etablissements médico-sociaux – homes médicalisés (NOGA 85.31B)²⁹

Etablissements qui ne facturent pas de prestations selon la LAMal

L'OFSP n'a pas accès aux données nominatives des établissements appartenant aux catégories suivantes :

- Maisons pour personnes âgées (NOGA 85.31A)
- Institutions pour handicapés (NOGA 85.31C)
- Institutions pour personnes dépendantes (NOGA 85.31D)
- Établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux (NOGA 85.31.E)

L'OFS valide et plausibilise les données collectées pendant une année de relevé. Une fois que l'OFS a publié les tableaux standards relatifs aux données d'une nouvelle année de relevé, l'OFSP obtient l'accès à ces dernières.

Les données de la statistique des établissements de santé non hospitaliers ne sont pas livrées à l'OFSP, mais sont rendues accessibles à certains collaborateurs de ce dernier. Les responsables des applications à l'OFS gèrent les droits d'accès.

Enfin, l'OFSP n'a pas le droit de remettre à des tiers, autorités comprises, des données issues de la statistique des établissements de santé non hospitaliers, sauf dans les cas où la LAMal le prévoit.

²⁸ Cf. « Convention entre l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) concernant la transmission de données nominatives de la statistique administrative des hôpitaux et de la statistique des établissements de santé non hospitaliers », Berne, janvier 2004.

²⁹ Cf. Office fédéral de la statistique, *NOGA Nomenclature générale des activités économiques*, Berne, 2002.

6.3 Transmission des données à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Les établissements pour personnes handicapées doivent renseigner l'Office fédéral des assurances sociales sur leur fonctionnement pour pouvoir prétendre à des subventions fédérales à leurs frais d'exploitation (art. 107 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI]). Ces renseignements sont collectés par l'OFS dans le cadre de la statistique des établissements de santé non hospitaliers et transmis à l'OFAS. Cette procédure a pour but d'éviter une double charge aux établissements concernés³⁰.

Le 1^{er} janvier 2008 marquera l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation financière qui verra la responsabilité de gérer et de planifier les activités du secteur handicap passer de l'OFAS aux cantons. Une convention en cours d'élaboration fixera les modalités de transmission des données de l'OFS aux services d'action sociale cantonaux.

6.4 Transmission des données à la Surveillance des prix

La transmission des données nominatives de la statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'OFS à la Surveillance des prix fait l'objet d'une convention entre les deux offices³¹.

Les droits d'accès de la Surveillance des prix aux données nominatives sont définis au niveau de la typologie des établissements et non au niveau des établissements mêmes.

Etablissements qui facturent des prestations selon la LAMal

La Surveillance des prix a accès aux données nominatives (assurance de base et assurance complémentaire) des établissements appartenant aux catégories suivantes :

- Etablissements médico-sociaux – homes médicalisés (NOGA 85.31B)³²

Etablissements qui ne facturent pas de prestations selon la LAMal

La Surveillance des prix n'a pas accès aux données nominatives des établissements appartenant aux catégories suivantes :

- Maisons pour personnes âgées (NOGA 85.31A)

³⁰ Office fédéral de la statistique (OFS) : statistique des établissements de santé (soins intra muros), statistique des établissements de santé non hospitaliers, conception détaillée – 1997, p. 28.

³¹ Cf. « Convention entre la Surveillance des prix (SPr) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) concernant la transmission de données nominatives de la statistique administrative des hôpitaux et de la statistique des établissements de santé non hospitaliers », Neuchâtel, mars 2004.

³² Cf. Office fédéral de la statistique, *NOGA Nomenclature générale des activités économiques*, Berne 2002.

- Institutions pour handicapés (NOGA 85.31C)
- Institutions pour personnes dépendantes (NOGA 85.31D)
- Établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux (NOGA 85.31E)

La Surveillance des prix utilise les données nominatives tirées de la statistique administrative des établissements de santé non hospitaliers aux seules fins de vérifier si des abus de prix sont commis (recommandations et avis aux cantons et au Conseil fédéral).

6.5 Transmission des données aux instances cantonales

La transmission des données nominatives de la statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'OFS à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux (CDS) de la santé fait l'objet d'une convention entre les deux organes³³. Pour des raisons pratiques et administratives, les droits d'accès des directions cantonales de santé publique aux données nominatives sont définis au niveau de la typologie des établissements et non au niveau des établissements mêmes.

Etablissements qui facturent des prestations selon la LAMal

Pour l'établissement de la planification cantonale, la fixation des tarifs dans les établissements médico-sociaux ainsi que pour l'examen du caractère économique et de la qualité des prestations, les instances cantonales ont besoin des données suivantes, issues de la statistique des établissements de santé non hospitaliers :

- a. forme juridique, infrastructure et équipement des établissements ;
- b. nombre et structure des emplois et des places de formation;
- c. nombre de patients et structure de leur effectif ;
- d. type et volume des prestations fournies ;
- e. charges, produits et résultat d'exploitation.

Chaque direction cantonale de la santé a accès à toutes les données nominatives de tous les établissements du canton (indépendamment du type d'indemnisation des prestations) appartenant à la catégorie suivante :

- Etablissements médico-sociaux – homes médicalisés (NOGA 85.31B)³⁴

Chaque direction cantonale de la santé a accès à toutes les données collectées auprès des établissements médico-sociaux du canton (aussi bien aux données de

³³ Cf. « Convention entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et l'Office fédéral de la statistique (OFS) concernant la transmission de données nominatives de la statistique administrative des hôpitaux, la statistique médicale des hôpitaux et de la statistique des établissements de santé non hospitaliers », Neuchâtel, novembre 2004.

³⁴ Cf. Office fédéral de la statistique, *NOGA Nomenclature générale des activités économiques*, Berne, 2002.

l'assurance de base et des assurances complémentaires qu'à celles d'autres sources de financement).

Etablissements qui ne facturent pas de prestations selon la LAMal

Les instances cantonales n'ont pas accès aux données nominatives des établissements appartenant aux catégories suivantes :

- Maisons pour personnes âgées (NOGA 85.31A)
- Institutions pour handicapés (NOGA 85.31C)
- Institutions pour personnes dépendantes (NOGA 85.31D)
- Établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux (NOGA 85.31.E)

Des autorisations d'accès à la base de données de l'OFS sont délivrées à certains collaborateurs des directions cantonales de santé publique, leur permettant d'accéder aux données nominatives décrites plus haut.

Les directions cantonales de santé publique n'ont pas le droit de remettre à des tiers, autorités comprises, des données issues de la statistique administrative des établissements de santé non hospitaliers, sauf dans les cas où la LAMal le prévoit. Dans le cadre de conventions de collaborations intercantionales, les directions cantonales de la santé sont autorisées à transmettre les données susmentionnées aux instances cantonales concernées.

Par ailleurs, dans le cadre de la nouvelle péréquation financière qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2008, les services d'action sociale cantonaux se verront remettre les données administratives des établissements AI.

7 Publications et analyses statistiques

Après consolidation des données, l'Office fédéral de la statistique génère puis publie les principaux résultats sous forme de tableaux standards. Le contenu de ceux-ci est défini dans la conception d'exploitation³⁵.

Cette publication est annuelle et a lieu, de manière optimale, à la fin de l'année du relevé. Des résultats intermédiaires pourront être mis à la disposition du public sous forme de publication électronique.

Enfin, des analyses longitudinales sont envisagées sur la base des données récoltées dans le cadre de la statistique des établissements de santé non hospitaliers. Elles devront mettre en évidence les facteurs qui viennent à modifier le paysage socio-sanitaire suisse sur une période définie.

Au niveau des cantons, les offices concernés sont libres d'analyser les données récoltées par leurs soins. Sans attendre de recevoir en retour la base de données consolidée de l'OFS, ils pourront publier les résultats de ces analyses, pour autant

³⁵ Concept d'exploitation, 2005 (en cours d'élaboration).

qu'ils mentionnent que les données sources n'ont pas été validées par l'OFS.

8 Annexes

Bases légales

Le présent relevé s'appuie principalement sur la loi sur la statistique fédérale. La loi sur l'assurance maladie et l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (OCP) s'appliquent aux établissements appelés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les établissements pour personnes handicapées qui bénéficient d'un subventionnement de l'assurance invalidité aux frais d'exploitation sont concernés précisément par la loi sur l'assurance invalidité.

Loi du 1^{er} octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF):

La loi mentionne le devoir de mettre sur pied des statistiques sanitaires à l'échelon national (art. 3, al. 2b) et actionne la collaboration entre la Confédération, les cantons et les communes (art. 3, al. 3, et art. 7). De plus, lorsqu'il ordonne l'exécution d'un relevé, le Conseil fédéral peut rendre la participation obligatoire pour les personnes physiques ou morales (art. 6, al.1).

Des prescriptions concernant la statistique des établissements de santé non hospitaliers sont arrêtées dans l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (modifiée le 1^{er} août 1995) et son annexe. Cette dernière fixe la liste des organes responsables des relevés et précise les conditions de réalisation du relevé :

Organe responsable de l'enquête:	Office fédéral de la statistique
Définition de l'enquête:	Statistique des établissements de santé non hospitaliers
Objet de l'enquête:	établissements selon la forme juridique, l'aménagement et l'équipement. Nombre et données structurelles des employés et des patients. Compte d'exploitation
Type et méthode d'enquête:	enquête exhaustive
Milieux interrogés:	maisons pour personnes âgées, établissements médico-sociaux, institutions pour invalides et pour personnes dépendantes, établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux
Renseignement:	obligatoire
Date de l'enquête:	–
Périodicité:	annuelle
Milieux participant à l'enquête:	cantons

Dispositions particulières:

les cantons sont responsables de la réalisation de l'enquête sur leur territoire. Ils annoncent à l'Office la création de nouveaux et la disparition d'anciens établissements. Les données sont utilisées conformément aux art. 49 à 51, 53 à 56, 58 et 59 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (RS 832.10), à l'art. 30 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (RS 832.102) ainsi qu'aux art. 14 et 15 de l'ordonnance du 3 juillet 1992 sur le calcul des coûts et le classement des prestations (RS 832.104) qui concernent les tâches de surveillance et de contrôle qu'assume l'Office fédéral de la santé publique ³⁶.

Loi du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal):

L'article 39 de la loi sur l'assurance maladie définit les conditions d'admission notamment des institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients de longue durée (établissements médico-sociaux). Selon l'article 21, alinéa 4 de la LAMal ³⁷, « les établissements médico-sociaux doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires à celles-ci pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi quant au degré de couverture des coûts, ainsi qu'au caractère économique et à la qualité des prestations. L'anonymat des assurés doit être garanti ». L'article 30, alinéa 1 de OAMal ³⁸ précise que les établissements médico-sociaux doivent communiquer à l'OFSP des données permettant d'examiner le degré de couverture des coûts, l'évolution de ces derniers ainsi que le caractère économique et la qualité des prestations. L'alinéa 2 du même article étend cette obligation aux institutions qui facturent des prestations au sens des articles 24 à 31 de la loi. L'alinéa 3 précise que c'est l'OFS qui collecte les données, parmi lesquelles on trouve celles dont doit disposer l'OFSP pour surveiller l'application de la loi, au sens de l'art. 21, al. 4 LAMal. L'OFS transmet donc ces données à l'OFSP dans le but d'éviter une double charge pour les établissements.

Ces institutions, définies dans les art. 35 et 39, ont le droit de pratiquer des soins à charge de l'assurance obligatoire. Selon l'art. 30 al. 2 de l'OAMal, toute institution qui facture des prestations au sens des art. 24 à 31 de la loi est tenue de communiquer à l'OFSP les indications suivantes (al.1) : la forme juridique, le genre d'activité, l'infrastructure et l'équipement des institutions; l'effectif du personnel et le nombre de places de formation ainsi que leur structure; le nombre de patients et la structure de leur effectif; le genre et l'ampleur des prestations fournies ; les charges, les produits et le résultat d'exploitation; les prix et les tarifs. Les données

³⁶ La désignation de l'unité administrative a été adaptée selon l'art. 4a de l'Ordonnance du 15 juin 1998 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

³⁷ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) RS 832.10, art. 21, al.4.

³⁸ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) RS 832.102, art. 30, al.1.

sont collectées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), dans le cadre des statistiques du domaine hospitalier (al.3).

Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) :

La nouvelle ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) exige notamment que le calcul des coûts et le classement des prestations doivent être effectués de façon à fournir les bases permettant de déterminer les prestations et les coûts des soins ainsi que les autres prestations fournies dans les établissements médico-sociaux et lors de traitement de longue durée à l'hôpital qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts³⁹.

Au niveau des coûts et des prestations, des comparaisons entre établissements pourront être faites. Afin d'éviter une double saisie des données, l'OCP (art. 14 al. 1) indique que « la statistique des prestations des établissements médico-sociaux doit être établie en coordination avec la statistique des établissements de santé non hospitaliers » L'article 14 alinéa 2 informe sur la teneur de la statistique des prestations : celle-ci doit comprendre notamment la description des prestations, les journées de séjour et les journées de soins par niveau de soins requis.

Loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI):

Les établissements pour personnes handicapées sont, de par la loi sur la statistique, inclus dans la statistique des établissements de santé non hospitaliers. De plus, les institutions qui répondent aux critères de l'art. 73 de la loi sur l'assurance invalidité sont tenues de renseigner l'Office fédéral des assurances sociales sur leur fonctionnement s'ils entendent prétendre à des subventions fédérales aux frais d'exploitation (art. 107 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI)). En collaboration avec l'OFAS et dans le but d'éviter une double charge aux établissements concernés, le relevé statistique de l'OFS sera utilisé par l'OFAS.

³⁹ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) RS 832.104, art. 2, al. 1, lettre e.