

news

Lettre d'information de la Fédération des hôpitaux vaudois

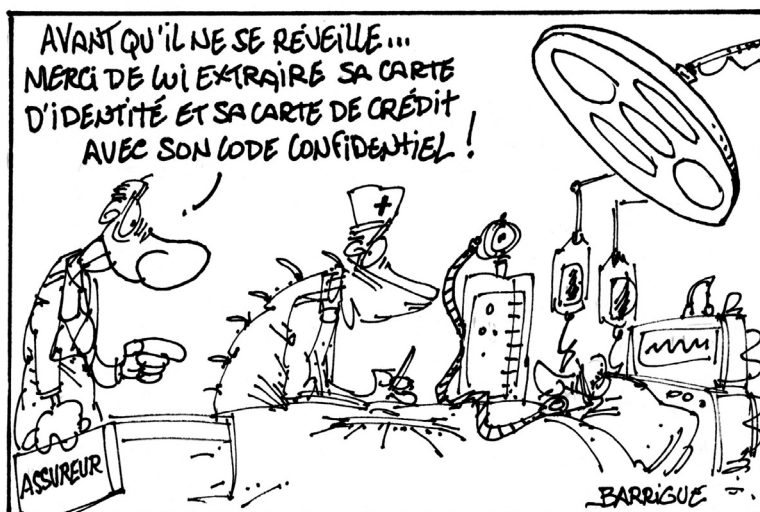


16
no
avril 2007

Entre consentement éclairé du patient et contrôle du caractère économique des prestations, les hôpitaux sont souvent confrontés à de véritables dilemmes

Les tensions entre assureurs-maladie et médecins des hôpitaux sont de plus en plus fréquentes. Elles résultent de la confrontation inévitable de deux logiques : celle des assureurs basée sur l'application stricte de l'article 56 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui établit leur responsabilité de contrôle et de garantie du caractère économique des prestations et celle du corps médical qui se réfère systématiquement à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992. Ces deux visions du monde de la santé sont quasiment antinomiques et irréconciliables.

Force est de constater que, depuis plusieurs années maintenant, les assureurs exercent leur devoir de contrôle des coûts à travers un examen de plus en plus rigoureux, voire pointilleux, de données qui relèvent souvent du domaine du secret médical. Limités autrefois à la vérification des durées de séjours hospitaliers, leurs pointages investiguent maintenant des domaines qui nécessitent l'accord préalable et explicite du patient. Avec l'introduction des APDRG (all patient diagnosis related groups) comme mode de facturation, certains assureurs procèdent à un re-codage de nombreuses factures. Ce travail complexe est effectué par des spécialistes qui ne sont pas des médecins. Sans connaître la totalité du parcours médical du patient, ils aboutissent régulièrement à des résultats très divergents de ceux des hôpitaux. Cela n'a rien d'étonnant quand on sait que l'APDRG résulte de la prise en compte d'une série d'informations souvent liées à de multiples pathologies qui n'apparaissent pas sur la facture hospitalière. Pour y voir clair, les assureurs réclament donc des informations complémentaires. Ils souhaitent obtenir des données administratives, les diagnostics et les traitements prodigués, éléments qui doivent, en prin-



cipe, être transmis au médecin conseil des caisses-maladie.

Cette problématique s'est progressivement déplacée du domaine des soins aigus vers celui des soins de traitement et de réadaptation, encore financés à la journée. Cela a pour conséquence une forte tendance à réduire les garanties de prise en charge accordées aux séjours de réadaptation. Cette situation complique passablement le travail des médecins qui ont le choix entre une interruption abrupte du traitement en cours, avec des conséquences sur le retour à l'autonomie du patient ou une prise en compte des demandes d'explication avec tout ce que cela comporte comme échanges, confrontations d'argu-

ments et en fin de compte surcroît de travail administratif. Sans compter que le résultat final reste très aléatoire, les critères de décision n'ayant pas fait l'objet de concertation, ni d'accord. Il arrive donc de plus en plus fréquemment que les assureurs refusent d'assumer des séjours effectivement réalisés, les coûts restant à la charge des hôpitaux.

Le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PF PDT) estime qu'au nombre des données particulièrement sensibles, il faut naturellement compter celles qui touchent à la sphère intime des individus, à savoir toutes les données relatives à la santé (cf. l'art. 3 de la Loi fédérale sur la protection des données LPD). Dans ces conditions, un médecin est en droit de communiquer des données de patients lorsqu'il dispose de l'assentiment du patient, lorsque l'autorité dont il relève l'a délié du secret professionnel ou lorsque la communication des données est prévue dans une loi. Dans ce dernier cas, le devoir de discrétion doit s'appliquer. Les informations ne peuvent être transmises qu'à travers le médecin-conseil de la caisse-maladie. Le médecin de l'hôpital ne devrait en aucun cas communiquer ses

conclusions aux services administratifs de la caisse-maladie. Dans un rapport récent, le Préposé fédéral à la protection des données a également conclu que le traitement systématique de données personnelles tel que prévu est disproportionné, tant il est vrai que les assureurs n'ont pas besoin de l'ensemble des données se rapportant à une personne pour l'accomplissement de leurs tâches. Pourtant, les autorités politiques ne semblent pas enclines à réagir à ces écarts fréquents au principe de proportionnalité !

Au centre de cette polémique, les patients sont de plus en plus souvent sollicités. Si tant est que leur état le permette, ils doivent alors signer des papiers attestant qu'ils ont compris les conséquences des soins qui leur seront prodigués et autorisant la transmission d'informations sensibles à leur caisse-maladie. Très souvent, ils ne comprennent pas les enjeux des questionnaires qui leur sont soumis. Les hôpitaux font de leur mieux pour expliquer, mais ils n'ont pas toujours la disponibilité et les moyens de donner une information complète et parfaitement intelligible. En fin de compte, il semble que, pour les assureurs, le secret médical n'ait plus guère de sens. Ils demandent que les institutions soient transparentes et rendent des comptes, mais, pour cela, ils sont prêts à contester aux individus le droit au secret et au respect de leur intimité. Les hôpitaux essayent, pour l'instant, de concilier ces deux exigences légales contradictoires. Ils continueront à résister jusqu'à ce que la pression économique leur impose d'oublier un peu la sphère privée qui est pourtant le fondement de la liberté ...

Robert Paul Meier

> Convention collective de travail du domaine sanitaire parapublic vaudois

Quelques soubresauts avant la dernière ligne droite

Alors que les représentants des employés et des employeurs étaient parvenus à un accord sur un texte à la fin de l'année 2006, les syndicats (SSP, en particulier) remettent en question la signature de la CCT.

En effet, au risque d'un enlèvement des négociations, certains thèmes - dont celui des délégations syndicales - ont été remis sur la table au début de cette année.

Pour tenter d'éviter la rupture, le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard a rencontré les deux délégations le 29 janvier dernier. De cette séance est ressortie une proposition d'accord intégrant quelques nouvelles améliorations, dont un salaire minimum porté à Fr. 3'600.-- pour tous les collaborateurs dès 2007. Par contre, pour ce qui concerne la reconnaissance des délégations syndicales au sein des établissements, les employeurs sont restés stricts : il n'en est pas question à ce stade ! « Signons d'abord la CCT et nous pourrons ensuite reprendre des discussions sur ce thème ». Telle est la position de la FHV.

Dans ces conditions, la balle est maintenant dans le camp des représentants des employés. Ils devront rapidement se déterminer quant à la conclusion de cet important dossier tant attendu par les collaborateurs des institutions concernées.

> Les médecins assistants

Une étude pour connaître la situation dans les hôpitaux de la FHV

Une étude exhaustive sur la situation des médecins assistants dans les établissements membres de la FHV a été conduite durant les 2 premiers mois de 2007. Un grand nombre de données ont été traitées par le secrétariat général de la FHV. Un document de synthèse est en cours de finalisation. Il sera présenté aux membres de la FHV puis aux représentants de l'ASMAV - Association des médecins assistants vaudois - et du Service de la Santé publique.

Sans dévoiler le contenu de ce rapport, soulignons d'ores et déjà que les résultats montrent que la situation globale, sans être parfaite, est jugée largement satisfaisante.

> Réflexions stratégiques de la FHV

Publication d'un livre blanc

Demandé par le Comité exécutif de la FHV, cet outil devra se concrétiser de manière suffisamment opérationnelle pour permettre à l'association d'aider ses membres à remplir leur mission avec succès tout en leur permettant de rester indépendants.

Un premier rapport réalisé avec le concours de M. Olivier Girardin, consultant, a été présenté en automne 2006 aux établissements membres de la FHV. Les nombreuses questions posées à cette occasion ont conduit le Comité exécutif à confier un mandat à Mme Myriam Fonjallaz, économiste de la santé en cours de master à l'IEMS (Institut d'économie et de management de la santé). Après avoir rencontré et écouté l'ensemble des directions des établissements, Mme Fonjallaz a recommandé de mettre en place une journée spéciale regroupant les organes des hôpitaux, les

membres des directions générales, médicales et des soins ainsi que le Comité exécutif de la FHV. C'est donc le 2 mars dernier autour de cinq ateliers thématiques que se sont retrouvés les 30 participants :

- Un atelier « Mission, réseaux et filières de soins » animé par le Dr Pascal Rubin, Directeur général de l'Hôpital neuchâtelois ;
- Un atelier « Financement, Etat et assureurs » animé par Mme Patricia Albisetti, Secrétaire générale adjointe de la FHV ;
- Un atelier « Gestion des forces vives : ressources humaines et corps

médical » animé par M. Philippe Bolla, consultant indépendant Advimed Sàrl ;

- Un atelier « Gestion de la Qualité » animé par le Dr Anthony Staines, Vice-président de Sanacert ;
- Un atelier « Logistique, mutualisation et système d'information » animé par M. Alain Gasser, Président de la FHV.

La synthèse des réflexions menées dans les ateliers aura lieu courant avril, lors d'une séance plénière d'une demi-journée. C'est sur la base de cette synthèse que pourra ensuite être écrit le document d'orientation stratégique de la FHV.

> Confusion autour de la comptabilité analytique

De la difficulté à trouver un modèle commun à tous les partenaires...

Alors que les hôpitaux de la FHV ont mis sur pied depuis plusieurs années maintenant, en collaboration avec le Service de la santé publique, un modèle de comptabilité analytique par unités finales d'imputation, l'association faitière H+ peine à imposer son propre modèle, dit modèle REKOLE¹.

Depuis le milieu des années 90, un modèle visant à uniformiser les Comptabilités Analytiques d'Exploitation (CAE) des hôpitaux est en discussion. Exigée par la LAMal (Loi fédérale sur l'assurance-maladie), la fourniture par les prestataires de soins de décomptes transparents des coûts et des prix fait régulièrement l'objet de critiques de la part du surveillant des prix. Le projet REKOLE² a démarré en juin 2002 et a abouti en 2005 à un manuel fixant les lignes directrices pour une uniformisation des CAE au niveau national. Le concept REKOLE³, même s'il ne contient que des exigences minimales, représente un changement de paradigme dans la manière de concevoir la comptabilité analytique. En effet, il présente les résultats de la CAE selon l'axe des bénéficiaires de prestations (les

Unités Finales d'Imputation). Parallèlement à REKOLE³, les assureurs-maladie utilisent leur propre référentiel : le modèle de comptabilité analytique KORE². Si sur le principe KORE peut paraître similaire à REKOLE³ (répondre aux exigences légales citées précédemment) il s'en éloigne puisqu'il ne raisonne que sous l'axe de la « production ». Actuellement, les assureurs-maladie travaillent à une mise à jour de leur modèle. Cependant, si un groupe de travail partenarial a été créé entre assureurs et H+, aucun terrain d'entente n'a été trouvé : les deux modèles continuent donc à évoluer en parallèle.

Tout porte à croire que les assureurs n'ont aucune intention d'assurer une compatibilité entre KORE et REKOLE³. Quant à la sur-

veillance des prix, même si elle incite à l'uniformisation des CAE des hôpitaux, elle ne souhaite pas prendre position pour l'un ou l'autre modèle.

Le bon sens voudrait qu'il n'y ait qu'un seul et unique référentiel en matière de comptabilité analytique ! Mais en fin de compte, ce sont les hôpitaux qui subissent une fois de plus les conséquences de ces tergiversations. Ils devront fournir au moins deux types de comptabilité analytique s'ils entendent pouvoir négocier des tarifs avec les assureurs. Tout cela ne simplifie pas l'administration hospitalière et ne contribue pas à une meilleure maîtrise des coûts...

¹ pour : REvision de la comptabilité analytique (KOSTenrechnung) et de la saisie des prestations (LEistungserfassung)
² pour : comptabilité analytique (KOSTenREchnung)

> Financement hospitalier 2007

Un premier pas vers une plus grande transparence ?

Annoncé depuis plusieurs années et souhaité par tous, le nouveau système de financement des hôpitaux vaudois est enfin devenu une réalité cette année.

Les nouveaux principes de financement mis en place apportent des changements notables sur la forme, mais surtout dans la répartition de la facture entre partenaires payeurs (Etat et assureurs). En effet, le système se fonde dorénavant sur les comptabilités analytiques des établissements. Plus précisément, c'est le modèle propre aux assureurs (modèle KORE) qui sert de base aux négociations. Les résultats qui en découlent ont conduit santésuisse à diminuer son engagement global auprès des hôpitaux (CHUV + FHV). Les tarifs proposés par les assureurs pour le CHUV ont été jugés inacceptables par les autorités cantonales. D'où une rupture des négociations avec l'hôpital universitaire.

Du côté de la FHV, la négociation des conventions tarifaires avec les assureurs-maladie a pu aboutir. Les tarifs obtenus permettent de garantir les budgets 2007. Des contrats de prestations passés avec l'Etat définissent les règles, les devoirs et les volumes de financement des établissements.

L'ancienne CVHo (Convention vaudoise d'hospitalisation) a été scindée en trois documents distincts : le premier traitant des soins somatiques aigus, le second de la réadaptation et le troisième de l'activité psychiatrique. Si les grandes lignes du projet étaient connues de l'ensemble des partenaires depuis le mois de septembre de l'année passée, la FHV regrette les délais excessifs avant la prise de position définitive de santésuisse (près de quatre mois de tergiversations). Il serait vraiment souhaitable que les hôpitaux puissent disposer, à l'avenir, de budgets connus dès le début d'un nouvel exercice. Et c'est sans compter les problèmes de trésorerie qu'occasionnent les signatures tardives des conventions car dans l'intervalle, les hôpitaux ne peuvent facturer !

Au final, force est de constater que, même si la caisse unique a été rejetée par le peuple, les hôpitaux restent très dépendants et forcément inquiets de décisions qui se prennent dorénavant au niveau fédéral par santésuisse Soleure...

> Le statut des médecins chefs des hôpitaux régionaux

Un accord se dessine enfin !

Après plusieurs mois de difficiles négociations, la nouvelle CCT des médecins chefs est quasiment sous toit. Les partenaires (SVM et FHV) sont parvenus à un accord qui devrait entrer en vigueur rétroactivement au 1er janvier 2007.

Des changements importants ont été consentis de part et d'autre, notamment sur la question du modèle de rémunération des médecins chefs.

Il s'agit de redonner rapidement de l'attractivité au poste de médecin chef dans les hôpitaux de la FHV. Pour cela, un retour à une certaine souplesse a été demandé. De nouveaux modèles - propres à chaque établissement - ont été imaginés. Ils se devront de mieux récompenser la performance, tout en préservant une solidarité entre spécialités au sein des collèges. Les directions d'établissements ainsi que le Comité exécutif de la FHV ont déjà formellement accepté la nouvelle CCT des médecins chefs. Le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) devrait très prochainement la soutenir également.

> Activité ambulatoire

Une valeur du point TarMed identique dans tout le canton !

Les négociations de la valeur du point TarMed pour 2007 ont abouti à un résultat identique pour les activités ambulatoires hospitalières à la FHV, au CHUV et dans les cliniques privées ainsi que dans les cabinets médicaux du canton de Vaud. Cette valeur unique du point TarMed a été fixée à 98 centimes.

> Les Centres de traitement et de réadaptation vaudois (CTR)

Un concept à développer au niveau fédéral

C'est le 26 avril prochain, lors de l'assemblée générale du Groupe Label CTR, que sera présenté le rapport intitulé « Réalités et perspectives des CTR ».

Ce document à vocation marketing s'articule autour de trois axes principaux :

- Un inventaire de l'existant et des buts recherchés à travers cette prise en charge hospitalière ;
- Une description de la place des CTR dans la filière de soins ;
- Une analyse des perspectives d'avenir des CTR.

Par ailleurs, le rapport comportera également une plaquette d'information commune à chaque institution vaudoise exploitant des lits de réadaptation (lits B).

Si ce document s'adresse en premier lieu aux partenaires des CTR dans le système

sanitaire vaudois, il n'est pas exclu qu'il puisse être rapidement traduit en allemand de façon à être mis à disposition d'autres cantons intéressés par la démarche.

Pour preuve, un article paru dans l'Hebdo du 23 novembre 2006 est consacré au projet bernois d'unités de soins transitoires primé dans le cadre d'un concours sur l'innovation en matière de gestion publique. Il faut admettre qu'avec l'introduction généralisée des forfaits par cas pour les soins aigus (APDRG et SwissDRG), ce type de réflexion visant à « mettre en place des soins permettant aux patients un retour à la maison dans les meilleures conditions possibles » devient une préoccupation commune à la plupart des cantons latins et alémaniques.