

Arguments contre la convention de H+ et de santésuisse sur l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG – Berne, le 22 juillet 2011

## **Le secret médical et la protection des données doivent être maintenus**

Les raisons relatives à la transmission de données pour lesquelles la FMH rejette la convention sur les modalités d'application complémentaires dans le cadre de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG, conclue le 10 juillet 2011 entre H+ Les Hôpitaux de Suisse et santésuisse, sont énumérées ci-après:

- **La transmission des données relatives aux diagnostics et aux procédures est illégale et disproportionnée – [page 2](#)**
- **Les lettres de sortie et les rapports opératoires ne doivent être transmis qu'au médecin-conseil – [page 2](#)**
- **Les hôpitaux ne sont pas à l'abri de demandes plus importantes de la part des assureurs en matière de transmission de données – [page 3](#)**
- **Les assureurs veulent censurer l'information du patient – [page 3](#)**
- **Les assureurs risquent le chaos technique en lieu et place de la sécurité des données – [page 4](#)**
- **L'hôpital ne dispose d'aucun moyen efficace pour se défendre contre la «pêche aux données» des caisses-maladie – [page 4](#)**
- **La séparation des données livrées de manière couplée qui est proposée n'est que de la poudre aux yeux – [page 4](#)**
- **Les données ne seront envoyées avec la mention «données confidentielles à l'attention du médecin-conseil» que dans des cas justifiés, et là encore, elles devront être adressées à l'administration de l'assurance – [page 5](#)**
- **Les assureurs veulent enregistrer durablement les données des patients – [page 5](#)**
- **L'enregistrement de données mène à une collecte de données stricto sensu – [page 6](#)**

*Extraits de la convention à titre d'aide à la lecture – [page 8](#)*

## **La transmission des données relatives aux diagnostics et aux procédures est illégale et disproportionnée**

Dans le contrat susmentionné (point 1.1 en relation avec les points 1.3 et 1.5), il est convenu de transmettre de manière couplée les diagnostics et les procédures liés aux personnes (c'est-à-dire ni anonymisées ni pseudonymisées) à l'assureur, ce qui est, selon la FMH, contraire à la loi, inapproprié et disproportionné.

Cette réglementation contractuelle est doublement illégale: c'est précisément cette exigence des caisses que le Parlement a expressément rejetée en 2007 pour de bonnes raisons (cf. Bulletin officiel 2007 N 442-46). De plus, les diagnostics et procédures codés selon les directives de l'Office fédéral de la statistique n'ont pas tous des conséquences sur l'attribution des groupes DRG et donc sur la facturation. De plus, le set de données contient d'autres données sensibles ainsi que des variables ouvertes qui ne sont pas déterminantes pour l'attribution des groupes DRG. Or, selon l'art. 84 LAMal, l'assureur a uniquement le droit d'obtenir et de traiter les informations nécessaires à l'accomplissement de ses tâches. Le set de données prévu par la convention va bien au-delà de cette limite.

Cette réglementation contractuelle est inappropriée: la livraison systématique des diagnostics et des procédures ne permet en aucun cas à l'assureur de vérifier l'exactitude du codage. Pour cela, il serait nécessaire d'avoir accès au dossier médical complet<sup>1</sup> (que l'assureur n'a pas le droit d'obtenir).

Cette réglementation contractuelle est disproportionnée: les assureurs n'ont jamais expliqué de manière convaincante en quoi la transmission usuelle de données anonymisées ou pseudonymisées n'est pas suffisante. Se basant sur un échantillonnage valide et sur l'accès au dossier médical complet, la révision professionnelle et indépendante du codage permet de déceler un éventuel upcoding systématique mieux que n'importe quel assureur ne pourrait le faire. C'est également pour cela que la transmission systématique des données liées aux personnes n'est pas justifiée. L'obligation d'indemnisation de l'assureur doit elle aussi être évaluée à d'autres moments (garantie de prise en charge des coûts), et elle ne peut en règle générale pas être évaluée sur la base des codes diagnostiques et de procédures.

En revanche, les diagnostics et les procédures seraient susceptibles d'être utilisés pour la sélection (inadmissible) des risques.

Les assureurs contestent par ailleurs de plus en plus souvent le fait que certaines procédures soient codées, bien que ce codage soit dicté par les directives en matière de codage (p. ex. codage d'une complication opératoire possible et connue lors de son apparition). En agissant ainsi, ils pervertissent le système.

## **Les lettres de sortie et les rapports opératoires ne doivent être transmis qu'au médecin-conseil**

santésuisse et H+ ont convenu (point 1.3.5) que les «autres documents médicaux» demandés par un assureur doivent en règle générale être envoyés à ce dernier. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, si un patient en fait la demande ou dans des cas justifiés, que le médecin peut les adresser au médecin-conseil. Selon le point 1.4.2, la raison de la transmission au médecin-conseil devrait être à chaque fois spécialement motivée.

---

<sup>1</sup> Règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre des SwissDRG, version 2.0: «Le réviseur code chaque cas de l'échantillon au moyen du dossier complet du patient (rapport de sortie, rapports opératoires, rapports pathologiques, rapport endoscopique, documentation des soins, etc.).»

Par ailleurs, lorsqu'ils souhaitaient mener des investigations plus approfondies, les assureurs ont jusqu'ici généralement demandé des lettres de sortie et des rapports opératoires. Or, ces derniers temps, on entend de plus en plus souvent que les assureurs demandent à obtenir le dossier médical complet – une exigence clairement illégale, selon le PFPDT<sup>2</sup>. Les assureurs pourraient être tentés de considérer la mention «autres documents» figurant dans la convention comme une légitimation contractuelle pour exiger le dossier médical complet. Cela ne peut et ne doit pas être le cas.

### **Les hôpitaux ne sont pas à l'abri de demandes plus importantes de la part des assureurs en matière de transmission de données**

Les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie peuvent modifier par consentement mutuel la réglementation des informations déterminantes pour l'établissement des décomptes dans le cadre d'un contrat tarifaire individuel. Ainsi, selon le point 1.1.3, le contrat n'est que subsidiaire. Même si, selon le préambule, «avec l'approbation [...] par le Conseil fédéral, l'application uniforme à l'échelle de toute la Suisse est imposée», des demandes plus importantes de la part des assureurs ne sont pas seulement autorisées mais se profilent déjà au point 1.1 de la convention: «La réalisation du contrôle des factures et du caractère économique en conformité à l'art. 42, 3<sup>e</sup> alinéa, de la LAMal nécessite que les informations sur lesquelles repose la facturation soient mises à la disposition de l'assureur-maladie.» Les diagnostics, codés pour la facturation par DRG, sont documentés dans le dossier médical; ils font donc partie des «informations sur lesquelles repose la facturation». De cette manière, les assureurs veulent probablement s'assurer l'accès au dossier médical. Suit une énumération arbitraire, qui n'est pas motivée de manière objective et qui n'est avant tout pas exhaustive: «Dans le cadre d'un système de décompte basé sur les DRG, les données relatives au diagnostic et à la procédure se rapportant à des personnes qui ont été codées pour le cas stationnaire respectivement décompté sont entre autres concernées également.» (Pour d'autres exigences en matière de données, voir les points 1.3.5 et 1.3.7.)

Reconnaître ce principe ouvrirait la voie à un accès complet des assureurs aux dossiers médicaux et reviendrait donc à déclarer l'avènement du patient transparent.

### **Les assureurs veulent censurer l'information du patient**

L'hôpital ne doit pas seulement informer le patient de ce que fait l'assureur avec les données, la teneur de cette information au sens du contrat est en plus trompeuse: la convention entend obliger le médecin à faire croire aux patients que la transmission de toutes ces données sert au «contrôle individuel des factures et du caractère économique par l'assureur-maladie selon la LAMal» – or diverses analyses<sup>3</sup> montrent à ce sujet que d'autres procédures seraient appropriées et censées pour ces contrôles.

---

<sup>2</sup> «L'assureur-accidents ne peut [...] selon nous exiger la transmission d'un dossier médical complet, non censuré ni de la part de l'assuré ni du médecin, car [le dossier] contient très probablement de nombreuses informations qui ne sont pas nécessaires pour vérifier en l'espèce l'obligation de la prise en charge. Pour la même raison, un médecin ne devrait en outre pas transmettre de dossier médical complet, non censuré à l'assureur-accidents. Il/elle enfreindrait très clairement le principe fondamental de proportionnalité en matière de protection des données et serait en plus selon toute vraisemblance punissable en vertu de l'art. 321, al. 1 CP.» (Prise de position du 28 juin 2011 du PFPDT sur un cas relatif à l'assurance-accidents; traduction FMH). Cette interdiction est d'autant plus valable pour les assureurs-maladie qui n'assurent ni indemnité journalière ni rentes.

<sup>3</sup> cf. eHealth, secret médical et questions actuelles sur la transmission de données, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → POLITIQUE ET MÉDIAS → Prises de position de la FMH → [eHealth, secret médical et questions actuelles sur la transmission de données](http://www.fmh.ch).

En revanche, il n'est pas prévu d'informer le patient de son droit à exiger que ses données soient transmises au médecin-conseil; le «patient éclairé» ne semble pas faire partie des objectifs de cette convention.

Selon le point 1.2, la nature et le contenu de l'information délivrée aux patients doivent être présentés à l'assureur-maladie sur simple demande de ce dernier – autrement dit, celui-ci veut pouvoir censurer l'information des patients quant à la transmission de données.

### **Les assureurs risquent le chaos technique en lieu et place de la sécurité des données**

La convention prévoit (point 1.3.3) que l'absence d'une norme technique ne libère pas les hôpitaux de leur obligation en matière de transmission des données.

Or, sans norme technique définie d'un commun accord, la sécurité des données est menacée. Par exemple, si les données à l'attention du médecin-conseil doivent être codées d'une manière spécifique et que cela entraîne une charge technique particulièrement élevée, celle-ci serait à la charge de l'hôpital (point 1.3.4). Si cela n'était possible pour des raisons techniques, les données devraient tout de même être livrées (point 1.3.3).

### **L'hôpital ne dispose d'aucun moyen efficace pour se défendre contre la «pêche aux données» des caisses-maladie**

Le point 1.3.6 prévoit que l'hôpital puisse uniquement demander à un assureur de se justifier si celui-ci lui demande des précisions à une fréquence excessive. Ce n'est pas un instrument suffisant. Outre le fait que le terme «excessif» n'est pas défini – l'explication peut tout aussi bien être lapidaire, cela n'aurait aucune conséquence: l'hôpital ne peut s'opposer aux demandes de données. La moindre des choses serait que les assureurs qui demandent des précisions n'entraînant aucune modification de la facture remboursent les frais de traitement dans leur intégralité (en Allemagne, les assureurs versent pour chaque cas de ce genre 300 Euros à l'hôpital concerné à titre d'indemnisation des charges).

### **La séparation des données transmises de manière couplée qui est proposée n'est que de la poudre aux yeux**

Une séparation des données au sens de l'art. 59 LAMal et du point 1.6.3 de la convention ne représente – si tant est qu'elle est réalisable – aucune protection. Elle n'empêche pas que certaines informations et caractéristiques relatives au patient soient extraites des données et sauvegardées ailleurs – sans être anonymisées ni pseudonymisées. Elle n'empêche pas non plus que les données collectées dans le cadre de l'enregistrement et du traçage/de l'archivage électroniques usuels des processus continuent à être disponibles de manière non anonymisée et non pseudonymisée dans les systèmes (nous savons tous combien il est difficile d'effacer une information sur Internet).

Inscrire les diagnostics et les procédures sur la facture est une erreur pour une autre raison encore: ce ne sont pas seulement les nombreux collaborateurs de l'assurance qui ont accès aux factures, mais également des tiers et des institutions. Selon la situation, les membres de la fa-

---

Voir également: Miotti R et al., Avis de droit du 30 mai 2011 sur la transmission systématique du set de données 2 avec la facture à l'assureur maladie, voir [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → TARIFS → SwissDRG → [Nouvel avis de droit sur la facturation dans le système de forfaits par cas SwissDRG](#).

mille, le tuteur, les services sociaux et les autorités fiscales p. ex. peuvent avoir accès aux factures.

**Les données ne seront envoyées avec la mention «données confidentielles à l'attention du médecin-conseil» que dans des cas justifiés, et là encore, elles devront être adressées à l'administration de l'assurance**

Ce n'est que dans des cas justifiés, c'est-à-dire si le patient n'a pu se prononcer à ce sujet durant l'ensemble de son séjour stationnaire (et pas seulement à la fin), en cas d'incapacité de discernement, d'existence de diagnostics stigmatisants<sup>4</sup> et sur demande du patient, que les données médicales peuvent être envoyées avec la mention «données confidentielles à l'attention du service du médecin-conseil». A cet égard, le fait que le patient en a fait la demande a également valeur de raison au sens du contrat, laquelle doit être communiquée au médecin-conseil conformément au point 1.4.2.

Cela signifie que le médecin doit dans tous les cas également déclarer spontanément que c'est le patient qui a exigé la transmission au médecin-conseil. Là encore, ce simple fait peut être utilisé par les assureurs comme un critère de sélection négatif au détriment du patient, tout comme les éventuels motifs «diagnostic stigmatisant» ou «incapacité de discernement du patient».

Même si les données médicales doivent être transmises au médecin-conseil, elles doivent malgré tout, selon le contrat, être livrées à l'assureur avec la facture et ensuite seulement être séparées<sup>5</sup>.

Il n'existe aucune exception pour l'envoi à l'attention du médecin-conseil. En effet, le même set de données transmis de manière couplée dans un container doit être envoyé à l'assureur, même si les données médicales sont destinées au médecin-conseil. (La traduction française de la convention ne rend pas le sens correct de la version allemande, laquelle stipule: «[...] wird als vertraulich zu Handen des Vertrauensarztes gekennzeichnet [...]», en obligeant le médecin traitant à adresser les données à l'administration de l'assurance.)

On doit uniquement indiquer «données confidentielles à l'attention du médecin-conseil» lors de l'envoi du set, et ensuite faire confiance à l'assureur et espérer que celui-ci enverra ces données au médecin-conseil et à lui seul. Et ce bien qu'une norme ait été développée par le Forum Echange de données pour la transmission de données non couplées.

**Les assureurs veulent enregistrer durablement les données des patients**

Selon le point 1.6.4, les données transmises au médecin-conseil sont conservées durablement: elles «restent durablement dans le service de médecin-conseil. Elles ne peuvent être transférées à l'assureur-maladie ou à des tiers que dans les cas prévus par la loi ou si une procuration a été délivrée par la personne assurée concernée».

---

<sup>4</sup> Ce qui est ressenti comme stigmatisant par le patient diffère énormément selon la personne et peut également évoluer considérablement au cours des différentes phases de la vie, raison pour laquelle la FMH rejette l'établissement d'une liste de diagnostics stigmatisants.

<sup>5</sup> cf. point 1.4, al. 3, let. a: «Transmission des données médicales au médecin-conseil [...]»<sup>3</sup> Dans ces cas, la transmission électronique des données s'organise comme suit: a) L'enregistrement de données médicales défini au point 1.5. est transmis au médecin-conseil en étant identifié comme confidentiel.» Le point 1.5 stipule: «En l'absence d'un accord contraire, la transmission des données intervient de manière couplée avec l'utilisation du container standard du Forum Echange de données. Les données administratives (facture) et médicales (MCD) sont alors transmises dans un container de données.»

Il apparaît donc comme évident que les données ne seraient pas uniquement utilisées pour contrôler la facture et le caractère économique – sinon, il ne serait pas nécessaire de les conserver une fois l'examen terminé. Par contre, l'assuré peut ainsi être contraint à les rendre accessibles lors de la conclusion d'une assurance complémentaire.

### **L'enregistrement de données mène à une collecte de données stricto sensu**

Le set de données comprend jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements, dont une partie seulement est déterminante pour l'attribution d'un DRG<sup>6</sup>.

De plus, l'assureur ne peut examiner que de manière purement technique l'attribution des groupes DRG à l'aide des données déterminantes pour la classification. Il ne peut en revanche pas vérifier si le diagnostic a réellement été posé ou si le traitement a réellement été administré. Pour cela, il serait nécessaire d'avoir accès au dossier médical complet.

Le set de données établi comprend en outre de nombreux critères qui ne sont pas nécessaires pour l'attribution des groupes DRG, comme par exemple:

- la nationalité du patient,
- le lieu de séjour avant l'admission (à domicile avec soins à domicile, hôpital psychiatrique, institution d'exécution des peines, etc.),
- la décision d'envoi (service de sauvetage, thérapeute non médecin, services sociaux, autorités judiciaires, etc.),
- la décision de sortie (sur l'initiative du traitant, du patient ou d'un tiers, etc.),
- le lieu de séjour après la sortie (domicile, institution psychiatrique, institution d'exécution des peines, etc.),
- la prise en charge après la sortie («guéri, aucun besoin de suivi », etc.),
- concernant les diagnostics (jusqu'à 50): latéralité et en particulier activité de la tumeur du diagnostic,
- concernant les traitements (jusqu'à 100): latéralité et en particulier le début du traitement,
- les données sur l'administration de médicaments chers, y c. mode d'administration et dose cumulée;

pour les nouveau-nés/enfants:

- le numéro de naissance interne selon le journal de la sage-femme,
- le rang à la naissance en cas de naissance multiple (comme indicateur du stress à la naissance),
- les malformations congénitales (y compris les malformations entraînant le décès),
- le tour de tête à la naissance;

pour les séjours en soins intensifs:

- les différents scores, p. ex. gravité de la maladie.

En outre, il existe des champs de réserve dont le contenu n'a pas encore été précisément défini mais qui doivent malgré tout être transmis.

D'après la remarque figurant à la suite du deuxième encadré du point 1.5, le poids à la naissance (ainsi que le poids à l'admission pour les enfants) doit être considéré comme une donnée administrative de facturation. Cela est inadmissible, puisque le poids du nouveau-né et le poids

---

<sup>6</sup> La mention au point 1.5.3 des diagnostics et procédures qui ne sont pas transmis relègue au second plan les obligations réelles en matière de transmission de données, lesquelles sont mentionnées en détail au point 1.5.4 (4.2 et 4.3).

d'admission peuvent être stigmatisants: un faible poids peut indiquer des causes médicales mais également sociales comme la négligence de l'enfant et/ou de sa mère.

Avec toutes ces informations – dont une grande partie n'est pas déterminante pour la facturation – l'assureur se mue en big brother. Cela ne peut et ne doit pas arriver.

## Extraits de la convention à titre d'aide à la lecture

### Préambule

<sup>1</sup> Les partenaires tarifaires nationaux ont convenu avec les cantons de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG dans toute la Suisse à partir du 1er janvier 2012. A ce sujet, il est renvoyé au contrat relatif à la structure tarifaire du 2 juillet 2009.

<sup>2</sup> Les partenaires tarifaires nationaux prennent acte qu'avec l'approbation de la structure tarifaire et des modalités d'application par le Conseil fédéral, l'application uniforme à l'échelle de toute la Suisse est imposée.

<sup>3</sup> Les partenaires tarifaires nationaux sont tombés d'accord sur le fait que l'application uniforme des SwissDRG nécessite d'autres éléments qui doivent avoir une validité nationale. Cette convention englobe l'accord y relatif des partenaires tarifaires nationaux. Pour que les conditions-cadre dont il est convenu ci-après aient une validité nationale, il faut que le Conseil fédéral adopte cette convention en tant que partie intégrante des modalités d'application des SwissDRG et qu'il déclare qu'elle revêt un caractère obligatoire sur le territoire suisse. Les partenaires tarifaires nationaux estiment notamment qu'il importe que le Conseil fédéral examine la transmission des données médicales telle qu'elle est définie au point 1 quant à sa conformité aux exigences de la protection de la personnalité et des données et procure ainsi la sécurité juridique aux hôpitaux et assureurs-maladie.

<sup>4</sup> Le présent contrat ne porte pas sur l'ensemble des aspects ayant trait à la fixation des prix (calcul et négociation des prix de base et des rémunérations pour les groupes de pathologie non évalués et les rémunérations complémentaires non évaluées), dont les hôpitaux et les assureurs-maladie ou leurs organisations professionnelles doivent convenir dans le cadre de contrats tarifaires.

## 1. Transmission de données médicales lors de la facturation à l'assureur-maladie

### 1.1. Principes

<sup>1</sup> La réalisation du contrôle des factures et du caractère économique en conformité à l'art. 42, 3e alinéa, de la LAMal nécessite que les informations sur lesquelles repose la facturation soient mises à la disposition de l'assureur-maladie. Dans le cadre d'un système de décompte basé sur les DRG, les données relatives au diagnostic et à la procédure se rapportant à des personnes qui ont été codées pour le cas stationnaire respectivement décompté sont entre autres concernées également. Sur la base de l'arrêt du tribunal administratif fédéral (TAF) C-6570/2007 du 29 mai 2009, les partenaires contractuels reconnaissent en conséquence le principe de la transmission des données dans le respect des règles de la proportionnalité et de la protection des données, concrétisées par l'ensemble de prescriptions énoncées ci-après.

<sup>2</sup> Les données médicales telles qu'elles sont définies au point 1.5. sont transmises à l'assureur-maladie ou au médecin-conseil de l'assureur-maladie lorsque le patient le demande ou que les circonstances l'exigent (art. 42, 5e al., LAMal).

<sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent modifier par consentement mutuel la réglementation de la transmission des informations déterminantes pour l'établissement des décomptes dans le cadre d'un contrat tarifaire individuel. En l'absence d'un tel consentement, la présente réglementation est applicable.



## 1.2. Information du patient

<sup>1</sup> L'hôpital donne des explications au patient sur la forme et le contenu des données transmises à l'assureur-maladie, ainsi que sur le **but d'utilisation des données (contrôle individuel des factures et du caractère économique par l'assureur-maladie selon la LAMal)**. La mise en œuvre de l'information des patients incombe à l'hôpital. La nature de l'information délivrée aux patients et son contenu doivent être présentés à l'assureur-maladie sur simple demande de ce dernier.

<sup>2</sup> Si le patient en fait la demande, l'hôpital est dans l'obligation de ne transmettre les informations médicales qu'au médecin-conseil de l'assureur (cf. point 1.4.).

## 1.3. Transmission des données déterminantes pour le décompte lors de la facturation

<sup>1</sup> Au moment de la facturation, l'hôpital transmet à l'assureur-maladie les indications sur toutes les données relatives aux procédures et diagnostics codées dans la période de traitement facturée, ainsi que tous les autres éléments déterminants pour l'établissement des décomptes selon le point 1.5. Les codes sont indiqués dans toute leur longueur selon les classifications applicables (versions en vigueur respective de la CIM-10 et CHOP). **Ces données sont transmises d'office à chaque facturation.**

<sup>2</sup> La transmission électronique des données est codée. Ces dernières ne sont pas anonymisées, ni pseudonymisées.

<sup>3</sup> Les partenaires tarifaires nationaux élaborent et entretiennent au niveau national la norme technique applicable en matière de transmission des informations déterminantes pour l'établissement des décomptes. **L'absence d'une norme technique ne libère pas les hôpitaux de leur obligation en matière de transmission des données.**

<sup>4</sup> La facturation à l'assureur et la transmission des données déterminantes pour l'établissement des décomptes lors de la facturation sont gratuites.

<sup>5</sup> Si l'assureur-maladie a besoin, dans un cas isolé de contrôle de la facture et du caractère économique, d'informations médicales supplémentaires pour pouvoir décider de la rémunération, l'hôpital transmet **d'autres documents médicaux à l'assureur-maladie l'ayant demandé**. Lorsque la situation décrite au point 1.4. se présente, les documents médicaux sont exclusivement transmis au médecin-conseil de l'assureur-maladie.

<sup>6</sup> Lorsqu'un assureur-maladie demande des précisions à une fréquence excessive, l'hôpital peut lui demander de **se justifier**.

<sup>7</sup> Les autres modalités de facturation sont réglementées dans les tarifs contractuels.

## 1.4. Transmission des données médicales au médecin-conseil

<sup>1</sup> Les données médicales décrites au point 1.5. peuvent être transmises et rendues accessibles au médecin-conseil de l'assureur ou à ses assistant-e-s de manière exclusive dans les cas suivants :

a) à la demande du patient ;

b) lorsque les circonstances l'exigent au sens de l'art. 42, 5e al., de la LAMal. Les circonstances l'exigent si

- le patient n'était pas en mesure, durant tout le séjour stationnaire, de s'exprimer sur la question de la transmission des données ;
- le patient est dans l'incapacité de se former un jugement ;

- une maladie codée ou un traitement ou une combinaison de ceux-ci justifie une transmission des données au médecin-conseil.

<sup>2</sup> La raison de la transmission des données au médecin-conseil selon le 1er alinéa doit être communiquée à ce dernier.

<sup>3</sup> Dans ces cas, la transmission électronique des données s'organise comme suit:

a) L'enregistrement de données médicales défini au point 1.5. est transmis au médecin-conseil en étant identifié comme confidentiel.

b) L'assureur-maladie apporte la garantie irréprochable, par des mesures techniques et organisationnelles, que le médecin-conseil ou ses assistant-e-s pourront consulter de manière durablement exclusive les données médicales transmises.

### 1.5. Spécification de l'enregistrement de données

<sup>1</sup> Pour la transmission électronique des données, les parties reconnaissent les processus élaborés dans la pratique et les spécifications d'annonce du projet avec les hôpitaux eKarus ou le standard XML correspondant du Forum Echange de données. En l'absence d'un accord contraire, la transmission des données intervient de manière couplée avec l'utilisation du container standard du Forum Echange de données. Les données administratives (facture) et médicales (MCD) sont alors transmises dans un container de données.

<sup>2</sup> Les variables de la statistique médicale de l'OFS (concept d'interfaces, version 1.0 ou plus récente) servent de base à la spécification de l'enregistrement de données. Ces variables doivent être transmises de manière complète à l'assureur-maladie compte tenu des limitations définies aux alinéas 3 et 4 ci-dessous.

<sup>3</sup> Les variables suivantes de la statistique médicale sont exceptées de manière générale de la transmission des données :

N° variable	Désignation
0.1.V01	Type de relevé
0.2.	Identification
0.3.	Données supplémentaires **
1.6.	Diagnostics
1.7.	Traitements
2.1.V01	Type de relevé
2.3.	Données concernant la mère
3.	Données complémentaires (psychiatrie)
4.1.	Données générales
4.6.	Statistique des coûts par cas MD

\*\* l'enregistrement cantonal de données supplémentaires n'est pas transmis à l'assureur-maladie

<sup>4</sup> Les variables suivantes de la statistique médicale définissent les informations médicales ne pouvant être transmises qu'au médecin-conseil dans les cas définis au point 1.4 :

N° variable	Désignation
2	Données supplémentaires sur les nouveau-nés, sauf 2.2.V04***
4.2.	Diagnostics MD
4.3.	Traitements MD
4.4.	Médecine intensive MD
4.5.	Enfants MD, sauf 4.5.V01 ***

\*\*\* les variables 2.2.V04 (poids à la naissance) et 4.5.V01 (poids à l'admission) sont considérées comme des données administratives de facturation

## 1.6. Protection de la personnalité et des données

<sup>1</sup> Les parties contractantes garantissent la protection de la personnalité et des données selon les dispositions légales, dans leur sphère d'influence respective et pendant la transmission des données. Elles engagent à cette fin les mesures techniques et organisationnelles requises selon les art. 8 s. et l'art. 20 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD).

<sup>2</sup> Les assureurs-maladie apportent la garantie que les informations médicales obtenues selon les termes de la présente convention sont exclusivement utilisées à des fins de contrôle des factures et du caractère économique selon la LAMal.

<sup>3</sup> Dans les règlements relatifs au traitement des données, les assureurs-maladie décrivent notamment aussi les droits d'accès aux données relatives aux diagnostics et procédures et la durée de conservation. Les droits d'accès doivent être limités aux collaborateurs qui ont besoin de consulter les données médicales non anonymisées et non pseudonymisées dans le cadre du contrôle des factures et du caractère économique. En concordance avec l'art. 59 de l'OAMal, l'accès de l'assureur-maladie aux données du diagnostic est supprimé en cas de conservation des données relatives au diagnostic. Seul le médecin-conseil de l'assureur-maladie peut décider de la levée de la pseudonymisation.

<sup>4</sup> Les données qui sont transmises au médecin-conseil restent durablement dans le service de médecin-conseil. Elles ne peuvent être transférées à l'assureur-maladie ou à des tiers que dans les cas prévus par la loi ou si une procuration a été délivrée par la personne assurée concernée.

## 1.7. Facturation au canton

<sup>1</sup> Les directives définies à l'art. 49a, 3e al., de la LAMal sont en principe applicables. Selon celles-ci, le canton de résidence verse directement sa part de la rémunération à l'hôpital, sauf si un accord contraire a été passé entre le canton et l'assureur.

*Vous trouverez la convention sur les modalités d'application complémentaires dans le cadre de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG signée par H+ et santésuisse sur [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch).*