



FICHE D'INFORMATION

Le secret du patient sous le régime des SwissDRG

La date fatidique est fixée au 1^{er} janvier 2012. Ce jour-là, le nouveau financement hospitalier entrera en vigueur, qui introduira dans l'ensemble de la Suisse le système des forfaits par cas SwissDRG. Que va-t-il advenir du secret du patient? Quelles données devront être livrées par les hôpitaux et les cliniques aux caisses maladie et quelles données ne devront pas être transmises? La position de H+, l'association nationale des hôpitaux et des cliniques.

1. Les forfaits par cas, qu'est-ce que c'est?

Les forfaits par cas (**Diagnosis Related Groups**, ou **DRG**) sont un des instruments du nouveau financement hospitalier qui doit aboutir à davantage de transparence dans les traitements et à une rétribution équitable des hôpitaux et des cliniques. Ce ne sont plus les hôpitaux en tant qu'institutions qui seront financés, mais les prestations qu'ils fourniront à leurs patients. Et ces prestations devront pouvoir être comparées sur le plan de la qualité. A l'avenir, les patientes et les patients sauront quel hôpital pratique quelle opération, à quel prix et à quelle fréquence. Grâce aux forfaits par cas, les assurés, les cantons et les assureurs auront accès à des comparaisons transparentes sur le volume et le prix des prestations fournies par les différents hôpitaux. Les financeurs – cantons et assureurs maladie – devraient se tourner vers les prestations les plus avantageuses. Les hôpitaux privés et publics seront mis sur pied d'égalité. Ce nouveau système national de forfaits par cas s'appelle SwissDRG.

2. Qui aura accès à quelles données?

Concernant la transmission systématique des codes de diagnostic et de procédures, H+ est favorable à ce que les hôpitaux et cliniques ne fournissent aux assureurs pour la facturation que le **Set de données 1** qui comprend les données administratives relatives aux personnes et aux traitements ainsi que les données de cas SwissDRG.

Le **Set de données 2** «Données étendues de facturation» (set de données médicales) est communiqué par les hôpitaux uniquement sur demande et après que le patient a été informé. Il est transmis sous forme cryptée à l'assureur ou – à la demande du patient – au médecin-conseil. De cette façon, la protection de la personnalité et des données est totalement assurée et les conditions posées par l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 29 mai 2009 sont respectées. Ce jugement exige que la proportionnalité soit respectée et que l'on applique le principe de l'atteinte minimale à la sphère privée de la personne.

Set de données 1 = nom, adresse, No de caisse maladie, groupe de pathologie DRG (prestation fournie) et prix, diagnostic principal (facultatif, moyennant accord du patient et convention dans ce sens).

Set de données 2 = set de données médical, y compris les diagnostics secondaires; il est transmis – sur demande du patient – uniquement au médecin-conseil de la caisse maladie

Anamnèse (dossier médical) = dossier d'information le plus complet

3. Protection de la personnalité et des données: les devoirs du fournisseur de prestations

Selon l'art. 3 let. c LPD, les déclarations portant sur l'état de santé d'une personne font partie des données dites «sensibles» et sont soumises à des dispositions restrictives pour leur protection et leur utilisation. En tant que fournisseurs de prestations, les hôpitaux sont tenus d'assurer cette protection de la sphère privée, garantie par la Constitution (art. 13 Cst) – que ce soit en tant qu'institution génératrice et utilisatrice de données ou en tant que partie dans la transmission à des tiers (par ex. directement aux assureurs mais aussi à des intermédiaires).

Les prescriptions cantonales relatives à la protection des données applicables aux institutions de droit public élargissent les responsabilités des institutions génératrices de données aux tiers destinataires. Ces institutions – par ex. les hôpitaux de soins aigus, mais pas les cliniques de réadaptation en aval de la chaîne de soins – doivent s'assurer du respect, par ces tiers, de la protection des données et de la personnalité.

4. Protection des données chez les assureurs: mesures de sécurité

Les assureurs maladie et accident doivent garantir qu'ils utilisent **exclusivement à des fins de vérification des factures** les données non-anonymisées qu'ils reçoivent dans le cadre de l'accord sur la structure tarifaire SwissDRG, ainsi que les éventuelles données non-pseudonymisées relatives au diagnostic et négociées dans des accords tarifaires. En outre, ils respectent les mesures techniques et organisationnelles de protection des données prescrites par l'art. 20 OLPD (Ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données).

Art. 59 ch. 1bis et ch. 1ter OAMal:

Les assureurs LAMal prennent les mesures imposées pour le traitement d'éventuelles données relatives au diagnostic; ils les produisent avant qu'un hôpital ne livre de telles données.

5. Information impérative du patient

L'hôpital informe le patient de la forme et du contenu de la communication des données à l'assureur ainsi que de l'utilisation de ces données (vérification des factures). Il l'informe en outre de la possibilité d'exiger que les données soient transmises au mé-

decin-conseil. Le Tribunal administratif fédéral exige que ces explications soient délivrées au patient.

Sur demande du patient, l'hôpital est tenu de transmettre les données médicales exclusivement au médecin-conseil de l'assureur (art. 42 al. 5 LAMal). Si le patient n'est pas en mesure de s'exprimer jusqu'à sa sortie de l'hôpital sur la question de la communication de ses données, l'hôpital doit sauvegarder ses intérêts.

6. Existence d'un «cas fondé»

Art. 42 al. 5 LAMal:

L'hôpital est en droit, dans des cas fondés, de transmettre les données médicales au médecin-conseil. Un cas fondé au sens de cet article survient lorsqu'un patient ne peut pas être informé sur ses droits en matière de communication de ses données et qu'il souffre d'une affection codée ou a subi un traitement codé qui justifie une transmission au médecin-conseil.

La transmission au médecin-conseil est justifiée en cas de maladies qui, en règle générale, ont un effet gravement stigmatisant pour le patient. C'est le cas, par exemple, si la maladie est exceptionnelle et que le grand public n'est pas au courant du comportement approprié à adopter vis-à-vis de cette maladie (par ex., risque de contamination). Une transmission systématique des données ordinaires de facturation au seul médecin-conseil n'est pas recommandée de manière générale.

[Arrêt du Tribunal administratif fédéral relative au patient transparent, 29.5.2009](#) (en allemand)