

Berne, le 25 février 2011

SwissDRG: Protection des données et secret médical dans le cadre de la facturation selon le nouveau système de rémunération forfaitaire de SwissDRG

Résumé

Le système de la facturation des prestations des hôpitaux par le biais de forfaits par cas (SwissDRG), qui sera introduit en 2012, a pour conséquence que les assureurs auront, à l'avenir, besoin de moins d'informations médicales relatives aux patientes et aux patients. Compte tenu de la facturation forfaitaire par cas, la transmission systématique de diagnostics et de procédures détaillées des hôpitaux aux assureurs ne sera plus nécessaire. C'est par la révision du codage que l'attribution correcte aux groupes de pathologie sera vérifiée. Une révision du codage n'exige pas de référence aux données personnelles; elle peut avoir lieu avec des données anonymes ou pseudonymes.

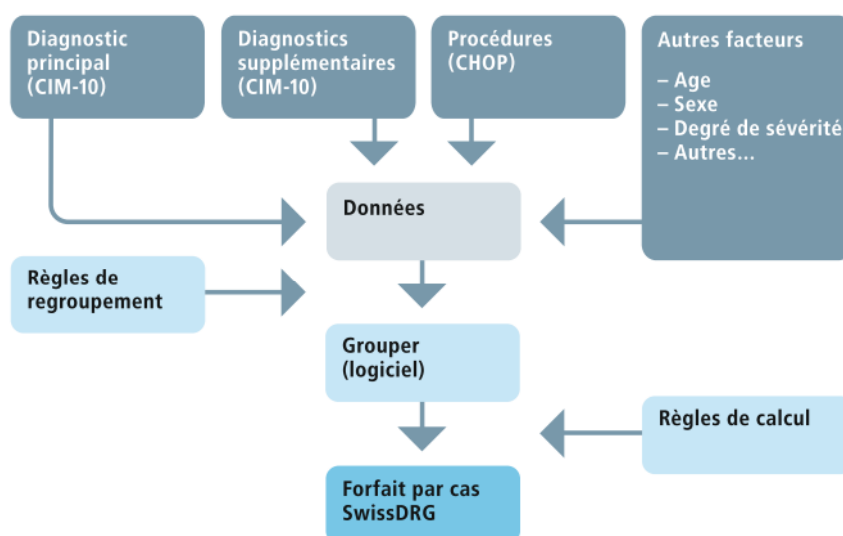
La vérification de la rentabilité des prestations dans les cas individuels reste possible. Dans la vérification de cas particuliers, les assureurs peuvent demander des informations supplémentaires pour vérifier les factures, respectivement les prestations, ambiguës. Il est aussi possible de faire une vérification à l'aide d'échantillons. Dans une telle hypothèse, les hôpitaux remettent aux assureurs les diagnostics et les procédures détaillées des cas déterminés par échantillonnage.

Le service de médecin-conseil de l'assureur doit être intégré dans le processus de vérification, si la patiente ou le patient le demande explicitement ou si, pour un juste motif, l'hôpital le considère indispensable.

Les hôpitaux ont le devoir d'informer les patientes et les patients à propos du traitement de leurs données médicales. En particulier, ils doivent indiquer que les patientes et les patients ont le droit d'exiger la transmission de données médicales directement au service de médecin-conseil de l'assureur.

L'introduction de SwissDRG en 2012

Avec l'introduction de SwissDRG en 2012, le système tarifaire pour la facturation entre hôpitaux et caisses-maladie sera modifié par l'introduction de forfaits par cas. De manière isolée, certaines facturations ont déjà eu lieu avec un système prédécesseur (APDRG). On ne rémunérera plus des prestations individuelles ou des tarifs journaliers, mais des forfaits par cas. Chaque séjour hospitalier sera enregistré et rémunéré de façon forfaitaire en fonction des critères principaux suivants: diagnostic principal, diagnostics supplémentaires, procédures et autres facteurs tels l'âge, le sexe, le degré de sévérité etc. d'un groupe de pathologie DRG ("Diagnosis Related Group").



(source: www.swissdrg.org)

Pour pouvoir introduire SwissDRG, les prestataires de service et les hôpitaux doivent négocier de nouvelles conventions tarifaires. Ces conventions tarifaires doivent notamment régler la question du transfert des données ainsi que les mesures organisationnelles et techniques à prendre. En outre, il convient de préciser, pour les données des patients, le droit d'accès interne aux caisses-maladie, en intégrant les services des médecins-conseils. Les conventions tarifaires doivent être approuvées par chaque gouvernement cantonal (ou par le Conseil fédéral, s'il y en avait un pour tout le territoire de la Suisse).

Pour l'introduction de SwissDRG il y a eu une entente entre santésuisse (fédération des caisses-maladie), H+ (fédération des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins) et la CDS (conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), approuvée par le Conseil fédéral. Dans un contrat cadre, les partenaires se sont entendus sur les étapes à venir. Le contrat prévoit aussi qu'à l'avenir la facturation doit systématiquement être accompagnée des codes de diagnostic et de procédures, conformément à la classification reconnue. Pour cela, le contrat se rapporte à un jugement du Tribunal administratif fédéral.

Le 29 mai 2009, le Tribunal administratif fédéral a prononcé son jugement concernant la transmission de diagnostics et des codes de procédures des hôpitaux aux assurances

médicales. Le tribunal a déclaré qu'en principe, il était admissible de prévoir une transmission systématique des données dans une convention tarifaire. Il a cependant précisé que le principe de la proportionnalité doit être respecté lors d'une transmission, respectivement que des mesures d'accompagnement doivent être prises pour préserver la protection des données et de la personnalité. Le jugement fait toutefois référence au système applicable avant l'introduction des forfaits par cas et ne peut, pour cela, pas être directement appliqué au nouveau système de facturation.

L'entente entre santésuisse, H+ et la CDS se réfère au jugement du tribunal concernant la transmission systématique des diagnostics et des codes de procédure. Celui-ci a toutefois laissé ouvert la question de la transmission des données conformément au principe de la proportionnalité et la question des mesures d'accompagnement.

La législation actuelle affirme que le fournisseur de prestations doit remettre à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Mais elle ne prévoit pas que les factures doivent contenir des diagnostics et des codes de procédures détaillés. Lors de la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), il était prévu d'introduire explicitement le principe selon lequel les factures devaient contenir les diagnostics selon la classification internationale des pathologies. Cette modification légale a été rejetée le 1^{er} octobre 2010 lors du vote final du Conseil national.

Aussi bien le jugement du Tribunal administratif fédéral que l'entente entre santésuisse, H+ et la CDS datent d'avant le 1^{er} octobre 2010. Pour la réglementation future, il faudra prendre en considération la volonté du législateur qui a explicitement rejeté la transmission systématique des codes diagnostics et de procédure.

Révision du codage

La révision du codage entre les hôpitaux et les assureurs implique des vérifications annuelles de la qualité de codage des hôpitaux. Des codeurs externes vérifient à l'aide d'un échantillon (sélection représentative des cas de l'hôpital) et à l'aide de dossiers médicaux s'ils parviennent au même codage et ainsi au même DRG que le codage interne de l'hôpital. La révision du codage sert à établir de façon statistique si des fautes systématiques sont commises par l'hôpital dans le cadre du codage. L'évaluation elle-même, cela veut dire la révision du codage, peut avoir lieu avec des données anonymes; les données peuvent être utilisées de manière anonyme (ou éventuellement avec l'utilisation de pseudonymes) dans la révision du codage. La révision du codage ne sert pas principalement au contrôle de la facturation ou au contrôle des procédures de DRG. D'après le règlement du codage de SwissDRG, elle sert aussi au développement du système de codage.

Contrôle de la facturation

Les assureurs sont tenus de vérifier le caractère économique, efficace et adéquat des prestations fournies par les hôpitaux. Sous l'ancien système, les assureurs soutenaient l'avis d'avoir besoin de données médicales détaillées pour ce contrôle (diagnostic selon la classification statistique ICD-10, les procédures de traitement selon la classification CHOP). Ces données auraient dû être livrées automatiquement avec chaque facturation.

Or, le système change et cela a des conséquences sur le système de contrôle de la facturation: la rémunération due par les assureurs intervient dorénavant de façon forfaitaire, selon le codage DRG. Pour la facturation ce ne sont plus les prestations individuelles qui sont déterminantes, mais l'appartenance à un groupe de pathologie d'après la classification SwissDRG. Le forfait a justement été défini en rapport avec la rentabilité. Une vérification du cas individuel n'est donc plus nécessaire compte tenu de la facturation forfaitaire.

Malgré le changement fondamental du système, les assureurs veulent continuer à contrôler la rentabilité des prestations à l'aide de factures individuelles. Ce contrôle de la facturation peut avoir lieu de deux manières :

- ***Contrôle de la facture dans un cas individuel suite à des anomalies***

S'il y a un motif de vérifier plus précisément la facture dans un cas individuel concret (p.ex. il y a une anomalie), l'assureur peut exiger des informations supplémentaires (qui peuvent aussi être de nature médicales) auprès de l'hôpital. Dans ce cas l'hôpital peut, dans la mesure nécessaire au contrôle, donner des renseignements détaillés sur les diagnostics, les procédures et les traitements (pour ce qui est du rôle et de l'implication du service de médecin-conseil de l'assurance-maladie, cf. ci-dessous).

Un tel cas à contrôler est possible, par exemple, lorsqu'un patient doit être hospitalisé plusieurs fois dans un court laps de temps ou si un cas concret occasionne des coûts de traitement extraordinairement élevés. Dans de tels cas, l'assureur a le droit d'obtenir des informations supplémentaires, dont des informations médicales. En résumé, on peut par-

tir du principe que des cas de vérification de factures suite à des anomalies vont diminuer.

- ***Contrôle par échantillonnage (contrôle du caractère économique des prestations)***

La vérification de la facturation s'effectue donc en principe dans le cadre de la révision du codage ou dans un cas individuel concret. Si des contrôles supplémentaires sont nécessaires n'est pas encore établi et n'a, pour l'instant, pas été prouvé par les assureurs. En particulier, il n'a pas encore été prouvé qu'au-delà de la révision du codage un contrôle de la facturation à l'aide d'échantillons soit nécessaire. Le nouveau système de facturation, basé sur des forfaits par cas, ainsi que la vérification du codage correct à l'aide de la révision, ne sont, en principe, pas fait pour de tels contrôles supplémentaires, par le biais d'échantillons. C'est pour vérifier la spécification correcte des prestations de l'hôpital que la révision du codage a été créée.

Pour autant que les contrôles par échantillonnage, en plus de la révision du codage et du contrôle concret des cas individuels, soient indispensables, il se pose la question de la procédure du contrôle. Donc, d'après quels critères choisit-on les échantillons? Plusieurs variantes sont envisageables :

- *Choix de l'échantillon d'après le facteur temps* : On vérifie les factures d'une certaine période (par exemple, les factures de la semaine 14 ou du mois juin).
- *Choix de l'échantillon en fonction des personnes* : On vérifie les factures de toutes les personnes avec une certaine lettre initiale dans le nom et/ou d'après le domicile (par exemple des assurés avec comme initiales le B, K et le T qui habitent aux lieux A, P et W).
- *Choix de l'échantillon d'après un cas de pathologie* : On vérifie les factures d'un certain groupe de pathologie (par exemple tous les cas avec une opération de bypass).
- On pourrait aussi imaginer la combinaison de ces différents échantillons.

Dans le contrôle externe à l'aide d'un échantillon, la vérification se fait en rapport avec les données personnelles. Cela veut dire que les cas sont analysés individuellement, avec les données concrètes. Si l'on découvre que le codage est correct le montant facturé est dû. Si le codage est incorrect, il faut adapter la facture.

A ce jour, il n'est pas précisé selon quels critères les échantillons sont déterminés par les assureurs. Visiblement, ceux-ci procèdent eux-mêmes à la détermination des échantillons, partiellement selon leurs propres méthodes statistiques et prétendent avoir besoin, pour cela, des factures détaillées, y compris les codes diagnostics et de procédure de tous les assurés. Toutefois, les contrôles ne se font qu'en relation avec 5-10% des cas. Si pour cela des données détaillées sont exigées pour tous les cas (100% des données pour des contrôles dans 5-10% des cas), alors il y a un traitement de données non conforme au principe de la proportionnalité et donc, illicite. Dans la mesure où les assureurs appliquent des méthodes statistiques pour l'échantillonnage, les données doivent auparavant être mises sous la forme de données pseudonymes et transmises aux assureurs sous cette forme. Une décodification ne doit intervenir que dans les cas où le contrôle de la facturation intervient concrètement.

Le cas particulier du « Upcoding »

Différents acteurs signalent le danger que les hôpitaux (sans intention de fraude) profitent de lacunes dans le système du DRG pour réaliser des forfaits par cas aussi élevés que possible (dit « Upcoding »). Pour cela il faut prendre en compte que la révision du codage sert à l'adaptation du système. La possibilité que des hôpitaux puissent éventuellement exploiter des lacunes, ne justifie pas qu'on transmette systématiquement des données médicales détaillées de tous les assurés aux assureurs. Les expériences de l'Allemagne, où le système du DRG fonctionne déjà depuis quelques années, montrent que le danger d'un « Upcoding » existe seulement en théorie et qu'un tel « Upcoding » n'intervient que très rarement en pratique. S'il devait être nécessaire de monter un mécanisme de protection contre le « Upcoding » il faudrait intégrer ce mécanisme dans la révision du codage au lieu de développer un système de contrôle parallèle auprès des assureurs.

Respect du principe de proportionnalité dans la transmission systématique des données

Le principe constitutionnel de la proportionnalité signifie que, dans la réalisation des tâches fixées par la loi, il est seulement admissible de traiter autant de données que nécessaires et adéquates.

Les nouvelles procédures de forfaits par cas conformes au SwissDRG 2012, sont déterminantes pour pouvoir savoir quelles données doivent être remises avec la facturation. Vu que la rémunération a lieu de manière forfaitaire et que le codage correct est vérifié par d'autres procédures (révision du codage), les assureurs ont, dans le cas standard, juste besoin des données suivantes pour le paiement de la facture :

- identité et données des assurés (nom/ prénom/ date de naissance/ domicile/ numéro d'assuré, sexe, état civil)
- nom de l'assureur et de l'agence
- statut de l'assurance (couverture)
- date et heure d'entrée / date et heure de sortie
- numéro SwissDRG et nomenclature SwissDRG selon le catalogue et le facteur de frais de SwissDRG
- prix de base du cas/ montant de la facture/ surtaxe/ rabais
- total des jours de traitement et total des jours congés
- transfert/ hospitalisations successives
- numéro d'identification de la clinique ("ZSR" et "EAN")
- Numéro d'identification du médecin ayant demandé l'intervention, dans la mesure où il est connu ("ZSR" et "EAN")
- sorte de prestation : maladie, accident, maternité
- mention des autres assurances sociales éventuellement concernées (AI, AM, AA etc.), nom et adresse de l'autre assureur

D'autres données médicales ne sont généralement pas nécessaires pour le paiement d'une facture dans le système du forfait par cas. Ainsi la transmission systématique du diagnostic principal et des diagnostics supplémentaires (codage selon l'ICD-10) aussi bien que des procédures, respectivement des codes de traitement (codage selon CHOP) n'est pas conforme au principe de la proportionnalité.

Rôle du service de médecin-conseil

Tous les assureurs doivent avoir un service de médecin-conseil (SMC). Le SMC est un lieu de triage entre les fournisseurs de prestations et l'administration de l'assureur. Il vérifie les cas et communique uniquement le résultat à l'administration. Les collaborateurs du SMC sont soumis au secret médical comme les collaborateurs des hôpitaux. C'est ainsi que la protection du secret peut être maintenue de manière optimale.

Dans les cas suivants, le flux d'information (facturation, informations supplémentaires dans le cas individuel) a lieu par le biais du SMC de l'assureur (au lieu de passer par l'administration):

- La patiente ou le patient désire explicitement de la part de l'hôpital que les données soient transmises aux SMC.
- L'hôpital considère qu'un envoi au SMC est nécessaire dans un cas justifié.
- La patiente ou le patient n'est pas capable de s'exprimer. Dans un tel cas, l'hôpital doit préserver les intérêts de la patiente ou du patient. Il doit partir de l'idée que la volonté de la patiente ou du patient réside dans la remise des données au SMC.

Le rôle des patientes et des patients

L'échange d'informations entre les hôpitaux et les assurances-maladie a généralement lieu sans l'intervention des patientes et des patients. Les patientes et les patients reçoivent souvent seulement une copie de la facture ou une information indirecte de la part de l'administration de l'assureur.

Les patientes et les patients doivent dorénavant être informés de la part de l'hôpital des modalités de traitement de leurs données médicales. En outre, ils doivent savoir qu'ils ont le droit d'exiger la transmission des données médicales au service conseil-médecin de l'assureur. Ce devoir d'information des hôpitaux doit être ancré de manière adéquate dans les conventions tarifaires.

Les préposés à la protection des données approuvent le renforcement des droits du patient et la transparence du traitement des données.

Conclusion des conventions tarifaires

En vue de l'introduction du SwissDRG, les prestataires de services et les assureurs vont conclure des nouvelles conventions tarifaires durant l'année 2011 et ils vont les soumettre au gouvernement cantonal concerné, pour approbation. Dans ces conventions, il conviendra de régler de façon détaillée le traitement des données. Le fil conducteur est le principe de la proportionnalité, comme décrit ci-dessus.

Dès lors que les exigences de protection des données sont identiques pour tous les hôpitaux, il paraît raisonnable d'avoir une unité de formulation des conventions tarifaires, pour ce qui est du traitement des données.

Exigences privatim

Les préposés à la protection des données émettent les exigences suivantes :

Dans le cadre de leurs négociations, les partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs) sont appelés à accorder l'attention nécessaire au traitement des données et à formuler les dispositions relatives à la facturation de façon conforme au droit de la protection des données.

Dans la préparation des décisions d'approbation du gouvernement cantonal, les départements de la santé publique ont à vérifier la conformité des conventions tarifaires avec le droit de la protection des données.

Les partenaires tarifaires et les départements de santé publique devraient intégrer les préposés à la protection des données dans le processus d'élaboration et d'approbation des conventions tarifaires.