

08.06.2007 - 14:45 Uhr

## Contrôle des soins: le Tribunal fédéral approuve les pratiques d'Helsana

Zurich (ots) -

Les assureurs-maladie sont autorisés à consulter les documents des établissements médico-sociaux afin de contrôler l'économicité des prestations qui y sont octroyées. Le Tribunal fédéral a confirmé ce principe dans un arrêt du 21 mars 2007 et ainsi attesté de la légalité des pratiques d'Helsana en matière de contrôle des soins. Cette décision représente une étape importante pour le contrôle des forfaits par cas qui seront introduits prochainement dans le domaine hospitalier.

Pas d'information, pas de contrôle. Ces quelques mots résument l'essentiel de l'arrêt du Tribunal fédéral donnant raison à Helsana et à ses démarches relatives au contrôle des soins. Les établissements médico-sociaux doivent fournir aux assureurs-maladie tous les documents nécessaires afin qu'ils remplissent leur obligation légale d'exercer un contrôle sur les soins dispensés aux assurés. Le Tribunal précise que les "données personnelles sensibles et les profils de la personnalité", donc les diagnostics et autres renseignements médicaux, font également partie de ces documents.

L'obligation de fournir des renseignements pour la vérification de l'économicité des prestations de soins est en effet compatible avec la protection des données. Le traitement des données par les assureurs-maladie s'appuie sur les dispositions spéciales de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le Tribunal a par ailleurs déclaré explicitement que celles-ci étaient prioritaires sur la Loi sur la protection des données.

Cet arrêt de la plus haute instance juridique suisse met fin à un litige entre Helsana et les établissements médico-sociaux de la Ville de Zurich qui aura duré cinq ans. Invoquant la Loi sur la protection des données, les EMS refusaient de fournir à Helsana les documents dont elle avait besoin, tels que des rapports de soins, de même que des planifications de soins et de thérapie. En dernière instance, le Tribunal fédéral a rejeté un recours au tribunal administratif de la Ville de Zurich, cautionnant ainsi le point de vue d'Helsana.

Les assureurs déterminent l'étendue des informations

Le Tribunal fédéral a indiqué que l'obligation de fournir des renseignements à laquelle sont tenus les fournisseurs de prestations devait être basée sur le "principe de proportionnalité". En d'autres termes, les informations requises doivent être "objectivement exigibles et appropriées" et ce, dans le but de contrôler l'économicité des prestations. Cependant, il n'appartient pas aux fournisseurs de prestations de déterminer quelles informations ils peuvent transmettre aux assureurs. En effet, le Tribunal fédéral accorde aux assureurs-maladie une "certaine marge d'évaluation" pour ce qui a trait à la nature des informations nécessaires au contrôle de l'économicité, ainsi qu'à son déroulement. De même, l'assentiment du patient concerné n'est pas nécessaire, pour autant que les dispositions légales soient respectées. En l'occurrence, le Tribunal a déclaré que la démarche d'Helsana était conforme à ces dispositions. Il a également rappelé que les assureurs-maladie étaient soumis au devoir de discrétion.

Plus de transparence dans le domaine hospitalier

Par le biais de cet arrêt, le Tribunal fédéral a confirmé que les

dispositions légales actuelles (LAMal) étaient suffisantes. Désormais, les fournisseurs de prestations devront fournir aux assureurs toutes les informations nécessaires au contrôle des soins, en particulier le détail des diagnostics. Cette confirmation officielle est d'une grande importance en vue de l'introduction des forfaits par cas dans les hôpitaux.

Avec les forfaits, les diagnostics et les procédures seront les critères déterminants pour la détermination du montant de la facture de l'hôpital. L'arrêt du Tribunal fédéral invalide le refus des hôpitaux de fournir des informations aux assureurs à des fins de contrôle. Helsana a par conséquent le droit d'exiger de leur part le Minimum Data Set afin de procéder aux contrôles nécessaires, car sans Minimum Data Set, le contrôle des factures n'a plus aucun sens.

Le Groupe Helsana

Avec 1,9 million d'assurés et des recettes de primes de 5,2 milliards de francs, le Groupe Helsana est le leader de la branche de l'assurance-maladie en Suisse. Helsana assure les personnes contre les conséquences économiques de la maladie, de l'accident, de la maternité et en cas de vieillesse. Son offre s'adresse à la clientèle privée (particuliers et familles) ainsi qu'à la clientèle entreprises (entreprises et associations). Font partie du Groupe Helsana les assureurs-maladie Helsana, Progrès, sansan, avanex et aerosana. Plus de détails sur: [www.helsana.ch](http://www.helsana.ch)

Contact:

Service média d'Helsana  
Tél. : +41/43/340'12'12  
Fax : +41/43/340'02'10  
E-Mail: [media.relations@helsana.ch](mailto:media.relations@helsana.ch)

Ce communiqué de presse se trouve également dans le Coins médias:  
[www.helsana.ch/media](http://www.helsana.ch/media)

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100004725/100535701> abgerufen werden.