

DELIBERATION N° 05/019 DU 3 MAI 2005 RELATIVE A LA COMMUNICATION DE DONNEES PAR LA CELLULE TECHNIQUE A L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE ET INVALIDITE DANS LE CADRE DU PROJET DE RECHERCHE « FINANCEMENT FORFAITAIRE DES MEDICAMENTS DANS LES HOPITAUX »

Vu la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, notamment l'article 15, 2° alinéa;

Vu la demande de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité du 14 février 2005;

Vu le rapport d'auditorat de la Banque-carrefour reçu le 14 avril 2005;

Vu le rapport de Monsieur Michel Parisse.

A. CONTEXTE ET OBJET DE LA DEMANDE

1. Conformément à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 *portant des dispositions sociales*, il a été institué auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité une « *Structure multipartite en matière de politique hospitalière* », qui a notamment pour mission d'évaluer la pratique médicale dans les hôpitaux, pour autant que celle-ci génère des dépenses.

Le gouvernement fédéral a décidé de modifier le mode de financement des médicaments dans les hôpitaux, actuellement basé sur le principe du "*fee for service*", et de l'axer davantage sur une base forfaitaire à l'avenir. Le forfait doit cependant être basé dans la mesure du possible sur le diagnostic du patient.

La structure multipartite précitée a par conséquent été invitée à émettre un avis.

2. La structure multipartite souhaite réaliser une étude afin de vérifier la faisabilité du projet du gouvernement et de fixer les modalités éventuelles du nouveau mode de financement.

Toutefois, pour la réalisation de cette étude, la structure multipartite doit disposer de données provenant du *résumé clinique minimum* (MKG) et du *résumé financier minimum* (MFG), lesquelles sont disponibles auprès de la Cellule technique.

Les données concernées seraient initialement communiquées par la Cellule technique à l'Institut national d'assurance maladie et invalidité qui les transmettrait, après traitement, à la structure multipartite, sous une forme excluant toute (ré)identification de personnes physiques (patients) ou de personnes morales (hôpitaux).

3. En vertu de l'article 156, § 2, de la loi du 29 avril 1996 *portant des dispositions sociales*, la mission de la Cellule technique se base en particulier sur les données résultant de la combinaison des informations du *Résumé Clinique Minimum* (provenant des hôpitaux et transmises à la Cellule technique à l'intervention du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) et des informations du *Résumé Financier minimum* (provenant des organismes assureurs et transmises à la Cellule technique à l'intervention de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité).

4.1. La demande porte sur la communication des données suivantes, par la Cellule technique à l'Institut national d'assurance maladie et invalidité :

- MKG (par séjour) : le MDC (*Major Diagnostic Category*), le APR-DRG (*All Patient Related Diagnostic Related Group*), le degré de « sévérité », le passage dans l'unité des soins intensifs et le décès.
- MFG (par séjour) : l'organisme assureur concerné, le numéro d'hôpital, le numéro de séjour anonyme, le numéro d'ordre de l'hospitalisation, la date de sortie, le service où le patient a été hospitalisé, le code du bénéficiaire, la catégorie d'âge, le sexe, l'intervalle entre les hospitalisations, l'année et le mois d'hospitalisation, le nombre de jours d'hospitalisation, le type de jours d'hospitalisation, le montant des jours d'hospitalisation, le service concerné, le code du produit pharmaceutique, la catégorie de remboursement, le nombre d'unités délivrées, le montant remboursé pour le produit pharmaceutique, le pseudo-code nomenclature, le nombre d'unités facturées et le montant remboursé pour le pseudo-code nomenclature.

4.2. Le rapport d'auditorat précise qu'il est fait usage de vingt-cinq codes MDC, de trois cents cinquante-cinq codes APR-DRG et de quatre niveaux de sévérité par APR-DRG. Grâce à cette large répartition, il serait impossible aux chercheurs de (ré)identifier les patients concernés. Par ailleurs, le numéro d'hôpital serait également codé.

Le numéro de séjour anonyme est obtenu à l'aide d'un procédé d'encryptage irréversible et est attribué au patient pour la première période d'hospitalisation dans n'importe quel hôpital pendant les dix-huit mois comptables qui donnent lieu à une obligation de paiement. En cas d'une nouvelle hospitalisation dans n'importe quel hôpital au cours de la période comptable, tout séjour doit être enregistré sous le même numéro que celui du premier séjour. Le numéro de séjour anonyme est donc unique par patient pour toute la période comptable.

5. Ces données permettraient de réaliser une analyse des différences de coût existant entre les hôpitaux.

Devraient être disponibles, par hôpital, des informations concernant le diagnostic du patient (plus précisément le APR-DRG et le degré de sévérité), les médicaments administrés (et les produits y assimilés) et les frais y afférents.

Afin de pouvoir justifier certains coûts élevés, les chercheurs de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité devraient également disposer de données complémentaires concernant la durée d'hospitalisation, l'âge, les soins intensifs et le décès.

Ces données serviraient ensuite à simuler un système qui fixe comme norme le coût moyen national par APR-DRG et qui calcule par hôpital un budget qui sera alloué forfaitairement. Les modalités précises doivent encore être examinées et déterminées. Il y aurait également lieu d'analyser les différences existant entre le système actuel du « *fee for service* » et le système forfaitaire.

6. Les données communiquées par la Cellule technique seraient traitées par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité, qui calculerait des moyennes par hôpital et réaliserait éventuellement une simulation de perte ou de gain possible. Le traitement serait toujours réalisé sur la base d'un numéro d'hôpital anonyme.

Les résultats du traitement seraient finalement communiqués au groupe de travail concerné de la structure multipartite, sous la forme d'un avis ou d'une simulation ou toute autre forme excluant toute (ré)identification de personnes (physiques ou morales).

7. Conformément à l'article 156, § 4, de la loi du 29 avril 1996 *portant des dispositions sociales*, toute transmission de données à caractère personnel par la Cellule technique requiert une autorisation de principe du Comité sectoriel de la sécurité sociale.

B. EXAMEN DE LA DEMANDE

8. Il s'agit de données par séjour hospitalier qui, vu les techniques utilisées décrites ci-dessus, paraissent ne pas offrir la possibilité de réidentifier le patient concerné.
- 9.1. L'article 156, § 3, de la loi du 29 avril 1996 *portant des dispositions sociales* dispose que la Cellule technique ne mettra à disposition que des « *données anonymes* », c'est-à-dire des données qui ne peuvent pas être mises en rapport avec une personne physique ou morale qui est ou peut être identifiée.

Le Roi détermine cependant les conditions selon lesquelles la Cellule technique peut communiquer au service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et

Environnement des données par lesquelles la personne morale ou le dispensateur de soins, personne physique, est ou peut être identifié.

Cette communication doit s'avérer indispensable à l'exécution des missions légales du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité.

L'arrêté royal du 18 octobre 2001 *portant exécution de l'article 156, § 3, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales* prévoit donc que la Cellule technique transmet les données par lesquelles les personnes morales sont identifiées aux autorités précitées, à leur demande et exclusivement lorsque cela s'avère indispensable à l'exécution de leurs missions légales.

- 9.2. En vue de la réalisation de son étude, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité doit, dans certains cas, disposer de l'identité de l'hôpital concerné.

La communication porterait en premier lieu sur les *numéros d'hôpitaux codés*.

Toutefois, le médecin de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité qui est responsable de la protection des données relatives à la santé recevrait de la Cellule technique une table de conversion comprenant, d'une part, les *numéros d'hôpitaux codés*, et d'autre part, les *numéros d'hôpitaux réels* respectifs. Il n'utiliserait cette table de conversion que dans la mesure où les chercheurs en démontrent la nécessité.

Ceci ne semble pas poser problème au niveau de la protection de la vie privée, étant donné que les hôpitaux, en qualité de personnes morales, ne puisent pas de droit dans la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel*.

Par ces motifs,

le Comité sectoriel de la sécurité sociale

1. autorise la Cellule technique à transmettre les données précitées par séjour hospitalier à l'Institut national d'assurance maladie et invalidité, dans le cadre du projet de recherche « *financement forfaitaire des médicaments dans les hôpitaux* »,
2. autorise l'Institut national d'assurance maladie et invalidité à transmettre les résultats de son étude au groupe de travail concerné de la structure multipartite, sous la condition expresse que ces résultats ne permettent pas de (ré)identifier des personnes (physiques ou morales).

Michel PARISSE
Président