

eCH-0237 – Norme de processus SHIP «Soins»

Nom	Norme de processus SHIP «Soins»
eCH-nombre	eCH-0237
Catégorie	Norme
Stade	Défini
Version	1.0
Statut	Remplacé
Date de décision	2019-11-27
Date de publication	2020-01-14
Remplace la version	-
Condition préalable	eCH-0234 V1.0, eCH-0235 V1.0
Annexes	<p>BEIL1_eCH-0237_V1.0_Schema.zip</p> <ul style="list-style-type: none"> • eCH-0237_V1.0_01_070.xsd • eCH-0237_V1.0_01_080.xsd • eCH-0237_V1.0_01_130.xsd • eCH-0237_V1.0_01_140.xsd • eCH-0237_V1.0_02_010.xsd • eCH-0237_V1.0_02_030.xsd • eCH-0237_V1.0_02_040.xsd • eCH-0237_V1.0_02_050.xsd • eCH-0237_V1.0_02_060.xsd • eCH-0237_V1.0_02_070.xsd • eCH-0237_V1.0_02_130.xsd • eCH-0237_V1.0_02_300.xsd • eCH-0237_V1.0_02_310.xsd • eCH-0237_V1.0_03_010.xsd • eCH-0237_V1.0_03_020.xsd • eCH-0237_V1.0_03_050.xsd • eCH-0237_V1.0_03_060.xsd
Langues	Allemand (original), français (traduction)
Auteurs	<p>Stefan Rohner, stefan.rohner@sasis.ch Doris Bühlmann, doris.buehlmann@sasis.ch Cécile Portmann, cecile.portmann@sasis.ch Thomas Grotehen, thomas.grotehen@ti8m.ch Gregor Ineichen, gregor.ineichen@helsana.ch Stefan Müller, stefan.mueller@altroadvice.ch</p>

Éditeur / distribution	Association eCH, Mainaustrasse 30, case postale, 8034 Zurich T 044 388 74 64, F 044 388 71 80 www.ech.ch / info@ech.ch
-------------------------------	---

Condensé

La présente **norme de processus SHIP «Soins»** définit la logique technique de processus et les contenus des annonces du système d'annonce SHIP bidirectionnel pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé du processus administratif entre les établissements de soins (organisations Spitex et maisons de repos), les médecins prescripteurs et les répondants des coûts (assureurs maladie) du système de santé suisse en lien avec le traitement des frais médicaux

Sommaire

1	Introduction.....	5
1.1	Statut.....	5
1.2	Champ d'application	5
2	Principes	6
2.1	Terminologie des recommandations	6
2.2	Normes eCH référencées.....	6
2.3	Utilisation de la norme de processus SHIP «Soins»	6
3	Norme de processus «Soins»	7
3.1	Portée.....	7
3.2	Restrictions d'utilisation	7
3.3	Délimitation	7
3.4	Acteurs	7
3.5	Relations d'affaires	8
3.6	Sous-processus	8
4	Sous-processus 01 Ouvrir le cas de prestations.....	8
4.1	Étapes de processus, annonces	8
4.2	Événement d'entrée	9
4.3	Étapes de processus	10
4.4	Événement de sortie	13
4.5	Types d'annonce.....	13
4.5.1	M_01.070 Demande répondant des coûts.....	13
4.5.1	M_01.080 Réponse répondant des coûts.....	14
4.5.2	M_01.130 Notification Ouverture de cas de prestations	15
4.5.3	M_01.140 Réponse Ouverture de cas de prestations.....	15
5	Sous-processus 02 Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts.....	16
5.1	Étapes de processus, annonces	17
5.2	Événement d'entrée	18
5.3	Étapes de processus	18
5.4	Événement de sortie	23
5.5	Types d'annonce.....	23
5.5.1	M_02.010 Annonce des besoins Données administratives.....	24
5.5.2	M_02.030 Décision annonce des besoins assureur LAMal	25
5.5.3	M_02.040 Demander des informations de niveau 2	26
5.5.4	M_02.050 Envoyer des informations de niveau 2	28
5.5.5	M_02.060 Demander des informations de niveau 3	29
5.5.6	M_02.070 Envoyer des informations de niveau 3	30

5.5.7	M_02.130 Informer les prescripteurs et l'assurance maladie de la décision sur l'annonce des besoins.....	32
5.5.8	M_02.300 Demande Prescription non numérique.....	33
5.5.9	M_02.310 Envoi Prescription non numérique.....	34
6	Sous-processus 03 Échanger des informations sur les prestations.....	34
6.1	Étapes de processus, annonces.....	34
6.2	Événement d'entrée.....	35
6.3	Étapes de processus.....	35
6.4	Événement de sortie.....	36
6.5	Types d'annonce.....	36
6.5.1	M_03.010 Annonce Début du traitement.....	36
6.5.2	M_03.020 Prise de connaissance Début du traitement.....	37
6.5.3	M_03.050 Annonce Fin du traitement.....	38
6.5.4	M_03.060 Prise de connaissance Fin du traitement.....	38
7	Gestion des versions.....	39
8	Sécurité.....	39
8.1	Procédure d'accès en ligne.....	39
8.2	Utilisation du numéro AVS.....	39
8.3	Proportionnalité.....	40
9	Exclusion de responsabilité - droits de tiers.....	41
10	Droits d'auteur.....	41
	Annexe A – Références & bibliographie.....	42
	Annexe B – Collaboration & vérification.....	42
	Annexe C – Abréviations et glossaire.....	42
	Annexe D – Modifications par rapport à la version précédente.....	45
	Annexe E – Liste des illustrations.....	45

Remarque

En vue d'une meilleure lisibilité et compréhension, seul le genre masculin est utilisé pour la désignation des personnes dans le présent document. Cette formulation s'applique également aux femmes dans leurs fonctions respectives.

1 Introduction

1.1 Statut

Remplacé: Le document a été remplacé par une nouvelle version plus récente. Son utilisation reste encore possible, mais il est recommandé d'appliquer la dernière version.

1.2 Champ d'application

Les acteurs de la santé, regroupés sous le nom [SHIP](#) (Swiss Health Information Processing), ont défini un système d'annonce bidirectionnel pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé des différents processus administratifs dans l'optique d'améliorer la qualité et l'efficacité tout en optimisant les coûts des processus administratifs.

La présente **norme de processus SHIP «Soins»** définit la logique technique de processus et les contenus des annonces du système d'annonce SHIP bidirectionnel pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé du processus administratif entre les établissements de soins (organisations Spitex et maisons de repos), les médecins prescripteurs et les répondants des coûts (assureurs maladie) du système de santé suisse.

Processus, contenu	SHIP norme des processus «Hôpital stationnaire» eCH-0236	SHIP norme des processus «Soins» eCH-0237	SHIP norme des processus «XY» eCH-0xxx
Types de contenu	SHIP Norme SHIP concernant les données Cas de prestations Administration eCH-0234		
Routing, respect des processus	SHIP Norme d'annonce eCH-0235		
Transport	SHIP Connector (implémentation de référence)		

Figure 1: Classification des normes SHIP

La version actuelle de la norme de processus SHIP «Soins» comprend les étapes de processus administratifs pour les sous-processus 01 «Cas de prestations ouvert», 02 «Planifier le cas de prestations et sécuriser les coûts» et 03 «Échanger des informations sur les prestations».

2 Principes

2.1 Terminologie des recommandations

Les directives dans le présent document sont indiquées selon la terminologie de [\[RFC2119\]](#). Dans ce contexte, les expressions suivantes apparaissant en LETTRES MAJUSCULES en tant que mots, ont les significations suivantes :

- **[IMPÉRATIF]** Le responsable doit réaliser l'objectif.
- **[RECOMMANDÉ]** Le responsable peut pour des raisons importantes renoncer à la réalisation de l'objectif.
- **[FACULTATIF]** Le responsable est libre de choisir s'il souhaite réaliser l'objectif ou non.

2.2 Normes eCH référencées

[\[eCH-0158\]](#) Conventions de modélisation BPMN pour l'administration publique

[\[eCH-0018\]](#) XML Best Practice

[\[eCH-0046\]](#) Norme concernant les données Contact

[\[eCH-0064\]](#) Spécifications pour le système de carte d'assuré

[\[eCH-0234\]](#) Norme SHIP concernant les données Cas de prestations Administration Santé

[\[eCH-0235\]](#) Norme d'annonce SHIP

2.3 Utilisation de la norme de processus SHIP «Soins»

[IMPÉRATIF] La communication bidirectionnelle dans le cadre de l'utilisation de la norme de processus SHIP «Soins» [\[eCH-0237\]](#) s'effectue via le connecteur SHIP, mis à disposition par le système d'annonce SHIP Fournisseur de prestations [\[SASIS AG\]](#).

[IMPÉRATIF] Tous les partenaires de communication du système d'annonce SHIP sont enregistrés dans les services SHIP Central Services de SASIS AG en tant que participant SHIP et peuvent envoyer et recevoir les annonces SHIP via le connecteur SHIP conformément aux règles de la norme de processus SHIP «Soins» [\[eCH-0237\]](#).

[FACULTATIF] Tous les participants au système d'annonce SHIP sont autorisés à utiliser l'application de référence SHIP pour visualiser et traiter les annonces transmises via le SHIP Connector dans le cadre de l'utilisation de la norme de processus SHIP «Soins» [\[eCH-0237\]](#).

3 Norme de processus «Soins»

3.1 Portée

La norme de processus «Soins» contient les processus administratifs entre les fournisseurs de prestations, les prescripteurs et les répondants des coûts pour un cas de soins. Les acteurs concernés échangent des informations relatives au cas de prestations.

La version actuelle comprend l'échange d'annonces pour les cas de prestations selon la Loi sur l'assurance maladie (LAMal).

3.2 Restrictions d'utilisation

La version actuelle ne tient pas encore en compte des domaines/thèmes/processus suivants:

- Cas de prestations d'infirmières et d'infirmiers indépendants.
- Cas de prestations pour les centres de jour ou de nuit
- Cas de prestations pour les soins internes ambulatoires
- Cas de prestations pour les soins aigus et de transition
- Cas de prestations pour les maisons de repos
- Cas de prestations avec établissements de santé sans numéro RCC
- Cas de prestations de personnes sans numéro AVS Cas de prestations aux assureurs accidents, assurance militaire, assurance invalidité Implication du responsable du financement résiduel et de l'assurance LCA
- Sous-processus 04 Finaliser le cas de prestations

3.3 Délimitation

- Les actes médicaux du fournisseur de prestations ne font pas partie du cas de prestations «Soins».
- L'échange administratif entre la personne assurée et son assurance ne fait pas non plus partie du cas de «Soins».

3.4 Acteurs

Dans le cas de prestations de la norme de processus «Soins», les acteurs et rôles impliqués sont les suivants:

Type d'acteur	Acteur	Rôle
Établissement de santé	Établissements de soins	Fournisseur de prestations
Organisation de financement	Assurance LAMal	Répondant des coûts
Établissement de santé	Médecin	Prescripteur
Personne	Personne	Patient assuré

Tableau 1: Acteurs Processus Soins

3.5 Relations d'affaires

Si une personne a besoin de soins, les processus administratifs correspondants sont lancés.

L'assureur maladie a un rôle important à jouer dans la prise en charge des frais des soins. Pour que l'assurance LAMal puisse prendre en charge les frais, il faut toutefois que la personne dans son rôle d'assuré ait souscrit une police avec l'assurance.

De plus, les prestations de soins doivent être prescrits conformément à l'OPAS. L'établissement de soins se procure cette prescription auprès du médecin, qui a à charge de prescrire les soins dont a besoin la personne dans son rôle de patient.

La loi sur les assurances sociales correspondante (LAMal, LAA, LAI, LAM) est déterminante pour identifier le répondant des coûts concerné. L'affectation à la base légale dépend de l'événement ou du motif de traitement sur la base duquel le cas de prestations est ouvert.

3.6 Sous-processus

Le sous-processus 01 «Ouvrir le cas de prestations» est déclenché par les premières clarifications administratives de l'établissement de soins avec la personne dans le rôle de patient concernant un possible besoin (début) et mène toujours à l'ouverture administrative d'un cas de prestations dans un premier temps.

Après confirmation positive du cas de prestations par le médecin compétent et l'assurance compétentes, le processus se poursuit avec le deuxième sous-processus administratif 02 « Planifier le cas de prestations et annoncer le besoin ». Ce sous-processus consiste à planifier les prestations de soins et à annoncer le besoin pour le cas de prestations.

Le début des soins marque le début du troisième sous-processus administratif 03 « Échanger des informations sur les prestations », qui contient l'annonce du début et de la fin des soins.

La norme de processus « Soins » prévoit l'exécution des sous-processus 01, 02 et 03.

4 Sous-processus 01 Ouvrir le cas de prestations

[IMPÉRATIF] Le sous-processus comprend l'identification de la personne, du répondant des coûts potentiellement compétent et la détermination du prescripteur pour le cas de prestations concret. Le volume de données à échanger correspond seulement à ce qui est nécessaire à l'identification/vérification. À la fin du sous-processus, le fournisseur de prestations informe le répondant des coûts et le prescripteur de l'ouverture du cas de prestations.

4.1 Étapes de processus, annonces

L'objectif est d'identifier le répondant des coûts et le prescripteur qui sont responsables de ce cas de prestations. L'identification de la personne en tant que patient, du prescripteur et du répondant des coûts constitue une condition préalable impérative à la notification de l'ouverture de cas de prestations au répondant des coûts. L'établissement de soins reçoit fréquemment les données personnelles et les détails d'assurance et ceux du prescripteur de la part des proches ou d'un autre organisme qui aide la personne dans son rôle de patient lors de l'organisation des soins.

L'assureur maladie auprès duquel est assurée la personne au moment de la demande d'annonce est réputé être le répondant des coûts.

Le médecin qui connaît la personne en tant que patient et s'estime responsable de la prescription des soins requis est réputé être le prescripteur.

Important: Ce sous-processus ne constitue pas une annonce de prise en charge des coûts. Les éventuelles primes impayées, les renseignements concernant le report d'une prestation, les réserves de prestations, etc. ne sont pas pertinents pour identifier ou vérifier le répondant des coûts éventuel.

L'éventuel répondant des coûts pour les prestations dans un cas prévu par la LAMal est l'assureur maladie auprès duquel la personne est assurée au moment du traitement.

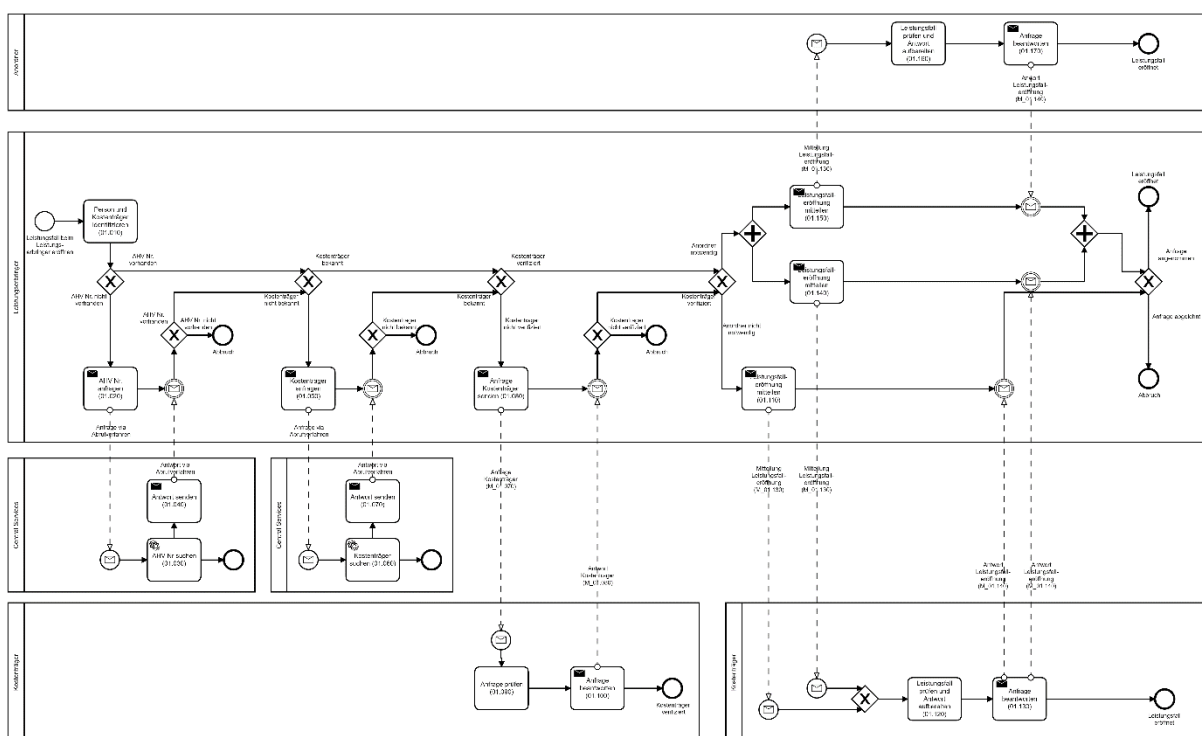


Figure 2: Sous-processus Ouvrir le cas de prestations

4.2 Événement d'entrée

Le sous-processus commence avec la prise de contact entre la personne et l'établissement de soins à propos d'un cas de prestations précis.

Dès que la personne est reconnue grâce au numéro AVS, le répondant des coûts et le prescripteur peuvent être déterminés dans la mesure où l'établissement de soins justifie la demande nécessaire.

4.3 Étapes de processus

Étape de processus	Description
<p>Identifier la personne, le répondant des coûts et le prescripteur</p> <p>01.010</p>	<p>L'établissement de soins est responsable de l'identification correcte de la personne et de l'assurance maladie impliquée dans le cas de prestations.</p> <p>Dans le cadre d'un cas de soins, une personne indique à l'établissement de soins ses données personnelles, le prescripteur responsable du cas de soins ainsi que son assurance maladie.</p> <p>Dès que des clarifications sont apportées concernant des soins, l'établissement de soins ouvre un cas de prestations administratif.</p> <p>Les situations suivantes donnent lieu à l'ouverture d'un nouveau cas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins initiaux (nouveau patient) • Les soins sont terminés et un nouveau cas est créé • La personne change d'établissement • La personne change d'assurance <p>Le cas échéant, un nouveau cas sera également ouvert après l'hospitalisation.</p> <p>Le fournisseur de prestations détermine le motif du traitement (maladie, maternité, accident, infirmité congénitale) et le type de traitement (ambulatoire, stationnaire).</p> <p>Le numéro AVS correct est indispensable à l'identification de la personne. Dès que cette information est connue, ce numéro ainsi que la date de naissance servent de clés et aucune autre donnée personnelle n'est échangée concernant la personne en question.</p> <p>En ce qui concerne l'identification des répondants des coûts, l'organisation dispose de plusieurs possibilités pour connaître les répondants des coûts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation de carte d'assuré [eCH-0064] • Plate-forme d'annonce interne • Répondant des coûts déjà connue sur la base des prétraitements ambulatoires • etc. <p>SHIP soutient les organismes de soins avec des options facultatives de détermination du numéro AVS et des répondants des coûts. Voir à ce sujet les étapes 01.020 à 01.100.</p>
<p>Déterminer le n° AVS</p> <p>01.020</p>	<p>Le numéro AVS correct pour l'identification de la personne doit être disponible pour la communication avec les répondants des coûts. S'il n'est pas connu, l'établissement de soins peut le demander au moyen d'une procédure d'accès en ligne. Afin d'identifier une personne de manière suffisamment fiable, les données d'identification personnelle à fournir doivent présenter le niveau minimal suivant d'attributs:</p>

Étape de processus	Description
	<ul style="list-style-type: none"> • Nom • Prénom • Date de naissance • Sexe
Rechercher le n° AVS 01.030	<p>[Central Service] renvoie le numéro AVS sous réserve qu'il soit possible de l'identifier sans ambiguïté à partir des données d'identification personnelles fournies:</p> <p>Le numéro AVS est renvoyé.</p> <p>Aucun numéro AVS n'est renvoyé: La personne recherchée n'est pas (encore) connue des Central Services ou n'a pas pu être identifiée à partir des données d'identification personnelles transmises. L'organisation de soins doit contrôler les critères.</p>
Envoyer le n° AVS 01.040	Le [Central Service] renvoie le résultat au fournisseur de prestations.
Solliciter le répondant des coûts 01.050	Le fournisseur de prestations a la possibilité, à partir du numéro AVS, via une procédure d'accès en ligne auprès du [Central Service] de déterminer les répondants des coûts (assurance LAMal) pour la personne.
Rechercher les répondants des coûts 01.060	Le [Central Service] recherche les assurances de la personne.
Envoyer les répondants des coûts 01.070	Le [Central Service] met les informations relatives du fournisseur de prestations à la disposition de l'organisme de soins.
Envoyer une demande au répondant des coûts 01.080	<p>L'organisme de soins peut adresser une demande au répondant des coûts (assurance LAMal) concernant la vérification d'une relation d'assurance existante.</p> <p>La demande est facultative.</p>
Contrôler la demande 01.090	Le répondant des coûts sollicité vérifie au moyen du numéro AVS et de la date de naissance si la personne a souscrit une assurance LAMal <u>au moment de la demande</u> .
Répondre à la demande 01.100	Le répondant des coûts fournit la réponse à l'organisme de soins. Faute d'assurance, l'organisme de soins doit clarifier la situation avec la personne (ayant le rôle de patient).
Communiquer le cas de prestations 01.140	<p>Si l'organisme de soins dispose bien de tous les renseignements pertinents concernant la personne et le répondant des coûts, il transmet l'ouverture du cas de prestations aux répondants des coûts identifiés pour ce cas.</p> <p>Un prescripteur est nécessaire dans cette norme de processus Et par conséquent, un acteur également.</p> <p>Si l'annonce ne peut pas être transmise au répondant des coûts souhaité parce que ce dernier n'est pas un participant du système d'annonce SHIP, la décision concernant la forme</p>

Étape de processus	Description
	<p>et le support de transmission de cette information au répondant des coûts est laissée à l'appréciation de l'organisme de soins. Le cas échéant, des accords contractuels existent à cet égard avec les assurances</p>
<p>Vérifier le cas de prestations et préparer la réponse 01.120</p>	<p>Les répondants des coûts reçoivent l'information selon laquelle l'organisme de soins a ouvert un cas de prestations pour la personne. Les assureurs vérifient si la personne a bien souscrit les assurances nécessaires relatives aux informations juridiques communiquées par le fournisseur de prestations au moment de l'admission.</p> <p>Le répondant des coûts peut continuer à utiliser les renseignements reçus concernant l'ouverture du cas de prestations. Lorsque le motif de traitement est un accident, l'assureur peut vérifier si un dossier de sinistre accident avec numéro d'accident correspondant a déjà été créé. Si tel n'est pas le cas, l'assureur peut demander à l'assuré LAMal de remplir un formulaire d'accident correspondant afin que l'accident puisse être vérifié et qu'un dossier de sinistre accident avec un numéro d'accident approprié puisse être créé. Ces démarches supplémentaires (éclaircissements sur les accidents, contrôle du patient, etc.) entreprises par les répondants des coûts sur la base du cas de prestations en cours ne font pas partie du programme SHIP.</p>
<p>Répondre à la demande 01.130</p>	<p>Le répondant des coûts répond au fournisseur de prestations à l'annonce de l'ouverture du cas de prestations. Soit il confirme l'ouverture, soit il la rejette.</p> <p>En cas de refus du répondant des coûts, l'organisme de soins doit clarifier la situation avec la personne (ayant le rôle du patient) et vérifier si le cas de traitement peut être poursuivi avec SHIP ou, le cas échéant, s'il doit être interrompu.</p>
<p>Communiquer l'ouverture du cas de prestations 01.150</p>	<p>En vertu de l'art. 8 de l'OPAS, une prescription médicale détermine les soins requis. L'établissement de soins l'obtient du médecin qui a été déclaré compétent par la personne à l'étape de procédé PS_01.010. Le numéro AVS correct est là encore indispensable à l'identification de la personne. Dès que cette information est connue, ce numéro ainsi que la date de naissance servent de clés et aucune autre donnée personnelle n'est échangée concernant la personne en question. Le numéro de cas et le motif du traitement étant également transmis au prescripteur dans cette annonce, l'étape de processus dépend de l'étape de processus 01.140.</p>
<p>Vérifier le cas de prestations et préparer la réponse 01.160</p>	<p>Sur la base du numéro AVS reçu, de la date de naissance et du motif du traitement, le médecin prescripteur vérifie si cette personne est un patient chez lui et s'il s'estime responsable de la prescription des soins requis.</p>
<p>Répondre à la demande 01.170</p>	<p>S'il connaît la personne et peut prescrire une annonce des besoins, il répond positivement à la demande. Si la réponse</p>

Étape de processus	Description
	est positive, l'établissement de soins peut déjà enregistrer le numéro de cas auprès du prescripteur. S'il ne connaît pas la personne à partir du numéro AVS combiné à la date de naissance ou si, de son point de vue, les soins ne sont pas affichés, il en fait part à l'établissement de soins par une réponse négative. L'établissement de soins doit alors prendre contact avec la personne et vérifier à nouveau les données fournies.

Tableau 2: Étapes de processus Sous-processus Ouvrir le cas de prestations.

4.4 Événement de sortie

Dans la mesure où l'assureur LAMal concerné ainsi que le prescripteur sont identifiés/vérifiés et qu'ils ont enregistré le cas de prestations, le sous-processus est clos. Faute de confirmation du répondant des coûts ou du prescripteur, une requête est émise concernant le répondant des coûts et le prescripteur pour le patient (étape de processus PS_01.010) ou il est rappelé au répondant des coûts et au prescripteur qu'une réponse est attendue. L'abandon du cas constitue une autre point de sortie. Il peut porter sur l'intégralité du cas de prestation ou sur un seul participant uniquement..

4.5 Types d'annonce

Ce chapitre décrit le contenu spécifique des annonces et les règles de traitement de chaque annonce, les schémas XML [\[W3C\]](#) figurant en annexe faisant partie intégrante de la description.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,1 sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,n sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, n éléments au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,1 sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,n sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, n éléments au maximum.

[IMPÉRATIF] Toutes les règles de processus sont impératives.

4.5.1 M_01.070 Demande répondant des coûts

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: initialProcessInformationType	1,1
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Élément	Désignation	Référence	Qual.
personSSN	Identification de la personne	eCH-0234: personSSN	1,1
personBirthDate	Date de naissance de la personne	eCH-0234: personBirthDate	1,1

Tableau 3: Structure de données M_01.070

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal.

Tableau 4: Règles de processus M_01.070

[FACULTATIF] L'annonce n'est techniquement pas obligatoire.

[IMPÉRATIF] Il n'y a pas de répétition de l'annonce.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

4.5.1 M_01.080 Réponse répondant des coûts

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: decisionProcessInformationType	1,1

Tableau 5: Structure de données M_01.080

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_01.070 dans cette conversation doit pouvoir être reçue

Tableau 6: Règles de processus M_01.080

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[IMPÉRATIF] Il n'y a pas de répétition de l'annonce.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

4.5.2 M_01.130 Notification Ouverture de cas de prestations

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: initialProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique Insurance LAMal:			
plannedTreatmentStart	Date d'admission prévue	eCH-0234: plannedTreatmentStart	1,1
accidentNumber	Numéro d'accident	eCH-0234: accidentNumber	0,1
Acteur non spécifique (CommonInformation)			
personSSN	Identification de la personne	eCH-0234: personSSN	1,1
personBirthDate	Date de naissance de la personne	eCH-0234: personBirthDate	1,1
ACID	Numéro de cas	eCH-0234: ACID	1,1
treatmentReason	Motif de traitement	eCH-0234: treatmentReason	1,1
kind	Type de traitement	eCH-0234: kind	1,1

Tableau 7: Structure de données M_01.130

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal.
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un prescripteur.

Tableau 8: Règles de processus M_01.130

[IMPÉRATIF] L'annonce est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

4.5.3 M_01.140 Réponse Ouverture de cas de prestations

La réponse à l'ouverture du cas de prestations.

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: decisionProcessInfor- mationType	1,1
Acteur spécifique LAMal Insurance:			
refusalReason	Motifs de non-enregistrement	eCH-0234: refusalReason	0,1
accidentNumber	Numéro d'accident	eCH-0234: accidentNumber	0,1
Acteur spécifique prescripteur:			
refusalReason	Motifs de non-enregistrement	eCH-0234: refusalReason	0,1
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 9: Structure de données M_01.140

Règle de proces- sus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_01.130 dans cette conversation doit pouvoir être reçue

Tableau 10: Règles de processus M_01.140

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[IMPÉRATIF] Il n'y a pas de répétition de l'annonce.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

5 Sous-processus 02 Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts

[IMPÉRATIF] Comme son intitulé l'indique, ce sous-processus consiste à annoncer la planification des soins ainsi que les besoins pour le cas de prestations et à les traiter de façon structurée au moyen d'annonces électroniques via le système d'annonce SHIP.

De nombreuses exigences techniques de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et des ordonnances ainsi que des accords contractuels interviennent dans ce sous-processus.

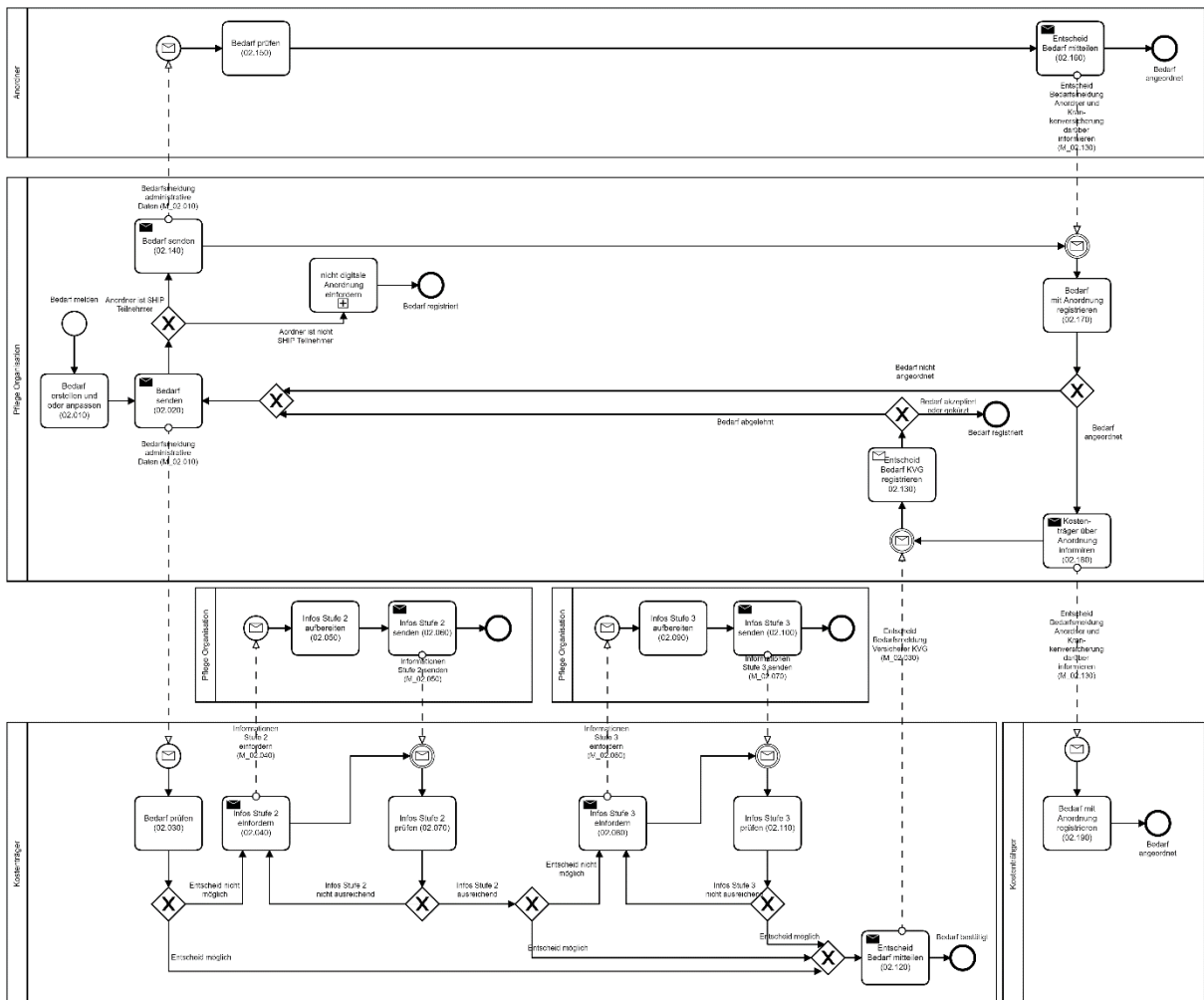
Les explications techniques servent en premier lieu à résoudre la complexité et à mettre en lumière les possibilités offertes le système d'annonce SHIP afin de gérer efficacement ce sous-processus sans restreindre les accords contractuels.

5.1 Étapes de processus, annonces

L'objectif des trois parties (personne, établissement de soins et répondant des coûts) est d'assurer la transparence concernant les soins requis et les prestations de soins qui en découlent pour le cas de prestations en question. Le médecin prescripteur reçoit les besoins déterminés et en vérifie le contenu. S'il est d'accord avec ce contenu, il délivre une prescription. Le prescripteur n'est pas impliqué dans le résultat de l'assureur.

L'assurance examine le besoin à l'avance afin que toute prestation non remboursée ultérieurement ne soit pas fournie par l'établissement de soins ou que ce dernier puisse informer la personne que cette prestation n'est pas ou seulement partiellement prise en charge par l'assurance. Le patient a toujours la possibilité de bénéficier de la prestation à condition de la payer lui-même.

L'assureur maladie et le médecin prescripteur examinent les informations et décident de la suite de la procédure.



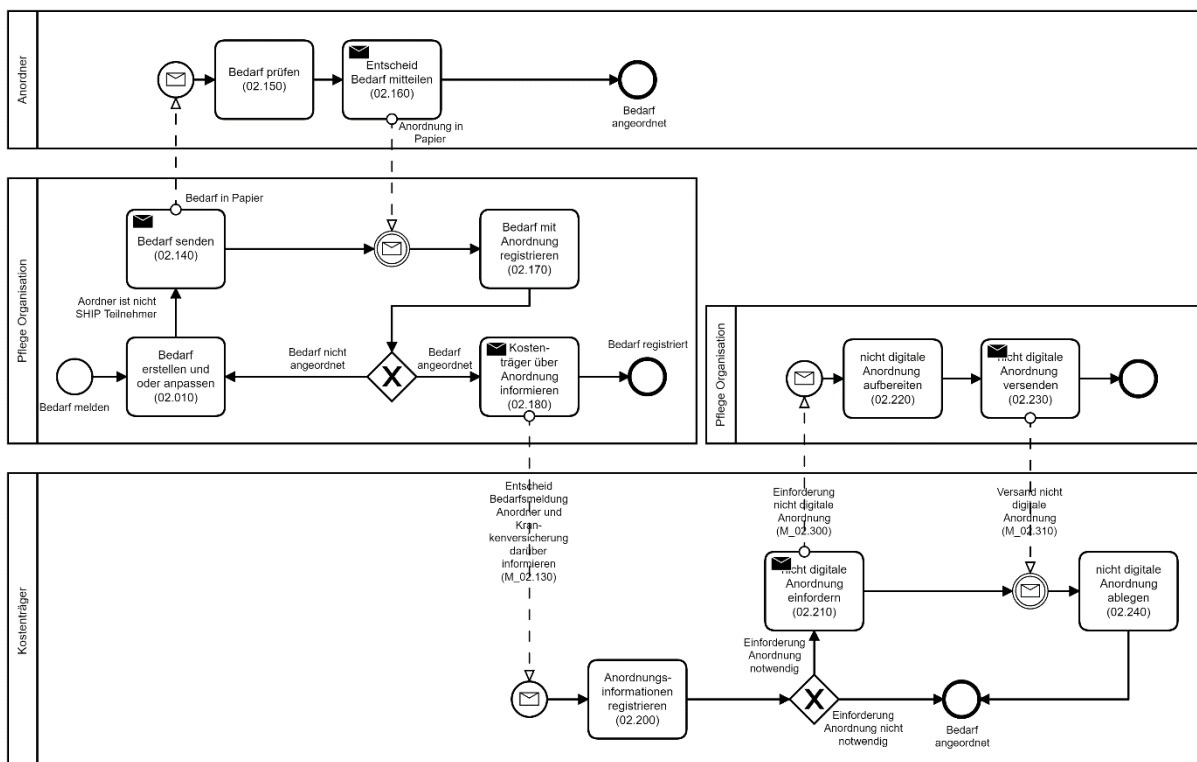


Figure 3: Sous-processus Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts

5.2 Événement d'entrée

Le sous-processus 02 ne peut être amorcé qu'après l'ouverture du cas de prestations et la confirmation positive par l'assurance LAMal et du prescripteur.

Sur la base d'accords contractuels, l'annonce des besoins prescrite doit se trouver chez l'assureur au plus tard avec la première facture mensuelle. Les processus des deux participants sont toutefois différents et sont décrits au chapitre suivant.

Il y a toujours une annonce des besoins après le sous-processus 01 «Ouvrir le cas de prestations», qui lance le deuxième sous-processus administratif 02 «Planifier le cas de prestations et annoncer le besoin».

5.3 Étapes de processus

Étapes de processus	Description
Créer ou adapter un besoin 02.010	<p>Les soins requis par une personne sont communiqués sur la base d'un transfert ou d'une inscription pour des soins. L'infirmier/infirmière détermine les soins requis au moyen d'une évaluation professionnelle de la personne et consigne les besoins.</p> <p>En fonction des soins requis, l'infirmier/infirmière détermine les prestations à fournir (art. 8, al. 2 de l'OPAS). Le besoin</p>

Étapes de processus	Description
	est répertorié sur la base du catalogue uniforme et il est clairement défini dans quelle unité de temps les prestations sont fournis dans la période de besoin déclarée. De cette liste résulte l'étendue de soin attendue, que nous appellerons ci-dessous l'annonce des besoins (art. 8 al. 3 OPAS).
Envoyer le besoin 02.020	Afin de limiter au minimum le temps nécessaire et de garantir rapidement la sécurité de la planification, les établissements de soins envoient chacun une annonce des besoins au médecin prescripteur et à l'assurance maladie compétente.
Vérifier le besoin 02.030	<p>L'assureur LAMal vérifie l'annonce des besoins soumise et évalue s'il peut prendre une décision. Il est possible de demander des informations supplémentaires.</p> <p>Si l'assureur LAMal n'a pas besoin d'informations complémentaires, il peut statuer sur l'annonce des besoins.</p> <p>Important: Le répondant des coûts peut partir du principe selon lequel la rentabilité, l'opportunité et l'efficacité des prestations sont assurées dès la réception de l'annonce. Le répondant des coûts peut également supposer que l'établissement de soins a informé le patient de toute prestation non obligatoire éventuelle.</p> <p>L'assureur LAMal doit, en tout état de cause, informer l'établissement de soins de sa décision, même si un «obligation de prestation tacite» a été convenu par contrat.</p>
Demander des infos de niveau 2 02.040	<p>S'il ressort de la vérification que des informations de «Niveau 2» (informations médicales détaillée) sont nécessaires à la décision, le répondant des coûts peut les demander avec l'annonce correspondante. Il doit justifier les raisons pour lesquelles des informations supplémentaires sont demandées.</p> <p>Si la valeur «Controlling sur place» est demandée, cela signifie pour l'établissement de soins qu'il sera contacté en dehors du système d'annonce SHIP en vue de fixer un rendez-vous sur place. Une décision définitive ne peut être prise qu'après l'évaluation sur place. Au cours de cette période, l'établissement de soins décide lui-même s'il fournit les prestations ou s'il attend la décision définitive.</p> <p>Délimitation: La demande d'informations dont l'établissement de soins n'est pas responsable parce qu'il n'en a pas connaissance (diagnostic par exemple) n'est pas actuellement mise en œuvre dans la version actuelle - «out of scope». Ce constat s'applique également à la demande de documents supplémentaires par le médecin.</p>
Traiter des informations de niveau 2 02.050	L'établissement de soins remplit les informations nécessaires.

Étapes de processus	Description
Envoyer des informations de niveau 2 02.060	et les envoie au répondant des coûts. Les dispositions prévues par les lois et ordonnances doivent être respectées et les accords contractuels être pris en compte.
Vérifier les informations de niveau 2 02.070	Au cours de cette étape, l'assureur LAMal vérifie les informations «Niveau 2» (informations médicales détaillées) Il appartient au destinataire de définir qui doit traiter cette annonce. Si les documents reçus sont suffisants pour qu'une décision soit prise, il en fait part à l'établissement de soins. L'établissement de soins ne peut répondre à la demande «Controlling sur place» qu'avec la valeur «Pris connaissance». Après l'évaluation sur place, l'assurance LAMal peut prendre une décision définitive.
Demander des infos de niveau 3 02.080	S'il ressort de la vérification que des informations de «Niveau 3» (informations médicales détaillée) sont nécessaires à la décision, l'assureur maladie peut les demander. Il doit justifier les raisons pour lesquelles des informations supplémentaires sont demandées. Délimitation: La demande d'informations dont l'établissement de soins n'est pas responsable parce qu'il n'en a pas connaissance (diagnostic par exemple) n'est pas actuellement mise en œuvre dans la version actuelle - «out of scope». Ce constat s'applique également à la demande de documents supplémentaires par le médecin. Le médecin doit en faire la demande en dehors du système d'annonce SHIP.
Traiter des informations de niveau 3 02.090	L'établissement de soins remplit les informations nécessaires.
Envoyer des informations de niveau 3 02.100	et envoie les informations demandées de niveau 3 (informations médicales détaillées).
Vérifier les informations de niveau 3 02.110	Il appartient au destinataire de définir qui doit traiter ou vérifier cette annonce. Si les documents reçus sont suffisants pour qu'une décision soit prise, l'établissement de soins peut être informé de la décision. Si les documents reçus sont suffisants pour évaluer le cas, le répondant des coûts fait part des résultats de sa vérification à l'établissement de soins.
Communiquer la décision sur les besoins 02.120	Si l'assureur peut répondre positivement au besoin, il l'accepte ou le réduit et enregistre les prestations. Il incombe à l'assurance LAMal de s'assurer elle-même des besoins que l'établissement de soins est en droit de facturer. Important: L'assureur LAMal doit en tout état de cause, informer l'établissement de soins de sa décision, même si un «engagement tacite» a été convenu contractuellement.

Étapes de processus	Description
	<p>Cette section explique le déroulement en cas de refus en bloc de l'annonce des besoins. L'assurance LAMal renvoie l'annonce avec le statut «refusé» et une motivation à l'établissement de soins.</p> <p>L'établissement de soins dispose à présent de l'option d'évaluer à nouveau la planification des soins, d'abandonner le cas de soins dans son intégralité ou de lancer une procédure de réexamen.</p> <p>Important: Si aucune nouvelle planification n'est effectuée ou si aucune prestation selon la LAMal n'a été fournie, l'intégralité du cas avec le prescripteur et l'assureur LAMal doit être abandonnée.</p>
Enregistrer la décision LAMal sur les besoins 02.130	L'établissement de soins enregistre la décision de l'assurance LAMal.
Envoyer le besoin 02.130	Si le prescripteur est un participant au système SHIP, il reçoit le besoin par SHIP. Il vérifie l'annonce des besoins soumise et évalue s'il peut prendre une décision.
Vérifier le besoin 02.150	Le médecin vérifie et évalue l'annonce des besoins soumise. Il peut accepter ou rejeter l'annonce des besoins dans son intégralité, en motivant sa décision.
Communiquer la décision sur les besoins 02.160	<p>Sur la base des retours positifs, le besoin total et sans restriction est ordonné. Cette annonce met fin à l'échange entre le prescripteur et l'établissement de soins via le système d'annonce SHIP.</p> <p>En cas de refus, le prescripteur renvoie l'annonce avec le statut «refusé» et une motivation à l'établissement de soins.</p> <p>L'établissement de soins dispose à présent de l'option d'évaluer à nouveau la planification des soins ou d'abandonner le cas de prestations dans son intégralité.</p> <p>Important: Si aucune nouvelle planification n'est effectuée ou si aucune prestation selon la LAMal n'a été fournie, l'intégralité du cas avec le prescripteur et l'assureur LAMal doit être abandonnée.</p>
Enregistrer le besoin avec prescription 02.170	<p>L'établissement de soins enregistre la réception de la prescription et a ainsi rempli les exigences de l'OPAS selon lesquelles sa fourniture de prestations doit être prescrite.</p> <p>Dès qu'une décision est prise et communiquée par l'assurance LAMal, l'établissement de soins reçoit deux annonces des besoins dont le contenu peut, le cas échéant, diverger pour un même cas de prestations. Une annonce contient le besoin complet, intégral et prescrit, qui a été transmise par le médecin. Dès qu'une décision est prise par l'assurance LAMal, l'établissement de soins reçoit une annonce avec une exigence acceptée ou réduite. L'établissement de soins est</p>

Étapes de processus	Description
	lui-même responsable de gérer l'annonce de l'assurance LAMal et l'annonce du prescripteur, et de s'assurer de quel besoin a été accepté par l'assurance LAMal.
Informé le répondant des coûts concernant la prescription 02.180	L'établissement de soins informe l'assureur que le médecin a, par sa signature, prescrit de manière totale et non réduite, les prestations soumises à son évaluation.
Enregistrer le besoin avec prescription 02.190	L'assurance LAMal enregistre la réception de la prescription du médecin pour le besoin intégral et sans réduction. Cela signifie que l'exigence stipulée par l'OPAS, selon laquelle les soins doivent être prescrits, est remplie. Il peut arriver que les besoins acceptés par l'assurance LAMal soient réduits par rapport aux besoins prescrits par le prescripteur. Dès que l'assureur a accepté ou réduit l'annonce des besoins, il accepte matériellement les prestations déterminées. Il incombe à l'assureur maladie de s'assurer pour quel besoin une prescription est nécessaire.
Enregistrer les informations relatives à la prescription 02.200	Même si le prescripteur n'est pas (encore) un participant SHIP, le processus offre la possibilité d'intégrer la prescription non numérique. L'annonce des besoins sur papier, qu'il reçoit pour signature, est renvoyée signée à l'établissement de soins. L'établissement de soins enregistre la réception de l'annonce des besoins avec la prescription médicale et l'annonce à l'assurance LAMal.
02.140 Demander une prescription non numérique	Si l'assureur LAMal est informé que la prescription non numérique est disponible auprès de l'établissement de soins, il peut décider si la situation lui convient en l'état ou s'il souhaite demander une prescription non numérique.
Demander une prescription non numérique 02.210	Le répondant des coûts a désormais la possibilité de demander la prescription non numérique ou de mettre fin au sous-processus en considérant comme suffisants les renseignements sur la prescription et en l'enregistrant comme tel.
Préparer la prescription non numérique 02.220	Sur la base de la demande de prescription non numérique, l'établissement de soins doit s'assurer qu'elle peut bien être envoyée sous forme numérique en pièce jointe.
Envoyer une prescription non numérique 02.230	La prescription non numérique est intégrée au système SHIP et envoyée à l'assurance LAMal en tant qu'information non structurée.
Archiver la prescription non numérique 02.240	L'assurance LAMal enregistre la réception de la prescription du médecin pour le besoin intégral et sans réduction. Cela signifie que l'exigence stipulée par l'OPAS, selon laquelle les soins doivent être prescrits, est remplie.

Tableau 11: Étapes de processus sous-processus Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts

5.4 Événement de sortie

Une fois le sous-processus 02 achevé, l'établissement de soins et l'assurance LAMal disposent des deux mêmes annonces. La prescription et une annonce de l'assurance LAMal avec la décision prise. Ces deux annonces servent de base à la facturation et à la vérification des factures. L'annulation du sous-processus constitue un autre point de sortie.

5.5 Types d'annonce

Ce chapitre décrit le contenu spécifique des annonces et les règles de traitement de chaque annonce, les schémas XML [\[W3C\]](#) figurant en annexe faisant partie intégrante de la description.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,1 sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,n sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, n éléments au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,1 sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,n sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, n éléments au maximum.

[IMPÉRATIF] Toutes les règles de processus sont impératives.

5.5.1 M_02.010 Annonce des besoins Données administratives

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			
careNeedStart	Début du besoin	eCH-0234: careNeedStart	1,1
careNeedEnd	Fin du besoin	eCH-0234: careNeedEnd	1,1
responsibleContact	Contact responsable	eCH-0046: Contact	0,1
responsiblePhysi- cian	Médecin prescripteur	eCH-0234: responsiblePhysician	1,1
groupList	Groupe	eCH-0234: Groupe	1,n
deliveryMiGeLPro- ductsList	Remise de produit LiMA pour uti- lisation personnelle	eCH-0234: deliveryMiGeLPro- ductsList	1,n
degreeOfHel- plessCompensation	Degré de rente d'impotence	eCH-0234: degreeOfHel- plessCompensation	1,1
serviceList	Prestation	eCH-0234 Prestation	1,n
specialisation	Spécialisation	eCH-0234: specialisation	1,n
involvedCareProvi- derList	Organisations impliquées	eCH-0234: involvedCareProvi- derList	0,n
clarifyingPerson	Personne en charge de la clarifi- cation	eCH-0234: clarifyingPerson	0,1

Tableau 12: Structure de données M_02.010

Règle de proces- sus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soin. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LA- Mal ou un prescripteur.

Règle de processus	Description
Condition préalable séquence avec répondant des coûts	Une annonce M_01.140 de cette conversation avec une décision positive doit avoir été reçue
Condition préalable séquence avec le prescripteur	Une annonce SHIP_M_01.01.110 de cette conversation avec une décision positive doit avoir été reçue

Tableau 13: Règles de processus M_02.010

[IMPÉRATIF] L'annonce est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.2 M_02.030 Décision annonce des besoins assureur LAMal

Élément	Désignation	Référence	Qual.	
ProcessInformation				
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1	
Acteur spécifique:				
Acteur non spécifique (CommonInformation)				
decisionDetail	Total Décision d'annonce des besoins	eCH-0234: decisionDetail	1,1	
deniedReason	Total annonce des besoins motif du refus	eCH-0234: deniedReason	0,1	
GroupDecisionList	Décision de groupe		eCH-0234: Décision	0,n
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	decisionDetail	Décision	eCH-0234: decisionDetail	1,1
	group	Groupe	eCH-0234: group	1,1
	total	Somme en minutes	eCH-0234: total	1,1
	deniedReason	Motif du refus	eCH-0234: deniedReason	0,1
restrictionReason	Motif de la réduction	eCH-0234: restrictionReason	0,1	
serviceDecisionList	Décision de prestation		eCH-0234: Décision	0,n

Élément	Désignation		Référence	Qual.
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	decisionDetail	Décision	eCH-0234: decisionDetail	1,1
	service	Prestation	eCH-0234: service	1,1
	count	Nombre	eCH-0234: count	1,1
	unit	Unité	eCH-0234: unit	1,1
	duration	Temps en minutes	eCH-0234: duration	1,1
	deniedReason	Motif du refus	eCH-0234: deniedReason	0,1
	restrictionReason	Motif de la réduction	eCH-0234: restrictionReason	0,1

Tableau 14: Structure de données M_02.030

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.010 de cette conversation doit avoir été reçue.

Tableau 15: Règles de processus M_02.030

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.3 M_02.040 Demander des informations de niveau 2

L'annonce est utilisée pour demander des informations de niveau 2.

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			

Élément	Désignation	Référence	Qual.	
requiredDataList	Demande d'informations de niveau 2 concernant l'annonce des besoins globale	eCH-0234:Demande	0,n	
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requiredData	Information requise	eCH-0234:requiredData	1,1
	justifyDemand	Justification	eCH-0234:justifyDemand	0,1
demandGroupList	Demande d'informations de niveau 2 pour le groupe de contribution	eCH-0234:Demande	0,n	
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requiredData	Information requise	eCH-0234:requiredData	1,1
	reference	Référence au groupe	eCH-0234:reference	1,1
	justifyDemand	Justification	eCH-0234:justifyDemand	0,1
demandServiceList	Demande d'informations de niveau 2 pour la prestation	eCH-0234:Demande	0,n	
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requiredData	Information requise	eCH-0234:requiredData	1,1
	reference	Référence à la prestation	eCH-0234:reference	1,1
	justifyDemand	Justification	eCH-0234:justifyDemand	0,1
Acteur non spécifique (CommonInformation)				

Tableau 16: Structure de données M_02.040

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, Assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.010 de cette conversation doit avoir été reçue.

Tableau 17: Règles de processus M_02.040

[FACULTATIF] L'annonce n'est pas obligatoire.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.4 M_02.050 Envoyer des informations de niveau 2

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
responseDemand	Réponse d'informations de niveau 2 concernant l'annonce des besoins globale	eCH0234: Document	0,n
	Élément	Désignation	Référence
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData
	attachment	Document	eCH-0234: attachment
responseDemand-GroupList	Réponse d'informations de niveau 2 pour le groupe de contribution	eCH-0234:Document	0,n
	Élément	Désignation	Référence
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData
	reference	Référence au groupe	eCH-0234: reference
	attachment	Document	eCH-0234: attachment
responseDemand-ServiceList	Réponse informations de niveau 2 pour la prestation	eCH-0234:Document	0,n
	Élément	Désignation	Référence
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData
	reference	Référence à la prestation	eCH-0234: reference
	attachment	Document	eCH-0234: attachment
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 18: Structure de données M_02.050

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LA-Mal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.040 de cette conversation doit avoir été reçue

Tableau 19: Règles de processus M_02.050

[IMPÉRATIF] La réponse est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.5 M_02.060 Demander des informations de niveau 3

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
requiredDataList	Demande d'informations de niveau 3 pour l'annonce des besoins globale	eCH-0234: Demande	0,n
	Élément	Désignation	Référence
	requiredData	Information requise	eCH-0234: requiredData
	requiredText	Texte libre	eCH-0234: requiredText
	justifyDemand	Justification	eCH-0234: justifyDemand
demandGroupList	Demande d'informations de niveau 3 pour le groupe de contribution	eCH-0234: Demande	0,n
	Élément	Désignation	Référence
	requiredData	Information requise	eCH-0234: requiredData
	requiredText	Texte libre	eCH-0234: requiredText
	reference	Référence au groupe	eCH-0234: reference

Élément	Désignation	Référence	Qual.	
	justifyDemand Justification	eCH-0234: justifyDemand	0,1	
demandServiceList	Demande d'informations de niveau 3 pour la prestation	eCH-0234: Demande	0,n	
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requiredData	Information requise	eCH-0234: requiredData	1,1
	requiredText	Texte libre	eCH-0234: requiredText	0,1
	reference	Référence à la prestation	eCH-0234: reference	1,1
	justifyDemand Justification	eCH-0234: justifyDemand	0,1	
Acteur non spécifique (CommonInformation)				

Tableau 20: Structure de données M_02.060

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, Assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.050 de cette conversation doit avoir été reçue.

Tableau 21: Règles de processus M_02.060

[FACULTATIF] L'annonce n'est pas obligatoire.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.6 M_02.070 Envoyer des informations de niveau 3

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
responseDemand	Réponse d'informations de niveau 3 concernant l'annonce des besoins globale	eCH-0234: Document	0,n
Élément	Désignation	Référence	Qual.

Élément	Désignation		Référence	Qual.
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData	1,1
	requestedFree-TextData	Description de document non structurée	eCH-0234: requestedFree-TextData	0,1
	attachment	Document	eCH-0234: attachment	1,1
	freeText	Texte libre	eCH-0234: freeText	0,1
responseDemand-GroupList	Réponse d'informations de niveau 3 pour le groupe de contribution		eCH-0234:Documentation	0,n
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData	1,1
	requestedFree-TextData	Description de document non structurée	eCH-0234: requestedFree-TextData	0,1
	reference	Référence au groupe	eCH-0234: reference	1,1
	attachment	Document	eCH-0234 attachment	1,1
	freeText	Texte libre	eCH-0234: freeText	0,1
responseDemand-ServiceList	Réponse informations de niveau 3 pour la prestation		eCH-0234:Document	0,n
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requested-Data	Description de document structurée	eCH-0234: requestedData	1,1
	requestedFree-TextData	Description de document non structurée	eCH-0234: requestedFree-TextData	0,1
	reference	Référence à la prestation	eCH-0234: reference	1,1
	attachment	Document	eCH-0234: attachment	1,1
	freeText	Texte libre	eCH-0234: freeText	0,1
Acteur non spécifique (CommonInformation)				

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 22: Structure de données M_02.070

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LA-Mal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.060 de cette conversation doit avoir été reçue

Tableau 23: Règles de processus M_02.070

[IMPÉRATIF] La réponse est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.7 M_02.130 Informer les prescripteurs et l'assurance maladie de la décision sur l'annonce des besoins

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			
decisionDetail	Prescription	eCH-0234: decisionDetail	1,1

Tableau 24: Structure de données M_02.130

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un prescripteur. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.010 de cette conversation doit avoir été reçue.
Rediriger	
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assureur LAMal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.010 de cette conversation doit avoir été reçue.

Tableau 25: Règles de processus M_02.130

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[FACULTATIF] Transférer l'annonce

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.8 M_02.300 Demande Prescription non numérique

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 26: Structure de données M_02.300

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.130 dans cette conversation doit pouvoir être reçue

Tableau 27: Règles de processus M_02.300

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[FACULTATIF] Un Cancel est possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

5.5.9 M_02.310 Envoi Prescription non numérique

Élément	Désignation	Référence	Qual.	
ProcessInformation				
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1	
Acteur spécifique:				
careServiceDeci- sionDoctor	Prescription non numérique	eCH-0234:Document	0,n	
	Élément	Désignation	Référence	Qual.
	requested- Data	Description de document struc- turée	eCH-0234: requestedData	1,1
attachment	Document	eCH-0234: attachment	1,1	
Acteur non spécifique (CommonInformation)				

Tableau 28: Structure de données M_02.310

Règle de proces- sus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LA- Mal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_02.060 de cette conversation doit avoir été reçue

Tableau 29: Règles de processus M_02.310

[IMPÉRATIF] La réponse est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il s'agit de données sensibles.

6 Sous-processus 03 Échanger des informations sur les prestations

[IMPÉRATIF] Ce sous-processus a pour but d'informer le répondant des coûts de la situation administrative du cas de prestations par le cas de prestations.

6.1 Étapes de processus, annonces

Le début des soins marque le début du troisième sous-processus administratif «Échanger des informations sur les prestations», qui contient l'annonce du début ainsi que de la fin des

soins. Le sous-processus 03 «Échanger des informations sur les prestations» s’achève avec la fin des soins, accompagnée d’une annonce correspondante au répondant des coûts.

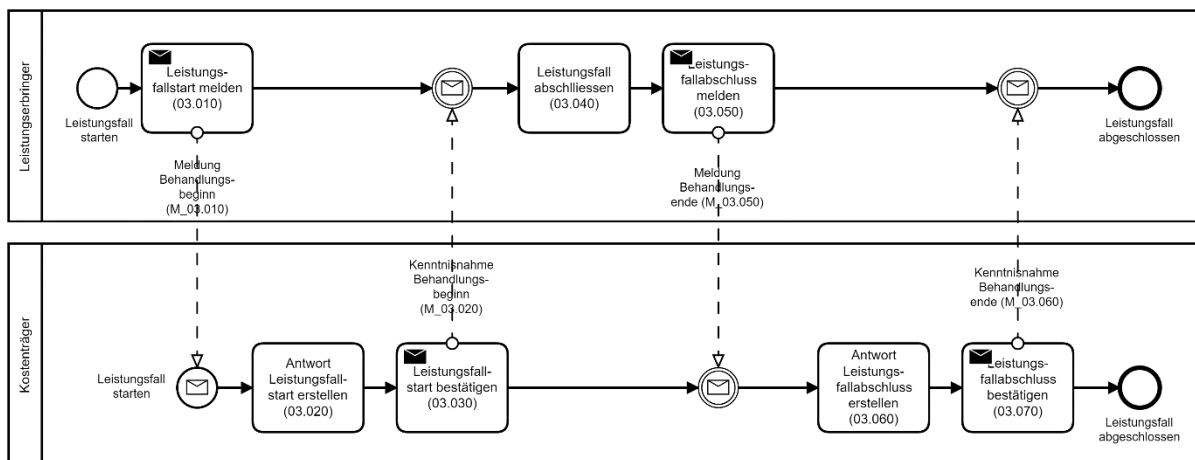


Figure 4: Sous-processus Échanger des informations sur les prestations

6.2 Événement d’entrée

Dès le début des soins, le sous-processus 03 commence également.

6.3 Étapes de processus

Point d’entrée	Description
Annoncer le type de cas de prestations (03.010)	Le fournisseur de prestations annonce au répondant des coûts le type de cas de prestations à l'aide de l'annonce correspondante.
Créer la réponse type de cas de prestations (03.020)	Le répondant des coûts traite l'annonce du fournisseur de prestations et accuse réception de l'annonce.
Confirmer le type de cas de prestations (03.030)	et accuse réception de l'annonce.
Finaliser le cas de prestations (03.040)	Le fournisseur de prestations décide s'il est possible de mettre fin aux soins. S'il est possible de mettre fin aux soins, le fournisseur de prestations le signale au répondant des coûts au moyen d'une annonce.
Annoncer la finalisation du cas de prestations (03.050)	S'il est possible de mettre fin aux soins, le fournisseur de prestations le signale au répondant des coûts au moyen d'une annonce.
Créer la réponse finalisation du cas de prestations (03.060)	Le répondant des coûts traite l'annonce du fournisseur de prestations et accuse

Point d'entrée	Description
Confirmer la finalisation du cas de prestations (03.070)	réception de la finalisation du traitement au moyen de l'annonce correspondante.

Tableau 30: Étapes de processus sous-processus Échanger des informations de traitement

6.4 Événement de sortie

En règle générale, le sous-processus «Échanger des informations sur les prestations» se termine avec le passage au sous-processus «Finaliser le cas de prestations», qui n'est pas encore partie intégrante du dispositif SHIP. Il ne peut y avoir de facturation qu'une fois que les soins du patient ont effectivement commencé.

6.5 Types d'annonce

Ce chapitre décrit le contenu spécifique des annonces et les règles de traitement de chaque annonce, les schémas XML [\[W3C\]](#) figurant en annexe faisant partie intégrante de la description.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,1 sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[IMPÉRATIF] Les éléments avec la qualification 1,n sont impératifs. Il doit y avoir 1 élément au minimum, n éléments au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,1 sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, 1 élément au maximum.

[FACULTATIF] Les éléments avec la qualification 0,n sont facultatifs. Il doit y avoir 0 élément au minimum, n éléments au maximum.

[IMPÉRATIF] Toutes les règles de processus sont impératives.

6.5.1 M_03.010 Annonce Début du traitement

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			
treatmentStart	Date d'admission	eCH-0234: treatmentStart	1,1
plannedTreatmentEnd	Date de sortie prévue	eCH-0234: plannedTreatmentEnd	0,1

Tableau 31: Structure de données M_03.010

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts. Assurance LAMal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_01.140 de cette conversation avec une décision positive doit avoir été reçue

Tableau 32: Règles de processus M_03.010

[IMPÉRATIF] L'annonce est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

6.5.2 M_03.020 Prise de connaissance Début du traitement

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 33: Structure de données M_03.020

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_03.010 dans cette conversation doit pouvoir être reçue

Tableau 34: Règles de processus M_03.020

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

6.5.3 M_03.050 Annonce Fin du traitement

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			
treatmentEnd	Date de sortie	eCH-0234: treatmentEnd	1,1
afterTreatmentStay	Lieu de séjour après la sortie	eCH-0234: afterTreatmentStay	0,1

Tableau 35: Structure de données M_03.050

Règle de proces- sus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un établissement de soins. Le destinataire Acteur est un répondant des coûts, assurance LA-Mal.
Condition préalable séquence	Une annonce M_03.020 de cette conversation avec une décision positive doit avoir été reçue

Tableau 36: Règles de processus M_03.050

[IMPÉRATIF] L'annonce est impérative.

[FACULTATIF] L'annonce peut être répétée au moyen d'une nouvelle séquence.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

6.5.4 M_03.060 Prise de connaissance Fin du traitement

Élément	Désignation	Référence	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Information sur le processus	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1
Acteur spécifique:			
Acteur non spécifique (CommonInformation)			

Tableau 37: Structure de données M_03.060

Règle de processus	Description
Condition préalable Acteur Rôle	L'expéditeur Acteur est un répondant des coûts, assurance LAMal. Le destinataire Acteur est un établissement de soin.
Condition préalable séquence	Une annonce M_03.050 dans cette conversation doit pouvoir être reçue

Tableau 38: Règles de processus M_03.060

[IMPÉRATIF] La réponse à la demande est impérative.

[IMPÉRATIF] L'annonce ne peut pas être répétée.

[IMPÉRATIF] Pas de Cancel possible pour cette annonce.

[IMPÉRATIF] Renseignement dans le Header, précisant qu'il ne s'agit pas de données sensibles.

7 Gestion des versions

[IMPÉRATIF] Les versions de schémas XML relatifs aux types de données décrits dans cette norme sont gérées conformément aux règles stipulées par [\[eCH-0018\]](#).

[IMPÉRATIF] Les processus de Change et Release de ces schémas suivent les règles de [\[eCH-0150\]](#).

8 Sécurité

8.1 Procédure d'accès en ligne

Les fondements juridiques sont suffisants pour procéder à l'accès décrit via le système d'annonce SHIP et la procédure d'accès en ligne via le Central Service de SASIS AG. Faute de possibilité d'accès en ligne, il existe toujours un risque d'envoyer l'annonce au mauvais répondant des coûts. Ce n'est qu'au moyen d'un tel accès qu'un fournisseur de prestations peut vérifier l'exactitude des données à caractère personnel reçues. Une telle procédure d'accès en ligne contribue en général à accroître la protection des données.

8.2 Utilisation du numéro AVS

Le fournisseur de prestations, le prescripteur et l'assurance maladie disposent du numéro AVS et sont en droit de l'utiliser de façon systématique.

Le fournisseur de prestations a le droit d'utiliser systématiquement le numéro AVS et peut donc utiliser le numéro AVS afin de connaître l'assureur AOS et le médecin compétent pour la personne.

Le fournisseur de prestations doit être en mesure de déterminer la personne, le médecin prescripteur ainsi que le répondant des coûts compétent, avec la plus grande certitude possible, au moment de l'inscription. Il est ainsi possible de s'assurer que seuls les personnes

compétentes et les répondants des coûts reçoivent des informations pendant le traitement des cas de prestations administratifs.

8.3 Proportionnalité

Le fournisseur de prestations et le répondant des coûts ont convenu que la vérification du besoin planifié relève de la compétence du répondant des coûts. La nécessité doit être établie et l'échange des informations être proportionné. Le fournisseur de prestations ne fournit au répondant des coûts les informations requises que si la législation applicable ou un contrat en stipule la nécessité.

Le fournisseur de prestations doit s'assurer que les répondants des coûts reçoivent bien toutes les données dont ils ont besoin pour procéder à une vérification, d'une part, et qu'aucune autre information ne soit partagée, d'autre part.

C'est la raison pour laquelle les répondants des coûts exigent, de façon adapté au niveau, des renseignements médicaux au fournisseur de prestations, dans le cas où les renseignements fournis à l'origine concernant les besoins ne sont pas suffisants pour leur permettre de prendre une décision. D'une part, il est possible pour le fournisseur de prestations de ne transmettre, dès le début, que les données qu'il juge pertinentes pour le répondant des coûts. Si le répondant des coûts manque d'informations, il peut en faire la demande ultérieurement. Le principe de la minimisation des données est ainsi respecté. D'autre part, il est de la responsabilité du répondant des coûts de ne demander que les informations dont il a réellement besoin. Le système d'annonce SHIP restreint la communication globale en structurant le processus dans le cadre de cette première étape.

En raison du triage prévu, seules les informations relatives aux besoins sont initialement envoyées au répondant des coûts pour l'évaluation de la prise en charge des frais. Le répondant des coûts ne peut demander d'autres données personnelles et informations médicales que si celles-ci se révèlent insuffisantes.

9 Exclusion de responsabilité - droits de tiers

Les normes élaborées par l'Association **eCH** et mises gratuitement à la disposition des utilisateurs ainsi que les normes de tiers adoptées, ont seulement valeur de recommandations. L'Association **eCH** ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des décisions ou mesures prises par un utilisateur sur la base des documents qu'elle met à disposition. L'utilisateur est tenu d'étudier attentivement les documents avant de les mettre en application et au besoin de procéder aux consultations appropriées. Les normes **eCH** ne remplacent en aucun cas les consultations techniques, organisationnelles ou juridiques appropriées dans un cas concret.

Les documents, méthodes, normes, procédés ou produits référencés dans les normes **eCH** peuvent le cas échéant être protégés par des dispositions légales sur les marques, les droits d'auteur ou les brevets. L'obtention des autorisations nécessaires auprès des personnes ou organisations détentrices des droits relève de la seule responsabilité de l'utilisateur.

Bien que l'Association **eCH** mette tout en œuvre pour assurer la qualité des normes qu'elle publie, elle ne peut fournir aucune assurance ou garantie quant à l'absence d'erreur, l'actualité, l'exhaustivité et l'exactitude des documents et informations mis à disposition. La teneur des normes **eCH** peut être modifiée à tout moment sans préavis.

Toute responsabilité relative à des dommages que l'utilisateur pourrait subir par suite de l'utilisation des normes **eCH** est exclue dans les limites des réglementations applicables.

10 Droits d'auteur

Tout auteur de normes **eCH** en conserve la propriété intellectuelle. Il s'engage toutefois à mettre gratuitement, et pour autant que ce soit possible, la propriété intellectuelle en question ou ses droits à une propriété intellectuelle de tiers à la disposition des groupes de spécialistes respectifs ainsi qu'à l'Association **eCH** pour une utilisation et un développement sans restriction dans le cadre des buts de l'association.

Les normes élaborées par les groupes de spécialistes peuvent, moyennant mention des auteurs **eCH** respectifs, être utilisées, développées et déployées gratuitement et sans restriction.

Les normes **eCH** sont complètement documentées et libres de toute restriction relevant du droit des brevets ou de droits de licence. La documentation correspondante peut être obtenue gratuitement.

Les présentes dispositions s'appliquent exclusivement aux normes élaborées par **eCH**, non aux normes ou produits de tiers auxquels il est fait référence dans les normes **eCH**. Les normes incluront les références appropriées aux droits de tiers.

Annexe A – Références & bibliographie

[eCH-0018]	XML Best Practices
[eCH-0046]	Norme concernant les données Contact
[eCH-0064]	Spécifications pour le système de carte d'assuré
[eCH-0150]	[eCH-0150] Change et Release Management des normes eCH
[eCH-0158]	Conventions de modélisation BPMN pour l'administration publique
[eCH-0234]	Norme SHIP concernant les données Cas de prestations Administration Santé
[eCH-0237]	Norme de processus SHIP «Soins»
[RFC2119]	https://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt
[RFC2119]	https://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt
[SASIS AG]	https://www.sasis.ch
[SHIP]	http://ship-standard.ch/
[W3C]	http://www.w3.org/XML/Schema

Annexe B – Collaboration & vérification

Bailer Patrick	Spitex Zürich
Baumgartner Daniel	Concordia
Biéler Eric	Assura
Bucher Tanja	Visana
Bühlmann Doris	SASIS AG
Burnier Gilles	Groupe Mutuel
Hedinger Barbara	Spitex Lucerne
Hepp Bruno	Pflegezentren der Stadt Zürich
Maurer Markus	Permed AG
Reck Markus	Spitex für Stadt und Land AG
Schüpbach Kathrin	Helsana

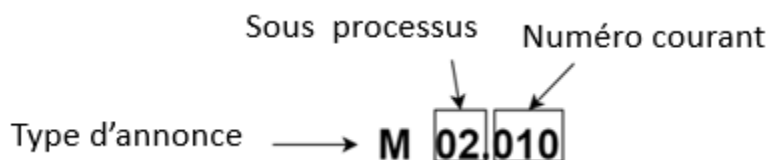
Annexe C – Abréviations et glossaire

Le glossaire décrit la terminologie spécifique au SHIP et explique les abréviations.

La terminologie et les abréviations tirés du système de santé suisse, qui sont généralement connues, ne sont pas l'objet de ce glossaire.

Informations administratives	Les informations administratives sont à la base de l'évaluation par le répondant des coûts. À partir des informations administratives, le répondant des coûts évalue s'il peut prendre une décision pour le cas de prestations ou s'il a besoin d'informations médicales structurées.
Acteur	<p>L'acteur SHIP constitue la base de l'échange d'annonces. Il est l'organisme légalement responsable de l'obtention ou de la réception des types d'annonces SHIP définis. Un acteur SHIP peut avoir plusieurs rôles.</p> <p>Chaque acteur SHIP se voit remettre un identifiant et n'existe donc qu'une seule fois. Un acteur SHIP ne peut être affecté qu'à un participant SHIP.</p>
BPMN	Le Business Process Model and Notation est un langage de spécification graphique dans l'informatique de gestion et la gestion des processus. Il fournit des symboles permettant aux spécialistes techniques, méthodologiques et informatiques de modéliser et de documenter les processus d'affaires et les procédures de travail.
Informations médicales détaillées	Le répondant des coûts peut solliciter des informations médicales détaillées lorsque les informations administratives et structurées ne suffisent pas à l'évaluation. Les informations détaillées peuvent être sélectionnées dans une plage de valeurs ou demandées de manière définie librement.
Cas de prestations	<p>D'un événement affectant la santé d'une personne découlent des frais de guérison et des coûts indirects (p. ex. perte de salaire) et des procédures administratives connexes pour l'examen et le remboursement des coûts. L'événement est affecté à un cas (cas de prestations).</p> <p>Dans le système de santé suisse, ces événements sont couverts soit de façon obligatoire par une assurance sociale, soit de façon volontaire par une assurance complémentaire.</p>
Principe du need-to-know (besoin de savoir)	Tout utilisateur (et tout administrateur également) ne devrait avoir accès qu'aux données et pouvoir exécuter que les programmes dont il a réellement besoin dans son travail au quotidien.
Données à caractère personnel	<p>Données concernant une personne dans le cadre d'une demande de prestations. Les données peuvent s'appliquer à plusieurs cas de prestations. Il appartient aux acteurs de traiter les données à leurs fins.</p> <p>Dans la norme d'annonce SHIP, nous faisons la distinction entre les données à caractère personnel et les données à caractère personnel particulièrement sensibles. Dans les normes de processus, les données à caractère personnel particulièrement sensibles sont identifiées en tant que «données médicales» et les autres données à caractère personnel en tant que «données administratives».</p> <p>L'échange de données à caractère personnel entre les acteurs est autorisé dans le cadre des dispositions en matière de protection des données.</p>
Rôle SHIP	Dans le système SHIP, le rôle est une caractéristique de l'acteur.
SHIP Central Services	Voir Swiss Health Information Processing
SHIP Central Services	Fournit diverses informations de référence dans le système d'annonce SHIP, en tant qu'élément central. Les SHIP Central Services sont à

	disposition pour utiliser les normes de processus SHIP et sont fournis par les SHIP Services.
SHIP Connector	Le SHIP Connector se charge de la communication bidirectionnelle de point à point entre les participants SHIP dans le cadre du système d'annonce SHIP.
Norme SHIP concernant les données	Définit les concepts spécifiques et les types de données du système d'annonce bidirectionnel SHIP pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé des processus administratifs entre les acteurs de la santé suisse.
Système d'annonce SHIP	Système d'annonce bidirectionnel pour le cadre défini (cadre d'annonce), destiné au traitement harmonisé et en grande partie automatisé des processus administratifs entre les acteurs du système de santé suisse.
Annonce SHIP	Une annonce SHIP contient toutes les informations d'un type d'annonce.
Norme d'annonce SHIP	Définit le cadre d'annonce supérieur du système d'annonce bidirectionnel SHIP pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé des processus administratifs entre les acteurs de la santé suisse.
Type d'annonce SHIP	Le type d'annonce SHIP est un jeu d'informations envoyé par un acteur à un autre à un moment défini du processus. Le type d'annonce identifie le contenu avec les renseignements suivants: <ul style="list-style-type: none"> • qu'il s'agit d'un type d'annonce • dans quel sous-processus il se trouve ainsi que • le numéro courant.



Avec le système SHIP, 1-n types d'annonce sont transmis d'un acteur à un autre via le Connector pour un cas de prestations.

Le type d'annonce SHIP désigne le contenu du cas de prestations. La signification du contenu (sémantique) est définie pour chaque type d'annonce.

La norme de processus définit les types d'annonce qui appartiennent à la norme de processus.

Norme de processus SHIP	Définit la logique du processus technique et les contenus des annonces du système d'annonce bidirectionnel SHIP pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé d'un processus administratif concret entre les acteurs du système de santé suisse concernés par le processus («norme de processus Hôpital stationnaire», «norme de processus Soins» par exemple).
Application de référence SHIP (client)	L'application de référence SHIP sert à visualiser et à traiter les annonces SHIP transmises via le SHIP Connector.
Données de référence SHIP	Les données de référence SHIP sont les données gérées dans le SHIP Central Service, qui servent de base dans le système d'annonce

	SHIP. Il s'agit du répertoire des participants, des listes de codes et des plages de valeurs (Value Sets) utilisés dans les annonces.
Participant SHIP	Le terme participant SHIP désigne l'unité de traitement organisationnelle. Les acteurs sont affectés à l'unité de traitement organisationnelle. Le participant est libre d'attribuer l'acteur au participant.
Informations médicales structurées	Les répondants des coûts peuvent solliciter des informations médicales détaillées lorsque les informations administratives ne suffisent pas à l'évaluation. Seules les valeurs prédéfinies peuvent être sélectionnées.
Demande au niveau approprié	L'application cohérente du principe Need to Know pour le partage des informations entre les acteurs. Niveau 1: Informations qui suffisent à un cas standard. Niveau 2: Informations en complément au niveau 1, qui sont suffisantes dans la majorité des autres cas. Niveau 3: Informations en complément aux niveaux 1 et 2, qui ne sont nécessaires que dans les cas exceptionnels.
Swiss Health Information Processing	Norme de communication ouverte pour le traitement harmonisé et en grande partie automatisé des processus administratifs entre les acteurs du système de santé suisse.
Système de participant	Système du participant qui est connecté au connecteur SHIP.
Processus partiel	Un sous-processus est une activité composite faisant partie d'un processus de niveau supérieur.
Schéma XML	Le schéma XML, abrégé en XSD (XML Schema Definition), est une recommandation du W3C concernant la définition de structures pour les documents XML.

Annexe D – Modifications par rapport à la version précédente

Il s'agit de la première version.

Annexe E – Liste des illustrations

Figure 1: Classification des normes SHIP	5
Figure 2: Sous-processus Ouvrir le cas de prestations	9
Figure 3: Sous-processus Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts.....	18
Figure 4: Sous-processus Échanger des informations sur les prestations.....	35

Annexe F – Liste des tableaux

Tableau 1: Acteurs Processus Soins	7
Tableau 2: Étapes de processus Sous-processus Ouvrir le cas de prestations.....	13
Tableau 3: Structure de données M_01.070	14
Tableau 4: Règles de processus M_01.070	14
Tableau 5: Structure de données M_01.080	14
Tableau 6: Règles de processus M_01.080	14
Tableau 7: Structure de données M_01.130	15
Tableau 8: Règles de processus M_01.130	15
Tableau 9: Structure de données M_01.140	16
Tableau 10: Règles de processus M_01.140	16
Tableau 11: Étapes de processus sous-processus Planifier le cas de prestations et sécuriser la prise en charge des coûts	22
Tableau 12: Structure de données M_02.010	24
Tableau 13: Règles de processus M_02.010	25
Tableau 14: Structure de données M_02.030	26
Tableau 15: Règles de processus M_02.030	26
Tableau 16: Structure de données M_02.040	27
Tableau 17: Règles de processus M_02.040	27
Tableau 18: Structure de données M_02.050	28
Tableau 19: Règles de processus M_02.050	29
Tableau 20: Structure de données M_02.060	30
Tableau 21: Règles de processus M_02.060	30
Tableau 22: Structure de données M_02.070	32
Tableau 23: Règles de processus M_02.070	32
Tableau 24: Structure de données M_02.130	32
Tableau 25: Règles de processus M_02.130	33
Tableau 26: Structure de données M_02.300	33

Tableau 27: Règles de processus M_02.300	33
Tableau 28: Structure de données M_02.310	34
Tableau 29: Règles de processus M_02.310	34
Tableau 30: Étapes de processus sous-processus Échanger des informations de traitement.....	36
Tableau 31: Structure de données M_03.010	36
Tableau 32: Règles de processus M_03.010	37
Tableau 33: Structure de données M_03.020	37
Tableau 34: Règles de processus M_03.020	37
Tableau 35: Structure de données M_03.050	38
Tableau 36: Règles de processus M_03.050	38
Tableau 37: Structure de données M_03.060	38
Tableau 38: Règles de processus M_03.060	39