



# Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG

**Version de la demande tarifaire du 30.06.2009**

**Etat:**

- ⇒ Après la séance-workshop du 07.04.2009
- ⇒ Prise en compte du procès verbal de la séance du conseil d'administration du 06.02.2009
- ⇒ A adopter par le conseil d'administration de SwissDRG SA le 12.06.2009
- ⇒ La version allemande fait foi

## Table des matières

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS.....	3
1.1	Informations nécessaires.....	3
1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions.....	3
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier .....	3
1.4	Durée de séjour.....	6
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS.....	7
2.1	Champ d'application.....	7
2.2	Rémunération des patients en attente de placement (cas de soins et réadaptation) .....	8
3	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES .....	9
3.1	Aperçu.....	9
3.2	Cas outliers .....	9
3.3	Regroupement de cas .....	9
3.4.	Transferts.....	11
3.5	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation .....	12
3.6	Hospitalisations s'étendant sur deux périodes de facturation.....	13
3.7	Examens pré et post-hospitaliers effectués à l'hôpital.....	13
3.8	Urgences.....	13
3.9	Nouveaux-nés .....	13

# 1 Principes de base et définitions

Ce document définit :

- ⇒ Les fondements pour l'application de SwissDRG (chapitre 1)
- ⇒ Le domaine d'application (chapitre 2)
- ⇒ Les règles de facturation des cas (chapitre 3)

Les ajustements et précisions qui s'étendent au-delà des définitions établies dans le présent document sont fixés par le conseil d'administration en respectant les règles définies dans ce document et les prescriptions légales.

## 1.1 Informations nécessaires

Pour une indemnisation par le biais des forfaits SwissDRG, il est nécessaire de disposer des données de la Statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces données sont recensées annuellement pour chaque cas traité par les hôpitaux et ce, conformément à la Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), à l'ordonnance s'y rapportant ainsi qu'aux directives et recommandations de l'OFS.

## 1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des cas facturés avec le système tarifaire SwissDRG se fonde sur les directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui doivent être appliquées de manière uniforme en Suisse.

En cas d'ambiguïtés ou de différences dans l'interprétation des règles de codage, les organisations responsables de la SwissDRG SA s'efforcent de trouver des solutions en collaboration avec l'OFS.

SwissDRG SA est tenue d'adresser ses besoins à l'OFS en vue du développement et de l'entretien du système tarifaire.

## 1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

**Principe :** En général, 1 forfait par cas est facturé pour chaque séjour hospitalier. Une attention particulière est à porter aux exceptions du chapitre 3.3 selon lesquelles plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas et rémunérés selon un forfait unique.

La distinction entre les traitements hospitaliers et ambulatoires se base sur « l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie » (OCP).

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de cette définition, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante de cette définition :

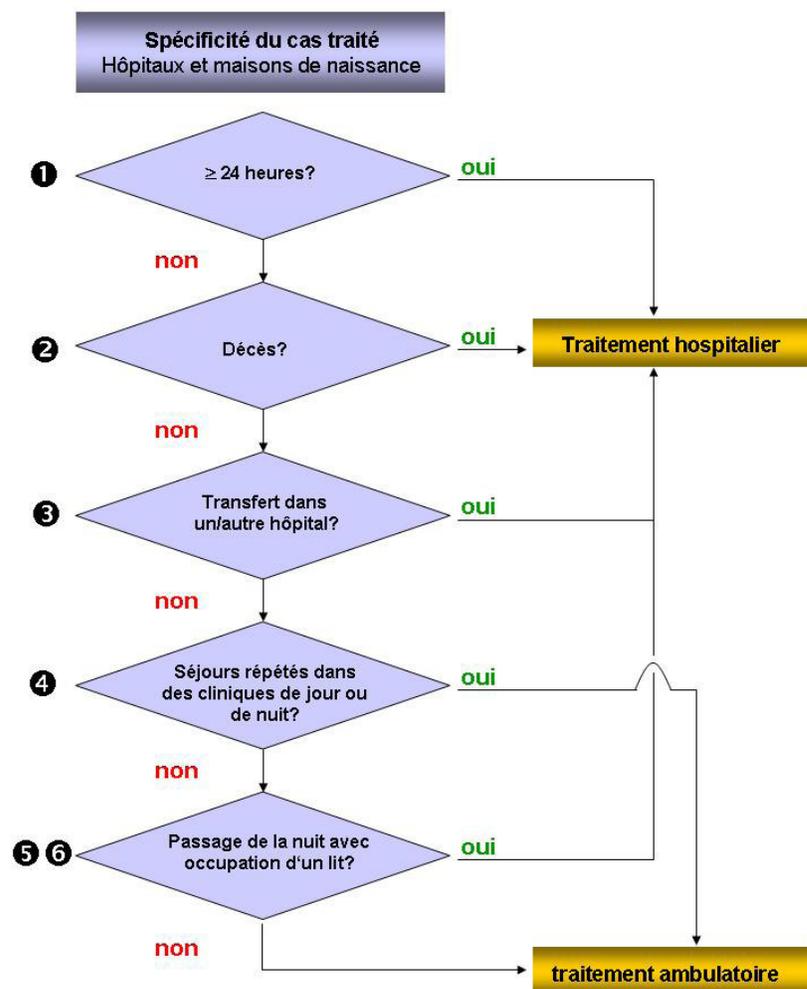
### Art. 3 Traitement hospitalier

Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

- a. d'au moins 24 heures;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- e. en cas de décès.

### Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.



### Explications des critères de délimitation

Le critère ❶ « ≥ 24 heures » signifie que le patient reste au moins 24 heures dans l'hôpital ou la maison de naissance.

Le critère ❷ « décès » répond à la question de savoir si le patient est décédé

Le critère ③ « transfert vers / d'un autre hôpital » répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si le patient a été transféré dans l'hôpital depuis une maison de naissances.

Le critère ④ « séjours à répétition dans des cliniques de jour ou de nuit » correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie, sont considérés comme traitements ambulatoires.

Le critère ⑤ « nuit » est saisi et mesuré selon la « règle de minuit ». En d'autres termes, le critère est rempli si le patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ⑥ « occupation d'un lit » : Un patient est réputé occupant un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Les lits occupés suite à un accouchement sont considérés de façon identique aux lits d'unités de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoire.

Les critères ⑤ « nuit » et ⑥ « occupation d'un lit » sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit satisfaire les critères « nuit » et « occupation d'un lit » pour être saisi et facturé en tant que traitement hospitalier.

## 1.4 Durée de séjour

La durée de séjour se calcule selon la formule suivante:

**Durée de séjour (en jours) = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé**

Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée<sup>1</sup> ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les jours entiers de congés ne comptent pas non plus dans la durée de séjour.

Définition du congé : il s'agit d'un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour une durée de plus de 24 heures. La durée totale des congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures de congés<sup>2</sup> prises durant le séjour hospitalier.

Le nombre de jours à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des heures des congés administratifs divisé par 24, arrondi vers le bas.

Lors d'un congé, aucune prestation ambulatoire ne peut être facturée aux unités finales d'imputations. Si un patient a tout de même recours à des prestations ambulatoires pendant cette période, celles-ci sont à la charge de l'hôpital.

Durée de séjour en cas de transfert : Chaque hôpital concerné détermine la durée de séjour de son cas selon cette formule. En cas de regroupement des cas (p. ex. lors d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission), la durée de séjour du cas facturé par l'hôpital X se calcule par la somme des durées de séjour des différentes hospitalisations dans l'hôpital X.

<sup>1</sup> Si un cas est transféré dans un autre hôpital le jour d'entrée, le jour d'entrée sera comptabilisé comme 1 jour.

<sup>2</sup> Exemple pour la durée des congés: pour un patient qui présente 3 absences de 8, 26 et 42 heures, un congé administratif de 68 heures est codé, soit 2,833 jours (selon la définition, l'absence de 8 heures n'est pas comptabilisée). Selon la règle de calcul, 2 jours de congé seront ainsi déduits lors du calcul de la durée de séjour.

## 2 Champ d'application et délimitations

### 2.1 Champ d'application

#### 2.1.1. Principes de base

Le champ d'application du système tarifaire SwissDRG englobe la rémunération de tous les séjours hospitaliers de soins aigus dans des hôpitaux de soins somatiques aigus, des services de soins aigus et des maisons de naissances.

#### 2.1.2. Fournisseurs de prestations et domaines qui ne sont pas concernés par SwissDRG

Les fournisseurs de prestations et les domaines suivants ne tombent pas dans le champ d'application des groupes de pathologie SwissDRG:

- a. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans la réadaptation,
- b. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés en psychiatrie ou dans le traitement des dépendances (alcoolisme ou toxicomanie),
- c. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans les soins palliatifs,
- d. établissements médico-sociaux ou unités de soins chroniques

Les critères de délimitations minimaux suivants doivent être remplis :

- ⇒ Existence d'un mandat de prestation explicite selon la liste des hôpitaux, respectivement la liste des établissements médico-sociaux pour la gestion d'un hôpital, d'un service hospitalier ou d'un établissement médico-social selon les points a) – d)
- ⇒ Délimitation transparente des coûts et des prestations

#### 2.1.3. Délimitations

Si un hôpital de soins aigus fournit des prestations selon 2.1.2, le cas doit être attribué à un groupe de pathologie SwissDRG et rétribué selon un forfait par cas SwissDRG. Sont notamment concernés :

- ⇒ Les cas de la MDC 19 (maladies et troubles psychique) et 20 (troubles psychique liés à des abus d'alcool ou de drogues)
- ⇒ Soins palliatifs (codage usuel selon les directives de codage)

## 2.2 Rémunération des patients en attente de placement (cas de soins et réadaptation)

Les patients en attente ne sont pas rémunérés selon SwissDRG puisque seules les hospitalisations aiguës sont rémunérées selon le système tarifaire SwissDRG.

Le séjour d'un patient en attente est rémunéré selon le tarif correspondant<sup>3</sup>. En d'autres termes : si la durée de séjour d'un patient se voit prolongée en raison de l'attente d'une place de soins ou de réadaptation, le cas ne doit pas être considéré ou facturé comme outlier pour cette période.

Les assureurs et les cantons peuvent prévoir des mécanismes de contrôle afin d'assurer le respect de ces règles.

---

<sup>3</sup> LAMal : Tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins en milieu hospitalier, dans le sens de l'art. 49 al. 4 de la LAMal, les prestations sont rémunérées selon SwissDRG. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 (tarif avec les établissements médico-sociaux) est applicable

## 3 Règles de facturation particulières

### 3.1 Aperçu

Ce chapitre traite de différents cas particuliers et des règles s'y rapportant. Il s'agit notamment des:

- regroupements de cas (réadmission, retransfert),
- transferts,
- modifications du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation,
- recours à des prestations externes durant l'hospitalisation,
- séjours s'étendant sur deux périodes de facturation,
- examens effectués à l'hôpital avant et après l'hospitalisation,
- urgences,
- nouveau-nés

**Principe:** Un hôpital multi-sites est considéré comme 1 hôpital. Les transferts entre les différents sites d'un même hôpital ne sont dès lors pas considérés comme transferts. Le cas doit être considéré comme si le patient avait été traité sans transfert.

### 3.2 Cas outliers

Les cas outliers sont définis à partir de la durée de séjour. Des ajustements vers le bas, respectivement vers le haut s'opèrent pour les low-outliers et high-outliers.

### 3.3 Regroupement de cas

**Principe :** toute réadmission est considérée comme un nouveau cas, à moins qu'une des exceptions suivantes ne s'applique

**Exceptions :** les situations suivantes conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné en un seul et à la facturation en tant qu'un seul cas. Les diagnostics et les traitements des cas regroupés sont à coder comme si l'ensemble du traitement avait eu lieu lors d'un seul séjour. De même il convient d'additionner les durées de séjour des cas regroupés.

### 3.3.1 Réadmission dans la même MDC<sup>4</sup>

Si un cas est réadmis dans le même hôpital et la même MDC dans les 18 jours qui suivent la sortie<sup>5</sup>, les deux cas sont regroupés.

SwissDRG SA peut définir les groupes de pathologies (DRGs) pour lesquelles la réglementation du regroupement des cas décrite ci-dessus ne s'applique pas (p.ex. pour les traitements oncologiques). Le critère prépondérant est le fait que la répétition des traitements/interventions est intrinsèque au groupe de pathologie SwissDRG.

### 3.3.2 Retransfert

Si un cas est réadmis<sup>6</sup> dans le même MDC dans les 18 jours<sup>7</sup> suivant la dernière admission dans cet hôpital, les cas sont regroupés. Les réductions pour transfert selon la réglementation du chapitre « transferts » sont applicables.

La règle s'applique indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une réadmission suite à un transfert depuis un hôpital de soins aigus ou d'un autre fournisseur de prestations hospitalières (p.ex. psychiatrie).

La règle s'applique également lorsqu'il y a plus de deux hôpitaux impliqués (les cas sont regroupés même si l'hôpital qui retransfère le cas n'est pas celui dans lequel le patient a été transféré en premier lieu).

<sup>4</sup> Cette règle nécessite une adaptation des directives de codage, afin qu'une réadmission en raison d'une complication soit groupée dans la même MDC que le cas précédent.

<sup>5</sup> „Dans les 18 jours qui suivent la sortie“ signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18<sup>ème</sup> jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

<sup>6</sup> Il s'agit d'un retransfert s'il n'y a pas de séjour à la maison, ou dans un établissement médico-social de plus d'un jour entre la sortie et la réadmission.

<sup>7</sup> „Dans les 18 jours qui suivent le transfert“ signifie: le délai débute avec le transfert et dure jusqu'au 18<sup>ème</sup> jour compris suivant le transfert. Le jour du transfert n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

## 3.4 Transferts

Les ajustements des points de remboursement pour les cas transférés doivent être calculés de telle sorte que la rémunération pour un patient traité dans plusieurs institutions ne dépasse, dans son ensemble, pas la rémunération du traitement dans une seule institution.

### 3.4.1. Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement. Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction si la durée de séjour du patient dans l'hôpital concerné se situe en dessous de la durée de séjour moyenne DSM du groupe de diagnostic facturé. La réduction se calcule sur la base du taux de réduction journalier (propre à chaque groupe de diagnostic) multiplié par le nombre de jours pour lesquels il faut procéder à une réduction (DSM ./ durée de séjour). Le taux de réduction est calculé par SwissDRG SA.

Dans les cas suivants, les règles de réduction ne s'appliquent pas :

#### a) DRG de transfert

- ⇒ L'hôpital qui reçoit le cas ne procède à aucune réduction lorsque le traitement est classé dans un « DRG de transfert ». Les groupes de diagnostics concernés sont désignés dans le catalogue des forfaits par cas.
- ⇒ L'hôpital qui transfère le cas est soumis aux règles normales de réduction pour transferts.

#### b) transfert dans les 24 heures

- ⇒ L'hôpital qui reçoit le cas ne procède à aucune réduction si le séjour dans l'hôpital qui transfère le cas a duré moins de 24h.
- ⇒ L'hôpital qui transfère le cas est soumis aux règles de réduction pour transfert ou – s'il existe dans le catalogue des forfaits par cas – facture le forfait « transfert dans les 24 heures ».

Indication : Si un retransfert devait avoir lieu plus tard, les règles de regroupement de cas s'appliquent normalement

#### Remarques

Il s'agit également d'un transfert, si un cas est admis dans un hôpital B le jour même, ou le jour qui suit, la sortie de l'hôpital A. Dans ce cas, les règles de réduction pour transfert sont appliquées pour les deux hôpitaux.

Les réductions pour low-outlier et pour transfert ne sont pas cumulables. Si l'hôpital qui reçoit le cas libère le patient avant la durée fixée par la borne inférieure, la réduction pour outlier s'applique. Si le cas est transféré plus loin, c'est la réduction pour transfert qui s'applique.

### 3.4.2) Transfert d'une maison de naissance vers un hôpital de soins aigus

Les règles pour les transferts s'appliquent normalement

### 3.4.3) Transferts internes

Les règles de regroupement des cas s'appliquent normalement dans le cas d'une ré-admission suite à un retransfert d'un service du même hôpital qui ne tombe pas dans le champ d'application du système tarifaire SwissDRG.

### 3.4.4) Prestations ambulatoires externes

Si un patient est transféré dans un autre hôpital (hôpital B) dans lequel il ne bénéficie que de prestations ambulatoires, l'hôpital A n'ouvre qu'un seul cas et les prestations fournies dans l'hôpital B sont facturées à l'hôpital A (= prestation externe auprès d'un autre fournisseur de prestation lors d'une hospitalisation). L'hôpital A intègre les traitements externes qui lui sont facturés dans le dossier d'hospitalisation de son patient. Le traitement de l'hôpital B est intégré dans le codage des diagnostics et procédures de l'hôpital A<sup>8</sup>. A facture ensuite le forfait par cas SwissDRG correspondant aux unités finales d'imputations.

### 3.4.5) Transports secondaires

Les transports secondaires sont pris en charge par l'hôpital qui a mandaté le transfert et sont indemnisés dans le cadre des forfaits SwissDRG.

Cette règle ne touche pas les transports commandés par des tiers.

## 3.5 Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation

L'hôpital établit une facture comprenant un seul forfait DRG et ce, indépendamment du type de modification du motif d'hospitalisation<sup>9</sup>.

A l'instar des hospitalisations conventionnelles, le codage médical du cas se base sur les règles de codage établies par l'Office fédéral de la statistique.

Si un patient hospitalisé pour une maladie est sujet à un accident ou si un patient hospitalisé en raison d'un accident tombe malade, c'est alors l'article 64 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances (LPGA) qui s'applique. La question de savoir qui paie quoi est à régler entre assureurs.

<sup>8</sup> Afin d'éviter toute distorsion lors des analyses, il convient de signaler les prestations externes en conséquence lors du codage.

<sup>9</sup> Une seule facture est également établie s'il était initialement prévu que l'assurance-accidents prenne en charge les coûts et que c'est finalement l'assurance militaire qui s'en charge ou inversement. Un changement de catégorie d'assurance en cours d'hospitalisation n'entraîne pas non plus l'ouverture d'un nouveau cas.

### 3.6 Hospitalisations s'étendant sur deux périodes de facturation

Les forfaits SwissDRG sont facturés après la sortie du patient. Pour les patients admis pendant l'année T qui ne ressortent que l'année suivante T+1, la facture est établie dans l'année T+1 selon le tarif valable dans l'année T+1. Toute forme de facture intermédiaire est exclue (il n'y a qu'une seule facture SwissDRG par séjour hospitalier).

Lors d'un changement d'assurance du patient, la facture est adressée, au moment de la sortie, à l'assureur auprès duquel le patient était assuré lors de son entrée à l'hôpital. Un éventuel partage du financement est à régler entre les assureurs.

### 3.7 Examens pré et post-hospitaliers effectués à l'hôpital

Les examens et traitements pré et post-hospitaliers peuvent être facturés selon le tarif en vigueur, c'est-à-dire qu'on ne procède à aucun regroupement de cas entre des cas hospitaliers et ambulatoires.

En principe, les traitements et examens préopératoires doivent s'effectuer dans le cadre du séjour hospitalier du patient, sauf si le respect des critères définis dans l'article 32 LAMal<sup>10</sup> exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

### 3.8 Urgences

L'admission en urgence d'un patient n'a aucune influence sur l'attribution d'un cas à un groupe de pathologie SwissDRG spécifique.

### 3.9 Nouveaux-nés

Chaque nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un cas à part et facturé comme tel.

---

<sup>10</sup> Selon l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.