



Date :

31 mars 2020

Prise en charge des coûts des traitements stationnaires dans le cadre de la pandémie de COVID-19

Le présent document contient un ensemble de directives concernant la prise en charge des coûts des traitements stationnaires dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il vise à assurer une pratique uniforme au niveau national pour régler les traitements stationnaires et leur prise en charge pendant la pandémie de coronavirus. Il s'appuie sur une concertation préalable de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avec les associations faitières concernées (H+ Les Hôpitaux de Suisse, santé suisse et curafutura), SwissDRG SA et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Les directives se rapportent à la période de validité de l'ordonnance 2 du 13 mars 2020 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (ordonnance 2 COVID-19 ; RS 818.101.24).

1. Prise en charge des coûts : généralités

Principe

Les traitements aigus stationnaires, y compris le séjour et les prestations de soins à l'hôpital, sont rémunérés au moyen de forfaits par cas basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Pour l'année de facturation 2020, le Conseil fédéral a approuvé le 6 décembre 2019 la version 9.0 de la structure tarifaire SwissDRG. Les traitements stationnaires du COVID-19, causés par une infection au nouveau coronavirus SARS-CoV-2, sont insuffisamment représentés dans la version 9.0.

Afin que le nombre croissant des traitements aigus stationnaires liés à une infection au nouveau coronavirus SARS-CoV-2 puissent être codés par les hôpitaux et rémunérés de manière uniforme dans toute la Suisse au moyen de forfaits par cas, il est nécessaire d'apporter une clarification quant à la représentation appropriée de ces cas dans la version 9.0 de la structure tarifaire SwissDRG. L'émission en cours d'année d'une recommandation concernant l'application d'une structure tarifaire approuvée incombe en principe à l'organisation compétente pour l'élaboration et l'adaptation des structures tarifaires, qui l'effectue en accord avec les partenaires tarifaires. Une recommandation du fait de cas inédits concernant l'application d'une structure tarifaire approuvée ne nécessite pas l'approbation du Conseil fédéral. L'OFSP soutient la recommandation publiée par SwissDRG SA (<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg/notice-pour-la-saisie-des-prestations>) qui permet une procédure uniforme dans toute la Suisse pour la rémunération des traitements stationnaires des patients touchés par le COVID-19.

Traitements en soins intensifs

En raison de la dynamique imprévisible d'une pandémie, il peut être nécessaire, pour maintenir une couverture sanitaire suffisante, d'augmenter ou de réaffecter les capacités hospitalières existantes. L'OFSP estime que la transmission des compétences correspondantes aux hôpitaux devrait s'effectuer en accord avec les cantons, qui sont compétents pour les soins de santé.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, tél : +41 58 462 37 23,
tarife-grundlagen@bag.admin.ch, www.ofsp.admin.ch

Afin que le nombre croissant des traitements en soins intensifs dus à une infection au SARS-CoV-2 puissent être codés par les hôpitaux et rémunérés de manière uniforme dans toute la Suisse au moyen de forfaits par cas, même lorsqu'ils sont fournis dans des unités de soins intensifs non certifiées, il est nécessaire d'émettre une recommandation pour la représentation adéquate de ces cas dans la version 9.0 de la structure tarifaire SwissDRG. Une telle clarification (voir l'annonce de SwissDRG SA : <https://www.swissdrdg.org/fr>) concernant l'application d'une structure tarifaire approuvée incombe également à l'organisation compétente pour l'élaboration et l'adaptation des structures tarifaires, en accord avec les partenaires tarifaires.

2. Réaffectation d'infrastructures hospitalières existantes et augmentation des capacités au moyen de bâtiments provisoires

Unités de soins intensifs (certification)

En raison de la forte propagation attendue du SARS-CoV-2, de nombreux hôpitaux sont en train ou vont continuer d'augmenter leurs capacités en soins intensifs. Ces unités de soins intensifs n'étant pas reconnues par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI), elles ne sont pas certifiées. Dès lors que les autres conditions requises pour la fourniture d'un traitement complexe de soins intensifs sont réunies, il est envisageable selon l'OFSP de réaliser un tel traitement également en dehors d'une unité de soins intensifs reconnue, pendant la durée d'une vague pandémique. Dans ce cas, la rémunération est la même que si le traitement correspondant était réalisé dans l'unité de soins intensifs reconnue de l'hôpital concerné (application du prix de base (*baserate*) approuvé/fixé).

Actes préparatoires

Les hôpitaux concernés ont de plus commencé à augmenter leurs capacités existantes en utilisant des bâtiments provisoires (mobiliers) comme par exemple des containers ou des hôpitaux de campagne. Tant que ces locaux servent à effectuer des actes préparatoires, comme trier les patients, ou simplement à mettre des personnes en quarantaine sans traitement médical, l'AOS ne prend pas en charge les coûts. En effet, de telles prestations font typiquement partie des soins de base qui relèvent constitutionnellement des cantons.

Bâtiments provisoires dans l'enceinte de l'hôpital

Si des patients reçoivent des traitements stationnaires dans des locaux supplémentaires provisoires (comme par exemple des containers ou des tentes) dont la continuité spatiale avec l'infrastructure existante de l'hôpital est garantie, les coûts sont pris en charge par l'AOS (application du prix de base (*baserate*) approuvé/fixé).

3. Obligation imposée à d'autres hôpitaux et fournisseurs de prestations

Fournisseurs de prestations en médecine somatique aiguë ou ayant un lien avec celle-ci

L'art. 10a, al. 1, de l'ordonnance 2 COVID-19 prévoit que les cantons peuvent obliger les hôpitaux et cliniques privés à mettre leurs capacités à disposition pour accueillir des patients. Cette disposition permet aux cantons d'imposer des obligations aux hôpitaux correspondants quels que soient les mandats de prestations existants. Les cantons doivent fixer cette obligation faite aux hôpitaux et cliniques par écrit (p. ex. par une adaptation de la liste hospitalière, un arrêté du gouvernement cantonal, une décision). Les cantons peuvent octroyer des mandats de prestations supplémentaires à des hôpitaux, pour autant que cela contribue à soulager le système de santé. Si les hôpitaux concernés facturent déjà des prestations à la charge de l'AOS en tant qu'hôpitaux répertoriés, les tarifs convenus et approuvés s'appliquent (les coûts plus élevés des traitements aux soins intensifs sont couverts par les *cost-weights* plus élevés des forfaits par cas applicables). Pour tous les autres hôpitaux de soins aigus, qui facturent déjà avec SwissDRG, par exemple sur la base de l'art. 49a, al. 4, LAMal, le tarif de référence cantonal pour les fournisseurs de prestations non universitaires s'applique. Cette règle vaut également pour les

cliniques ou les divisions de réadaptation ou de psychiatrie ou les établissements médico-sociaux (EMS) exploités par un hôpital qui dispose d'un mandat cantonal de prestations en médecine somatique aiguë ou auquel un tel mandat est imposé. Il en va de même des hôpitaux qui ne sont ni répertoriés ni conventionnés mais fournissent déjà des prestations de somatique aiguë. Sont donc concernés les hôpitaux qui ont indiqué au moins le type d'activité « soins aigus » dans le cadre des « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » de l'OFSP¹ ou qui disposaient déjà d'un mandat de prestations en médecine somatique aiguë avant la pandémie.

Fournisseurs de prestations sans lien avec la médecine somatique aiguë

Afin de décharger les hôpitaux de soins somatiques aigus, il est également envisageable de transférer des patients dans d'autres établissements disposant d'une infrastructure hospitalière (cliniques de réadaptation ou psychiatriques) ou dans des EMS qui ne sont pas exploités par un hôpital de soins aigus, qui n'ont donc pas indiqué le type d'activité « soins aigus » et qui ne disposaient pas non plus d'un mandat de prestations en médecine somatique aiguë avant la pandémie. Afin de garantir ou de maintenir l'accès aux soins de base, le canton peut obliger les fournisseurs de prestations qui sont en mesure de le faire à adapter leur infrastructure existante pour pouvoir fournir des soins somatiques aigus. Il doit fixer cette obligation par écrit (p. ex. par une adaptation de la liste hospitalière, un arrêté du gouvernement cantonal, une décision). Jusqu'à présent, les fournisseurs de prestations mentionnés n'ont pas travaillé avec le système de forfaits par cas DRG. Sa mise en place entraînerait une charge de travail trop importante et ne pourrait raisonnablement s'effectuer assez vite. Aussi, le canton fixe, dans le cadre de l'obligation faite par écrit, un forfait journalier applicable pour ces fournisseurs de prestations. Lors d'un transfert d'un hôpital facturant selon SwissDRG vers un hôpital facturant selon le forfait journalier décrit ci-dessous, l'hôpital transférant accorde une réduction pour transfert selon les modalités d'application de la structure tarifaire SwissDRG. Le forfait journalier se calcule de la manière suivante :

$$\text{Forfait journalier} = \frac{\text{tarif de référence cantonal non universitaire} \times \text{CMI des DRG A95F et A95G}}{\text{durée moyenne de séjour des DRG A95F et A95G}}$$

Les DRG de gériatrie aiguë (A95F et A95G) ont été choisis, car ils représentent au mieux les prestations du spectre potentiel de traitements qui pourraient être entreprises par ces fournisseurs de prestations. La variable « tarif de référence cantonal non universitaire » permet encore une différenciation en fonction des spécificités cantonales. En introduisant les constantes, on obtient la formule suivante :

$$\text{Forfait journalier} = \frac{\text{tarif de référence cantonal non universitaire} \times 1.305}{13.722}$$

Sont facturables selon le forfait le jour d'admission et chaque journée supplémentaire du séjour, à l'exclusion du jour de transfert ou de sortie de l'établissement. Les journées de congé complètes (absences > 24 h) ne doivent pas être facturées (https://www.swissdr.org/application/files/4814/9977/6541/TARPSY_Abrechnungsregeln_f.pdf).

Les partenaires tarifaires se sont accordés sur une représentation adéquate des forfaits journaliers dans le cadre de la facturation².

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html> (sont concernées les combinaisons de types d'activités suivantes : A, AR, AP, ARP)

² https://www.forum-datenaustausch.ch/uploads/pics/Tarif_012_per_20200326.xlsx

Durée limitée des mesures

L'obligation des fournisseurs de prestations de prendre en charge des patients pour soutenir les hôpitaux de soins somatiques aigus est limitée dans le temps. En effet, conformément à l'art. 12, al. 3, de l'ordonnance 2 COVID-19, les mesures ont effet pendant six mois au plus à compter de l'entrée en vigueur de l'ordonnance 2 COVID-19. Le canton prévoit une limitation de durée correspondante dans son obligation.