

08 – Durée de séjour et patients en attente de placement

La durée de séjour d'un patient dans un hôpital pour soins aigus est liée à la nécessité d'un hôpital pour soins aigus. Sur la base des critères EAE (blog 07), un patient peut être hospitalisé aussi longtemps que nécessaire. Chaque jour d'hospitalisation doit être justifié par un médecin, car la gestion des traitements et des sorties relève de la responsabilité du corps médical. Compte tenu de l'importance croissante de ce thème dans la gestion des rejets, il est traité plus en détail ici.

Définition de la nécessité d'une hospitalisation pour soins aigus

Les patients nécessitant un hôpital pour soins aigus sont généralement des patients qui présentent des troubles de santé soudains, généralement de courte durée et violents et qui nécessitent une prise en charge médicale ou infirmière intensive à court terme (= traitement stationnaire dans un hôpital). Cette nécessité découle de l'urgence et de la gravité du problème médical nécessitant une prise en charge médicale immédiate et complète, insuffisante en ambulatoire.

Voici quelques critères qui caractérisent typiquement la nécessité d'une hospitalisation pour soins aigus:

1. **Degré de gravité de la maladie ou de la blessure:** états engageant le pronostic vital ou pouvant entraîner de graves complications, tels qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, une infection grave ou un traumatisme.
2. **Nécessité d'une surveillance et de soins médicaux spécifiques:** patients nécessitant une surveillance intensive ou des soins spécialisés tels que dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de surveillance spécialisées.
3. **Mesures diagnostiques et thérapeutiques complexes:** exigences pour des diagnostics complets ou des interventions thérapeutiques ne pouvant être réalisées que dans un hôpital (opérations, procédures invasives ou imagerie spécialisée, p. ex.).
4. **Prise en charge médicale continue:** situations nécessitant une surveillance et une intervention médicales continues qui ne sont pas possibles dans les établissements ambulatoires.
5. **Aggravation aiguë de maladies chroniques:** patients atteints de maladies chroniques qui présentent une aggravation aiguë de leur état de santé nécessitant une hospitalisation intensive.

La nécessité d'une hospitalisation pour soins aigus est diagnostiquée par le personnel médical et idéalement justifiée dans le dossier médical afin de garantir que les patients reçoivent les soins stationnaires nécessaires.

La notion de «nécessité d'une hospitalisation pour soins aigus» doit être distinguée du besoin de soins qui peut survenir indépendamment de l'événement aigu et qui indique une affection chronique caractérisée par une évolution généralement lente et un besoin de soins de longue durée. Dans ce cas, l'accent est généralement mis sur les soins, et non sur le traitement médical. Le besoin de soins concerne l'assistance à long terme dans les activités quotidiennes en raison d'un handicap chronique ou durable; ce soins peuvent être apportés aussi bien dans des institutions spécialisées qu'à domicile.

Il peut être difficile de savoir quand la phase aiguë est terminée dans le cadre d'une maladie de longue durée. Selon la jurisprudence, la phase aiguë dure dans tous les cas aussi longtemps que l'on peut encore attendre d'un traitement en cours une **amélioration substantielle de la santé**.¹

Cette exigence ax e sur les traitements curatifs ne peut toutefois pas être invoquée dans le domaine du traitement hospitalier et de la prise en charge de personnes malades sans perspectives de guérison ou avec des perspectives de guérison incertaines (soins palliatifs).

Influence de la durée de séjour dans les SwissDRG

Le système SwissDRG est un système de forfaits par cas. Ainsi, pour une maladie avec un traitement d'une durée déterminée, un montant forfaitaire est accordé sur la base des indications du catalogue des forfaits par cas². La plupart du temps, un forfait de 2 à 7 jours est appliqué dans les DRG médicaux (jours = durée de séjour = nombre de nuits³). Si un patient ne reste qu'une journée, il bénéficie d'une réduction (par jour) et s'il reste plus longtemps, il bénéficie d'un supplément par jour (cf. Blog 01 Glossaire – Extrait du catalogue des forfaits par cas, limites inférieure et supérieure de durée de séjour). Le DRG est calculé sur la base des cas inlier. Si le nombre de cas d'un jour (de courte durée) est statistiquement pertinent, il est également utilisé pour le calcul du DRG, réduction incluse. Pour ces DRG (actuellement 184), on parle de DRG implicites pour une journée d'hospitalisation⁴. Lorsqu'un DRG est crée avec une prescription concrète d'une durée de séjour d'une journée, on parle de DRG explicites pour une journée d'hospitalisation. Ceux-ci sont identifiables dans le catalogue des forfaits par cas avec une durée moyenne de séjour de 1, mais aussi dans le texte DRG «un jour d'occupation».

On voit que le système DRG est recalculé chaque année sur la base des coûts et de la durée de séjour, y compris les codes CIM et CHOP. Les cas de cette année constituent la base des calculs de la version SwissDRG que nous utiliserons dans deux ans.

Patients en attente de placement

Si, selon une indication médicale, un patient n'a plus besoin de traitement ni de soins à l'hôpital, cette période ne peut plus être remboursée par le biais de SwissDRG, conformément aux règles pour la facturation des cas de SwissDRG. Ainsi, le séjour du patient est séparé rétrospectivement du cas aigu sur le plan administratif et fait l'objet d'un décompte selon l'art. 49, al. 4, resp. l'art. 50 LAMal⁵. En règle générale, ces jours sont décomptés selon le tarif des soins (BESA) ou sur la base de conventions cantonales séparées.

Tarif des soins

Les prestations d'un établissement médico-social ou pour les patients en attente de placement sont calculées dans plusieurs domaines:

¹ Arrêt 9C_447/2010 du 18 août 2010, consid. 2.1 avec références

² Catalogue des forfaits par cas SwissDRG

https://www.swissdrg.org/application/files/3117/0186/8361/SwissDRG_Version_13.0_Fallpauschalenkatalog_Abrechnungsversion_2024_2024_f.pdf

³ Durée de séjour = nombre de jours civils – 1 (exception: transfert le jour de l'admission, à pas -1)

⁴ https://www.swissdrg.org/download_file/view/4402/2012

⁵ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr#fn-d6e3940

- pension (logement, repas, nettoyage, etc.);
- prise en charge (contact avec les proches, offres d'activités, etc.);
- soins (prestations de soins qui peuvent être facturées aux caisses-maladie selon la LAMal);
- prestations médicales ambulatoires selon TARMED.

Les deux derniers points sont pris en charge au prorata par le biais de la LAMal, les deux premiers points sont pris en charge par les résidents. Les soins sont calculés selon BESA (système de classification et de facturation pour les résidents). 0 à 12 niveaux de soins peuvent être répartis en fonction des soins requis (min. par jour, 0 à 221 minutes et plus).

Un résident a ses propres frais de max. 23 Fr. par jour. Les **coûts journaliers**, y compris les quotes-parts des assurances-maladie et des pouvoirs publics, se situent entre **25 et 350 francs** (niveau BESA 0 – 12).

Si l'on compare ces montants aux suppléments que l'on reçoit chaque jour lorsqu'un patient reste stationnaire plus longtemps que la limite supérieure de durée de séjour (CW 0,045 – 0,867, soit **environ 450 – 8670 francs**), on comprend les contrôles et réclamations des assurances, qui se concentrent sur les jours d'hospitalisation à cheval sur deux années.