

Blog 11 – ambulatoire vs stationnaire

Dans l'exploitation hospitalière, une distinction est faite entre **ambulatoire et stationnaire** afin de catégoriser le type de soins médicaux et la durée du séjour. Ces deux domaines sont **décomptés différemment** et la gestion des cas n'est pas organisée de la même manière selon le système d'exploitation. C'est pourquoi il est important pour le clinicien et la clinicienne de connaître les différences.

Remarque: le terme «**semi-stationnaire**» n'existe plus depuis l'introduction de SwissDRG.

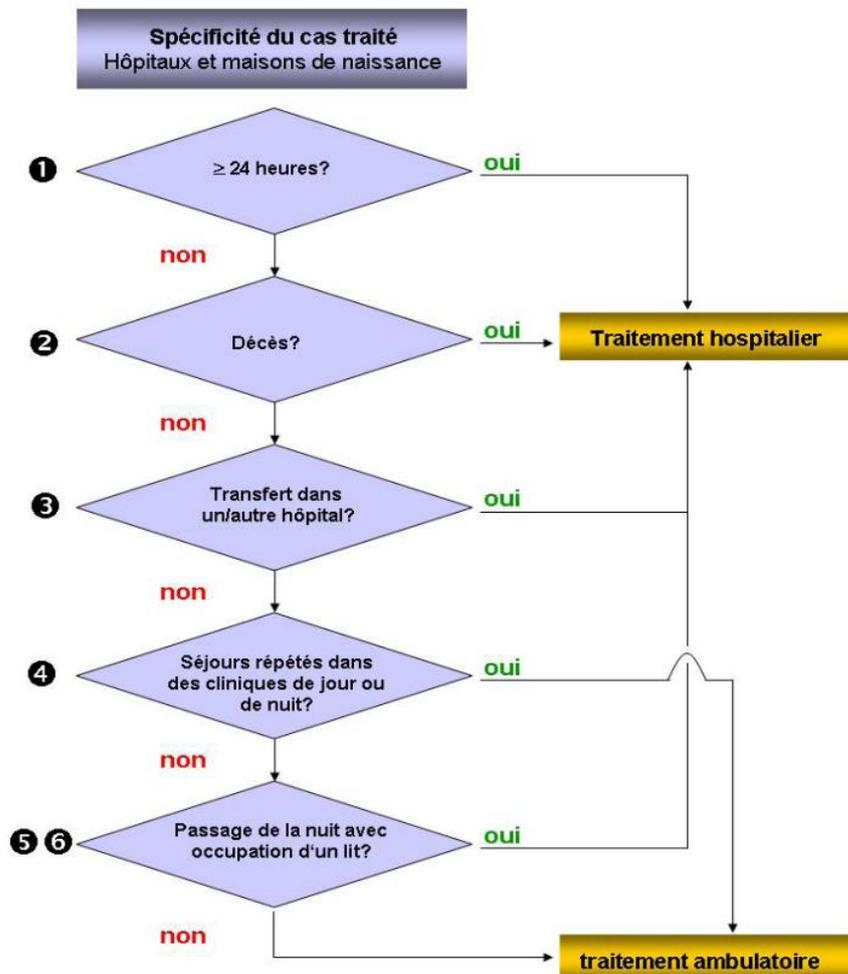
Facturation

Stationnaire → [selon SwissDRG \(ST Reha ou TARPSY\)](#)

Ambulatoire → [selon TARMED \(à partir de 2026 avec LKAAT \[double système TARDOC et forfaits ambulatoires\]\)](#)

Définition ambulatoire vs stationnaire

Cet organigramme permet de déterminer assez facilement si un cas de traitement est ambulatoire ou stationnaire:



Explications relatives aux critères de délimitation:

Le critère **1 «≥ 24 heures»** signifie que le/la patient·e est resté·e au moins 24 heures à l'hôpital (quel que soit le service).

Le critère **2 «décès»** répond à la question de savoir si le/la patient·e est décédé·e à l'hôpital pendant l'unité de traitement (c.-à-d. qu'un décès survenu après la fin du traitement, p. ex. sur le site de l'hôpital sur le parking, n'en fait pas partie)

Le critère **3 «transfert dans un autre hôpital»** répond à la question de savoir si le/la patient·e a été transféré·e dans un autre hôpital.

À cet égard, les conditions suivantes¹ sont notamment définies pour un transfert stationnaire d'un hôpital A vers un hôpital B:

- Au moins un professionnel de la santé, autre que le conducteur du véhicule, est présent pendant le transfert vers l'hôpital B.
- Le moyen de transport est au moins équipé de matériel d'urgence, de matériel de pansement et d'un DAE (défibrillateur automatique externe).

Cela correspond normalement à un **transfert par ambulance**. Un transport privé avec une voiture privée n'est pas pris en compte. Autrement dit, si un patient d'un hôpital régional avec une urgence ophtalmologique est transporté par un proche à la clinique ophtalmologique centrale avec sa voiture privée, la consultation d'urgence de l'hôpital A est considérée comme ambulatoire.

L'hôpital A assume la responsabilité pendant le transfert – jusqu'à l'admission à l'hôpital B.

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

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

Le critère **6 «occupation d'un lit»**: un·e patient·e est réputé·e occupant un lit dès lors qu'il s'agit d'un **lit d'unité de soins**. Les lits occupés suite à un accouchement, dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intermédiaires sont considérés de façon identique aux lits d'unités de soins. Le traitement des patients qui nécessite **uniquement le service d'urgence, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) est considéré 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

¹ Clarifications SwissDRG concernant les règles et définitions [Clarifications et exemples de cas concernant les règles et définitions pour la facturation des cas version 4.8 \(swissdrg.org\)](https://www.swissdrg.org)

être saisi et facturé en tant que traitement stationnaire. Par définition, on entend par **stationnaire** tout séjour qui concerne au moins deux jours civils (recensement à minuit) et qui a eu lieu dans l'unité de lits.

Rappel: le **comptage de la durée de séjour** est basé sur le nombre de nuits, c'est-à-dire le nombre de jours – 1, sauf si le/la patient-e est transféré-e directement. Un-e patient-e stationnaire du 3 au 5 mars a donc une DS (durée de séjour) de 2.

Prestations ambulatoires externes

Les prestations ambulatoires externes sont des prestations médicales fournies au/à la patient-e pendant son séjour stationnaire en dehors de l'hôpital. Ces prestations sont codées pour le cas stationnaire et le fournisseur de prestations ambulatoires établit la facture à l'hôpital.

Exemple de prestation ambulatoire externe

Un patient est traité dans un hôpital régional pour une BPCO. Du fait de douleurs thoraciques soudaines, une coronarographie est indiquée. Il est transféré dans un centre hospitalier. Une fois qu'une occlusion coronarienne a été exclue, il est retransféré à l'hôpital régional le jour même.

Codage de l'hôpital

Diagnostiques: BPCO et douleur thoracique (ou résultat de la coronarographie)

Procédures: coronarographie

Centre hospitalier

Facture ambulatoire de coronarographie → établie à l'hôpital régional

Cela signifie que le patient est en traitement stationnaire le même jour, juste avant et juste après la prestation ambulatoire externe. Les rendez-vous chez l'ophtalmologue et le dentiste sont des exemples classiques en plus de la (TEP-)TDM/IRM, de la coronarographie et de l'ERCP.

Les prestations fournies juste avant ou après un séjour stationnaire ne sont donc pas des prestations ambulatoires externes.

Exemple de consultation et d'admission aux urgences: un patient avait un rendez-vous ambulatoire pour une chimiothérapie le matin. Il est ensuite rentré chez lui. Il se présente le même jour l'après-midi aux urgences en raison d'une détérioration de son état général et d'une fièvre.

- ➔ Indépendamment du fait que la chimiothérapie soit effectuée par l'entreprise ou par un tiers, elle est facturée normalement en ambulatoire à l'assurance. Le séjour stationnaire commence avec l'admission aux urgences – la prestation de chimiothérapie n'est pas prise en compte dans le codage.

Exemple de dialyse le jour de la sortie: un patient souffrant d'insuffisance cardiaque décompensée et dialysé régulièrement reçoit, le jour de sa sortie, une nouvelle dialyse par un établissement **extérieur à l'hôpital** après 3 dialyses effectuées pendant son séjour stationnaire. Le patient rentre directement chez lui après la dialyse.

- ➔ Les 3 dialyses effectuées pendant le séjour stationnaire sont déclarées comme prestations ambulatoires externes. Cela signifie qu'elles sont saisies dans le codage et que l'établissement extérieur à l'hôpital établit une facture de 3 dialyses à l'hôpital.
- ➔ La dialyse le jour de la sortie est réalisée après la sortie du patient. Ainsi, cette prestation n'est pas codée dans un cas stationnaire, mais facturée par l'établissement extérieur à l'hôpital en tant que facture ambulatoire à l'assurance.