

Explications détaillées sur la méthodologie

Considérations générales sur la nouvelle structure tarifaire

Depuis 2012, le nouveau système tarifaire SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) pour les prestations hospitalières stationnaires de soins somatiques aigus est en vigueur. Il existe désormais un seul catalogue des forfaits par cas qui est valable pour toute la Suisse, mis à jour annuellement. Tous les traitements sont classés par groupe de cas. Un code et un cost-weight (ou une « valeur relative ») sont attribués à chaque groupe de cas. Le catalogue des forfaits par cas est valable pour toute la Suisse et le cost-weight applicable pour un cas donné est identique dans tous les hôpitaux.

Pour obtenir le remboursement (en franc suisse) lié à un cas donné, le cost-weight doit être multiplié par le baserate (prix de base) de l'hôpital. Le niveau du baserate est négocié chaque année entre l'établissement hospitalier et l'assureur ou les associations d'assureurs (tarifsuisse, HSK, CSS) et doit être approuvé par le canton. Si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à trouver un accord, c'est le canton qui fixe le tarif.

Méthodologie

Pour établir un aperçu des tarifs hospitaliers sur le site web, nous avons procédé comme suit :

Les données du pool tarifaire (PT) de SASIS SA ont permis de déterminer les codes DRG souvent facturés. Plusieurs traitements ou interventions peuvent être regroupés dans un seul DRG. De manière simplifiée, nous parlons toujours d'un « *traitement* ».

Lors du choix de ces 20 codes DRG, nous avons considéré seulement les codes sans « CC » (complications ou comorbidités = maladies associées), sans les maladies et troubles psychiques ainsi que sans la gériatrie. Nous n'avons également sélectionné que les codes DRG qui étaient définis de manière claire (sans « Autres affections... », « Autres interventions », etc.). Les cost-weights correspondant aux traitements sélectionnés ont été recueillis par le biais de tables de migration (qui décrivent les changements intervenus dans les attributions aux groupes de pathologies entre les versions consécutives de SwissDRG) et du catalogue des forfaits par cas le plus récent.

Puisque la dénomination des codes DRG est souvent incompréhensible pour le grand public, nous avons vulgarisé la dénomination officielle. Il est possible que la dénomination utilisée ne soit pas complète ou pas tout-à-fait correcte. Elle est destinée à aider les utilisateurs non-médicaux. En cas de doute, la dénomination officielle fait foi.

Les baserates ont été déterminés sur la base des données des assureurs (HSK, tarifsuisse et CSS) et des cantons et sont équivalents aux valeurs connues à la date de référence. Le présent aperçu indique toujours les tarifs dans le canton de domicile.

Eventail des prestations

La question la plus difficile était de savoir si, dans un hôpital donné, le traitement est réellement offert. En utilisant le registre des codes-créanciers (RCC) de SASIS SA et les listes cantonales des hôpitaux, il a été possible de déterminer si le code DRG faisait partie de l'éventail des prestations offertes par un hôpital. En outre, nous avons demandé par écrit aux hôpitaux de vérifier ces informations. De nombreux hôpitaux ont répondu à notre appel et leurs suggestions de modifications reçues en retour ont été intégrées. Comme annoncé, sans réponse de la part des hôpitaux, nous considérons que les informations dont nous disposons sont correctes.

Nous vous prions toutefois de vous assurer auprès de votre médecin ou de l'hôpital relevant que le traitement souhaité y est effectivement fourni. Pour certains hôpitaux, le mandat de prestations est lié à certaines conditions, restreint, de durée limitée, limité par des contingents ou réalisé en collaboration avec d'autres hôpitaux. Lorsqu'un groupe hospitalier a plusieurs sites, il n'est pas toujours évident de connaître l'éventail de prestations offertes sur chaque

site. Il est possible qu'un traitement ne soit pas effectué dans tous les sites d'un groupe hospitalier. Plusieurs traitements ou interventions peuvent être regroupés dans un seul DRG. Il est théoriquement possible qu'un hôpital n'offre pas tous les traitements d'un même code.

Hospitalisations extra-cantoniales

En principe, un traitement peut être effectué dans un hôpital extra-cantonal. Certains hôpitaux figurent également sur les listes d'hôpitaux extra-cantonaux. Cela n'a pas été pris en compte dans cet aperçu. Dans le cas des hospitalisations extra-cantoniales, lorsque l'hôpital souhaité ne figure pas sur la liste des hôpitaux du canton de domicile, il convient de considérer le tarif de référence du canton de domicile. Dans les hôpitaux coûteux, il est possible que le tarif de référence du canton de domicile soit dépassé et que la différence soit à la charge du patient (ou de son assurance complémentaire). Des informations détaillées (aussi relatives aux tarifs de référence) se trouvent sur le site web suivant : [Inventaire CDS des listes hospitalières cantonales et des tarifs hospitaliers](#).

Divers

Des tarifs plus élevés peuvent être facturés pour les traitements avec des complications ou avec des maladies associées. En outre, un supplément peut être facturé pour une durée de séjour supérieure à la moyenne (dite « high-outlier »). Une réduction peut être à l'inverse accordée pour les périodes de séjour inférieures à la moyenne (dite « low-outlier »).

Lors d'un accouchement et d'une césarienne, un cas distinct pour le nouveau-né sera ouvert en plus des coûts rapportés à la mère. Le tarif facturé pour le nouveau-né dépend de plusieurs facteurs (par exemple du poids à la naissance) et n'a pas été pris en compte ici.