



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

**Office fédéral de la santé publique OFSP**

Unité de direction Assurance maladie et accidents

## **Ordonnance du DFI sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs (Ajout concernant le fichier de données administratives)**

Modifications prévues pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020

Teneur des modifications et commentaire

Berne, décembre 2019

## I. Partie générale

### a. Facturation dans le cadre de la LAMal

Selon l'art. 42, al. 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. En outre, l'art. 42, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal, prévoit que les fournisseurs de prestations fassent figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Cette disposition est formulée de façon générale et s'applique donc à tous les fournisseurs de prestations. Sur cette base, le Conseil fédéral a modifié, le 4 juillet 2012, l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), notamment en complétant respectivement en édictant les art. 59, 59a et 59a<sup>bis</sup> (RO 2012 4089).

L'art. 59 OAMal énumère les indications que les fournisseurs de prestations doivent faire figurer sur leurs factures. Ces indications comprennent non seulement les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable, mais aussi les diagnostics et les procédures qui sont nécessaires au calcul du tarif applicable.

### b. Facturation dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG

Les modèles de rémunération de type DRG constituent une forme particulière de classification des patients<sup>1</sup> qui se caractérise notamment par le fait que les cas stationnaires sont répartis, sur la base de données de routine recueillies par cas et selon des critères cliniques, en groupes accusant des coûts similaires suivant l'intensité des prestations. Actuellement en Suisse, deux structures tarifaires de type DRG trouvent application pour rémunérer le traitement stationnaire, y compris le séjour et les prestations de soins dans un hôpital ou une maison de naissance. Ces structures sont uniformes au niveau national et ont été approuvées par le Conseil fédéral. Il s'agit de SwissDRG, utilisé pour les soins aigus somatiques dans le secteur hospitalier stationnaire, et de TARPSY, utilisé en psychiatrie stationnaire.

Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG, le fournisseur de prestations doit transmettre au service de réception des données de l'assureur, en même temps que la facture, les fichiers de données comprenant les indications administratives et médicales énumérées à l'art. 59, al. 1, OAMal. Afin que ces fichiers de données soient définis de manière uniforme à l'échelle suisse, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a, sur la base de l'art. 59a, al. 1, OAMal, fixé la structure de fichiers uniforme dans l'ordonnance du DFI du 20 novembre 2012 sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs (RS 832.102.14). Les fichiers de données ne contiennent que les variables qui sont nécessaires pour déterminer les groupes de cas et pour contrôler les factures. Les variables des fichiers de données doivent, conformément aux prescriptions de l'art. 59a, al. 2, OAMal, correspondre aux classifications mentionnées pour la statistique médicale des hôpitaux au ch. 62 de l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (ordonnance sur les relevés statistiques ; RS 431.012.1).

En raison du développement des structures tarifaires, le besoin en indications nécessaires pour déterminer les groupes de cas pertinents peut être modifié respectivement élargi. Afin d'assurer un contrôle efficient des factures et du caractère économique des prestations, il convient, dans de tels cas, d'apporter les adaptations requises pour que les assureurs et leurs services certifiés de réception des données reçoivent, lors de la facturation, l'ensemble des données pertinentes pour la formation des groupes.

---

<sup>1</sup> Les systèmes dits de classification des patients permettent de regrouper un grand nombre de cas pour lesquels les diagnostics et les procédures diffèrent en un nombre réduit de groupes de cas occasionnant des charges économiques comparables.

## II. Ajout à l'ordonnance du DFI

Dans leur demande du 5 juillet 2019 relative à l'approbation des structures tarifaires SwissDRG version 9.0 et TARPSY 2.0, version de tarification 2020, les partenaires tarifaires demandent que l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données soit complétée par les variables 4.8V16, 4.8V17, 4.8V18, 4.8V19 et 4.8V20. Ces variables, qui concernent l'âge gestationnel<sup>2</sup> et le lieu de séjour après des interruptions de prise en charge, doivent être mises à la disposition des agents payeurs aux fins du contrôle des factures. En effet, à partir de la version 9.0 de SwissDRG, l'âge gestationnel a une influence sur le montant de la rémunération. En outre, il est nécessaire de connaître le lieu de séjour après des interruptions de prise en charge pour vérifier le nombre de jours de soins facturables dans le cadre de TARPSY, car ce lieu a une incidence sur la méthode de comptabilisation des jours de soins facturables, et donc sur le calcul de la rémunération.

Eu égard à l'importance de l'art. 59a ss OAMal et de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données pour la facturation dans le cadre des structures tarifaires SwissDRG et TARPSY, l'indication de l'âge gestationnel respectivement du lieu de séjour après une interruption de prise en charge – selon la structure tarifaire applicable – font partie des indications, visées à l'art. 42, al. 3, LAMal, dont l'assureur a besoin pour vérifier la facturation et que le fournisseur de prestations doit donc lui transmettre. Ainsi, il convient d'adapter en conséquence l'annexe de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données.

## III. Partie spéciale : énoncé des adaptations

### *Annexe de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données*

Conformément aux explications ci-dessus, le fichier de données administratives décrit à l'annexe de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données est complété par les variables suivantes issues de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : 4.8V16 « Durée de la grossesse », 4.8V17 « Séjour après première interruption », 4.8V18 « Séjour après deuxième interruption », 4.8V19 « Séjour après troisième interruption » et 4.8V20 « Séjour après quatrième interruption ».

La modification de l'ordonnance entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

---

<sup>2</sup> Durée de la grossesse