



Règles et définitions pour la facturation des cas selon Swiss- DRG et TARPSY

Version juin 2019

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2020

Etat : approuvé par le Conseil d'administration de SwissDRG SA

le **14 juin 2019**

La version en langue allemande fait foi

Sommaire

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	4
1.1	Informations nécessaires	4
1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	4
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier	4
1.4	Classement des cas dans un groupe de cas	7
1.5	Durée de séjour	8
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	10
2.1	Principe de base	10
2.2	Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires	10
2.3	Rémunération des patients en soins ou en attente de placement	12
3	RÈGLES DE FACTURATION POUR SWISSDRG ET TARPSY	13
3.1	Regroupement de cas	13
3.2	Transferts	13
3.3	Prestations ambulatoires externes	14
3.4	Transports secondaires	14
3.5	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation	15
3.6	Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation / changement d'assureur / changement de domicile	15
3.7	Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital	15
3.8	Urgences	16
3.9	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux	16
4	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES POUR SWISSDRG	18
4.1	Cas outliers	18
4.2	Regroupement de cas	18
4.3	Transfert	20
4.4	Nouveau-nés	21
4.5	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux	22
5	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES POUR TARPSY	24
5.1	Regroupement de cas	24
5.2	Règle de réduction pour transfert	24



5.3	Dispositions transitoires	24
5.4	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux et d'autres payeurs	25

1 Principes de base et définitions

Le présent document définit les points ci-après en vue de l'application des tarifs stationnaires SwissDRG et TARPSY:

- ⇒ les fondements (chapitre 1) ;
- ⇒ le champ d'application (chapitre 2) ;
- ⇒ les règles de facturation des cas (chapitres 3, 4 et 5).

Les ajustements et précisions qui s'étendent au-delà des définitions établies dans le présent document sont fixés par le conseil d'administration de SwissDRG SA en respectant les règles définies dans ce document et les prescriptions légales.

1.1 Informations nécessaires

Pour une indemnisation d'un cas stationnaire, il est nécessaire de disposer des données de la Statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces données sont recensées annuellement pour chaque cas traité par les hôpitaux et ce, conformément à la loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), à l'ordonnance s'y rapportant ainsi qu'aux directives et recommandations de l'OFS.

1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des cas facturés avec les structures tarifaires nationales standards se fonde sur les directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui doivent être appliquées de manière uniforme en Suisse sur la base des nomenclatures de procédures et de diagnostics en vigueur ainsi que du manuel de codage.

En cas d'ambiguïtés ou de différences dans l'interprétation des règles de codage, les organisations responsables de SwissDRG SA s'efforcent de trouver des solutions en collaboration avec l'OFS.

SwissDRG SA est tenue d'adresser ses besoins à l'OFS en vue du développement et de l'entretien des structures tarifaires stationnaires.

1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

Principe : En général, 1 forfait peut être facturé pour chaque cas stationnaire. Une attention particulière est à porter aux règles des chapitres 3.1, 4.2 et 5.1, selon lesquelles, à certaines conditions, plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas stationnaire et rémunérés selon un forfait unique.

La distinction entre les traitements hospitaliers et ambulatoires se base sur l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de cette définition, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante de cette définition:

Art. 3 Traitement hospitalier

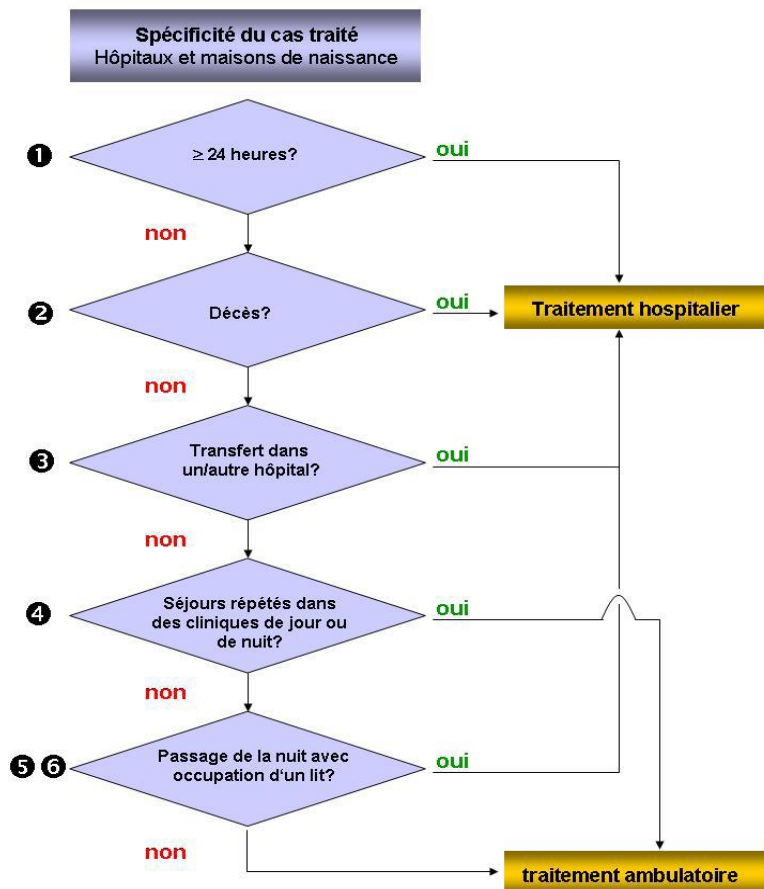
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours :

- a. d'au moins 24 heures ;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ;
- e. en cas de décès.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

• Diagramme de flux



• **Explication des critères de délimitation**

Le critère ❶ « ≥ 24 heures » signifie que le patient reste au moins 24 heures dans l'hôpital ou la maison de naissance.

Le critère ❷ « décès » répond à la question de savoir si le patient est décédé.

Le critère ❸ « transfert dans un/autre hôpital » répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si la patiente a été transférée dans un autre hôpital depuis une maison de naissance.

Le critère ❹ « séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit » correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les 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 traitements ambulatoires.

Le critère ❺ « nuit » est saisi et mesuré selon la « règle de minuit ». En d'autres termes, le critère est rempli si le patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ❻ « occupation d'un lit » : Un patient est réputé occupant un lit lorsqu'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 de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoire.

Les critères ❺ « nuit » et ❻ « 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 être saisi et facturé en tant que traitement hospitalier.

1.4 Classement des cas dans un groupe de cas¹

Age du patient

L'âge des patients à l'entrée est déterminant pour le groupage des cas.

Sexe du patient

Le sexe civil à l'entrée est déterminant pour le groupage des cas.

Pour le traitement de patients intersexués, le sexe traité est déterminant pour l'établissement de la facturation.

Forçage manuel

Le groupement par forçage manuel n'est pas admis. Le Groupeur décide seul du classement du cas dans un groupe.

Obligation de rémunération

Le classement d'un cas dans un groupe de cas et la détermination de rémunérations supplémentaires n'impliquent aucune obligation de prestation de la part des assurances sociales (assurance obligatoire des soins, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire). Les structures tarifaires stationnaires ne sont le reflet d'aucun catalogue de prestations obligatoires AOS.

Maisons de naissance

Les SwissDRG s'appliquent également aux traitements hospitaliers dans les maisons de naissance ; ces traitements sont soumis aux mêmes règles et définitions pour la facturation des cas. Dès lors, les DRG figurant dans le catalogue des forfaits par cas font référence pour les cas traités en maisons de naissance. Si dans certains cas, en raison du codage de certains diagnostics, des DRG non évalués, c'est-à-dire autres que ceux indiqués dans le catalogue des forfaits par cas pour les maisons de naissance, sont appliqués, le traitement de la (future) mère est indemnisé avec le « DRG - maisons de naissance, O60C ». Pour les nouveau-nés, le « DRG - maisons de naissance P60C » est applicable.²

Groupes de cas non évalués

Pour les groupes de cas non évalués, les partenaires tarifaires conviennent de rémunérations individuelles, pour autant que celles-ci puissent être mises à la charge de l'assurance-maladie obligatoire ou de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire dans le cadre des soins hospitaliers.

¹ Un groupe de cas couvre les DRG (Diagnosis Related Groups) et les PCG (Psychiatric Cost Groups)

² Sont exemptés de cette règle les DRG 960Z et 961Z, qui ne peuvent pas non plus être facturés aux maisons de naissance.

Rémunérations supplémentaires

Des rémunérations supplémentaires selon l'Annexe 2 (rémunérations supplémentaires évaluées) et l'Annexe 3 (rémunérations supplémentaires non évaluées) du catalogue des forfaits par cas SwissDRG **applicable au moment de la sortie** peuvent être facturées en plus d'un forfait, dans la mesure où le code CHOP / code ATC selon les directives de codages entre dans le codage du cas.

1.5 Durée de séjour

1.5.1 Durée de séjour SwissDRG

La durée de séjour se calcule selon la formule suivante :

Durée de séjour (en jours) = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé

Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée³ ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les jours entiers de congés ne comptent pas non plus dans la durée de séjour.

Durée de séjour en cas de transfert : Chaque hôpital concerné détermine la durée de séjour de son cas selon cette formule. En cas de regroupement des cas (p. ex. lors d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission), la durée de séjour du cas facturé par l'hôpital X se calcule par la somme des durées de séjour des différentes hospitalisations dans l'hôpital X.

1.5.2 Calcul des jours de soins facturables sous TARPSY

Le nombre de jours de soins⁴ se calcule selon la formule suivante :

Cas sans transfert

Nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1

Cas avec transfert⁵

Nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé

³ Art. 3 OCP : pour <date d'entrée = date de sortie>, la règle suivante s'applique : si le jour de son entrée, un patient est transféré dans un autre hôpital ou décède, le jour d'entrée sera comptabilisé comme 1 jour.

⁴ Le calcul du nombre de jours de soins diffère de celui de la durée de séjour selon l'OFS.

⁵ Cette définition inclut tous les cas présentant les valeurs 4 (institution psychiatrique), 5 (institution de réadaptation) 55 (service/clinique de réadaptation, même institution), et 6 (autre hôpital) ou 66 (division/clinique de soins aigus, même institution) de la variable OFS 1.5 V03 « Séjour après la sortie ».

Sont donc comptés comme jours de soins, le jour d'entrée³ ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, exception faite du jour de transfert. Les jours entiers de congés ne comptent pas non plus dans la durée de séjour.

1.5.3 Définition du congé

Définition du congé⁶ : Lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 24 heures⁷ (>24h00) et que le lit reste réservé (en cas de vacances ou lors de sortie d'essai en psychiatrie), il faut l'indiquer comme congé administratif. La durée totale des congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures **et minutes** des congés pris durant le séjour hospitalier⁸.

Le nombre de jours de congé à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des **heures des congés administratifs (minutes comprises)** divisé par 24, arrondi vers le bas.

Lors d'un congé, aucune prestation ambulatoire ne peut être facturée aux payeurs. Si un patient a tout de même recours à des prestations ambulatoires pendant cette période, celles-ci sont à la charge de l'hôpital et influencent le codage du diagnostic et des procédures.

⁶ Correspond à la variable 1.3 V04 de la Statistique médicale des hôpitaux.

⁷ Exemple : si un patient quitte l'hôpital pour 24 heures et 2 minutes, son absence est considérée comme un congé.

⁸ Exemple pour la durée des congés : pour un patient qui présente 3 absences de 8, 26 et 42 heures, un congé administratif de 68 heures est obtenu, soit 2,833 jours (selon la définition, l'absence de 8 heures n'est pas comptabilisée). Selon la règle de calcul, 2 jours de congé seront ainsi déduits lors du calcul de la durée de séjour.

2 Champ d'application et délimitations

2.1 Principe de base

2.1.1 SwissDRG

Le champ d'application des groupes de cas SwissDRG englobe la rémunération de tous les séjours en soins aigus dans des hôpitaux de soins somatiques aigus, dans des services de soins aigus et des maisons de naissance ainsi que tous les traitements palliatifs stationnaires.

2.1.2 TARPSY

Le champ d'application des forfaits TARPSY selon le catalogue de PCG englobe la rémunération de tous les séjours psychiatriques dans des institutions psychiatriques ou des services psychiatriques.

2.2 Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires

Pour la détermination du champ d'application, les mandats de prestations des domaines suivants sont distingués :

- Somatique aiguë (y.c. soins palliatifs)
- Psychiatrie
- Réadaptation

2.2.1 L'hôpital dispose, selon la liste hospitalière cantonale, de mandats de prestations pour un seul champ d'application

L'hôpital dispose d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière pour le domaine de la somatique aiguë uniquement

→ Tous les cas se trouvent dans le champ d'application de SwissDRG.

L'hôpital dispose d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière pour le domaine de la psychiatrie uniquement

→ Tous les cas se trouvent dans le champ d'application de TARPSY.

L'hôpital dispose d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière pour le domaine de la réadaptation uniquement.

→ Les cas ne se trouvent pas dans le champ d'application de TARPSY ou de SwissDRG.

L'hôpital dispose d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière pour le domaine des soins palliatifs uniquement

→ Tous les cas se trouvent dans le champ d'application de SwissDRG.

2.2.2 L'hôpital dispose, selon la liste hospitalière cantonale de mandats de prestations dans différents domaines.

Lorsque le fournisseur de prestations dispose de mandats de prestations dans plusieurs domaines, lorsqu'il remplit les critères minimaux de délimitation et lorsqu'il dispense une prestation en dehors de son domaine principal, la structure tarifaire correspondant à la prestation dispensée s'applique.

En principe, le fournisseur de prestations facture via la structure tarifaire qui s'applique à son domaine principal.

Structure tarifaire à appliquer	Domaine principal
SwissDRG	Somatique aiguë
SwissDRG	Maisons de naissance
SwissDRG	Soins palliatifs
TARPSY	Psychiatrie
Tarif Reha convenu entre les partenaires tarifaires	Réadaptation

Le classement du domaine principal est effectué au moyen de la typologie des hôpitaux.

Domaine principal	Typologie des hôpitaux
Somatique aiguë	K111, K112, K121, K122, K123, K231, K233, K234
Maison de naissance	K232
Psychiatrie	K211, K212
Réadaptation	K221
Somatique aiguë, psychiatrie, réadaptation	K235

Pour les fournisseurs de prestations de la catégorie K235 Cliniques spécialisées, le classement s'effectue sur la base des jours de soins, selon les chiffres-clés publiés par l'OFSP.⁹

Pour une indemnisation via une autre structure tarifaire que celle du domaine principal, les critères minimaux de délimitation suivants doivent être respectés :

- Existence d'un mandat de prestations explicite selon la liste hospitalière pour un autre domaine
- Répartition transparente des coûts et des prestations

⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelem/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

L'identification de la prestation dispensée se déroule via le centre de prestations indiqué sur la facture (cf. Annexe III de la Statistique des hôpitaux : Répartition transparente et séparée des coûts et des prestations)¹⁰

Le classement est le suivant.

Prestation dispensée	Centre de prestations
Somatique aiguë	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
Maison de naissance	M300
Psychiatrie	M500
Réadaptation	M950 ¹¹
Soins palliatifs	M100

Règle de classement dans le centre de prestations :

Pour la détermination du centre de prestations, le site de l'hébergement du patient (lieu où se trouve le lit de l'unité de soins) est déterminant.

Le classement de la prestation dispensée dans le tarif applicable se déroule de manière analogue au domaine principal.

2.3 Rémunération des patients en soins ou en attente de placement

Une réglementation séparée de la rémunération sous SwissDRG et TARPSY ne s'impose pas. En principe, les prestations d'un hôpital ou d'une maison de naissance sont rémunérées selon SwissDRG et TARPSY.

Le séjour d'un patient en soins ou en attente de placement n'est pas rémunéré via une structure tarifaire stationnaire, mais selon le tarif correspondant¹². En d'autres termes : si la durée de séjour d'un patient se voit prolongée en raison par ex. de l'attente d'une place en soins de longue durée, ce prolongement ne doit pas être imputé à la durée de séjour du cas stationnaire au sens du chiffre 1.5.

Les assureurs et les cantons peuvent prévoir des mécanismes de contrôle afin d'assurer le respect de ces règles.

¹⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/214226/master>

¹¹ Le centre de prestations M950 regroupe toutes les formes de réadaptation, y compris en pédiatrie et en gériatrie.

¹² LAMal : tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins en milieu hospitalier, dans le sens de l'art. 49 al. 4 de la LAMal, toutes les prestations sont rémunérées selon le tarif stationnaire. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 (tarif avec les établissements médico-sociaux) est applicable. Le cas stationnaire fera alors l'objet d'une sortie administrative pour clôture et d'une entrée administrative en tant que cas de soins.

3 Règles de facturation pour SwissDRG et TARPSY

Principe: Un hôpital multisites est considéré comme 1 hôpital. Les transferts entre les différents sites d'un même hôpital ne sont dès lors pas considérés comme transferts. Le cas doit être considéré comme si le patient avait été traité sans transfert.

3.1 Regroupement de cas

Principe: Toute réadmission est considérée comme un nouveau cas, à moins qu'une des exceptions suivantes ne s'applique.

Les situations citées **au chapitre 4.2 (SwissDRG) et 5.1 (TARPSY)** conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné en un seul cas facturé comme tel et à un regroupement dans un nouveau **groupe de cas**. Les diagnostics et les interventions des cas regroupés doivent alors être codés comme si l'ensemble du traitement avait eu lieu lors d'un seul séjour. De même il convient d'additionner les durées de séjour des cas regroupés. Les jours de congé éventuels ne sont déterminés qu'après le regroupement des cas.

Il n'y a pas de regroupement de cas entre deux années.

Il n'y a pas de regroupement de cas entre plusieurs hôpitaux.

3.2 Transferts¹³

3.2.1 Transferts internes

Les règles de regroupement des cas s'appliquent normalement dans le cas d'une réadmission suite à un retransfert d'un service du même hôpital qui ne tombe pas dans le **même** champ d'application.

¹³ Tenir compte des chapitres 4.3 (SwissDRG) et 5.2 (TARPSY)

3.3 Prestations ambulatoires externes

Si un patient est transféré d'un premier hôpital (hôpital A) vers un autre hôpital (hôpital B), dans lequel il bénéficie uniquement de prestations ambulatoires, puis retransféré dans le premier hôpital, l'hôpital A n'ouvre qu'un seul cas et les prestations fournies dans l'hôpital B sont facturées à l'hôpital A (= prestation externe auprès d'un autre fournisseur de prestation lors d'une hospitalisation).

Les prestations ambulatoires externes comprennent toutes les prestations AOS fournies par un fournisseur de prestations selon LAMal. Une réglementation analogue est applicable pour les autres assureurs sociaux selon AA, AI et AM.

L'hôpital A intègre les traitements externes qui lui sont facturés dans le dossier d'hospitalisation de son patient. Le traitement de l'hôpital B est intégré dans le codage des diagnostics et interventions de l'hôpital A¹⁴. L'hôpital A facture ensuite aux payeurs le **forfait** correspondant.

Exception :

Dans le cas d'une chaîne de transferts maison de naissance – hôpital de soins aigus – maison de naissance avec prestation ambulatoire à l'hôpital, l'hôpital facture ses prestations directement à l'assureur-maladie. Le traitement ambulatoire à l'hôpital de soins aigus n'est pas intégré dans le codage des diagnostics et interventions de la maison de naissance.

Aucune autre exception n'est admise.

3.4 Transports secondaires

Les transports secondaires sont pris en charge par l'hôpital qui transfère le cas et **sont indemnisés dans le cadre du cas stationnaire**. L'hôpital qui retransfère le cas est assimilé à l'hôpital qui transfère le cas. Cette règle n'est pas valable pour les transports commandés par des tiers.

¹⁴ Afin d'éviter toute distorsion lors des évaluations statistiques, il convient de signaler les prestations externes en conséquence lors du codage.

3.5 Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation

L'hôpital établit une facture comprenant un seul forfait et ce, indépendamment du type de modification du motif d'hospitalisation¹⁵.

A l'instar des hospitalisations normales, le forfait à facturer se calcule conformément aux règles établies par l'Office fédéral de la statistique.

Si un patient hospitalisé pour une maladie est sujet à un accident ou si un patient hospitalisé en raison d'un accident tombe malade, c'est alors l'article 64 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui s'applique. La question de savoir qui paie quoi est à régler entre assureurs.

Voir à ce propos les règles de splitting de factures définies aux chapitres 3.9, 4.5 (Swiss-DRG) et 5.4 (TARPSY).

3.6 Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation / changement d'assureur / changement de domicile

Les forfaits sont facturés après la sortie du patient. Pour les patients admis pendant l'année T qui ne ressortent que l'année T+N, la facture est établie dans l'année T+N selon le tarif valable dans l'année T+N¹⁶. Toute forme de facture intermédiaire au 31.12. est exclue (il n'y a qu'une seule facture pour l'ensemble du séjour hospitalier). Dans les cas de très longue hospitalisation, les partenaires tarifaires peuvent toutefois convenir du paiement d'acomptes.

Les rémunérations complémentaires sont facturées sur la base de la version du système valable lors de la sortie en même temps que le forfait du séjour correspondant au payeur.

Sur la facture, la date de traitement des codes CHOP utilisés correspond à la date où la prestation a été fournie.

Lors d'un changement d'assurance du patient, la facture est adressée, au moment de la sortie, à l'assureur auprès duquel le patient était assuré lors de son entrée à l'hôpital. La facture est partagée entre les assureurs maladie au pro rata temporis (selon le nombre de jours de séjour). Le nombre de jours de séjour est calculé selon le chiffre 1.5 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY.

En cas de changement de domicile du patient, le domicile au moment de l'entrée est déterminant pour la facturation à la sortie.

Si la clé de répartition définie à l'article 49a al. 2 de la LAMal change, la clé valable lors de la sortie du patient s'applique.

3.7 Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital

Les examens et traitements pré- et post-hospitalisation (par ex. traitement dans une clinique de jour psychiatrique, ou les traitements et examens préopératoires) peuvent être facturés

¹⁵ Une seule facture est également établie s'il était initialement prévu que l'assurance-accident prenne en charge les coûts et que c'est finalement l'assurance militaire qui s'en charge ou inversement. Un changement de catégorie d'assurance en cours d'hospitalisation n'entraîne pas non plus l'ouverture d'un nouveau cas.

¹⁶ Les principes de codage en vigueur au temps T + N selon le chiffre 1.2 du présent document s'appliquent également dans ce cas.

selon le tarif en vigueur, c'est-à-dire qu'on ne procède à aucun regroupement de cas entre les cas d'hospitalisation et les cas ambulatoires.

En principe, les traitements et examens doivent s'effectuer dans le cadre du séjour d'hospitalisation du patient, sauf si le respect des critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique¹⁷ définis dans l'article 32 LAMal exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

Les prestations ambulatoires de l'hôpital, en lien avec le traitement hospitalier le jour de l'entrée et celui de la sortie sont couvertes par le forfait stationnaire. Aucune facturation supplémentaire ne peut être établie par l'hôpital le jour de l'entrée ni celui de la sortie pour ces prestations ambulatoires.

3.8 Urgences

L'entrée en urgence d'un patient n'a aucune influence sur l'attribution d'un cas à un groupe spécifique.

3.9 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux¹⁸

Principe

La coordination des prestations entre les différentes institutions d'assureurs sociaux est régie par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). L'article 64 al. 1 LPGA stipule que le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. En vertu de l'article 64 al. 2, l'assurance sociale qui prend le traitement à sa charge est déterminée selon l'ordre suivant :

- a) assurance militaire (AM) ;
- b) assurance-accidents (AA) ;
- c) assurance invalidité (AI) ;
- d) assurance-maladie (AMal).

L'art. 64 al. 3 LPGA stipule que l'assureur social tenu de verser des prestations au sens de l'alinéa 2 prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier. Cette disposition s'applique même si les atteintes à la santé ne sont pas entièrement dues à l'événement que l'assureur est tenu de couvrir.

L'art. 64 al. 4 précise toutefois qu'elle ne s'applique que lorsque ces atteintes à la santé ne peuvent être traitées séparément.

Un traitement distinct est possible lors d'interventions électives ou lorsqu'on peut déterminer clairement, dans les limites de la période de traitement, un moment où l'obligation de prestation passe d'un assureur à l'autre.

¹⁷ Selon l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.

¹⁸ Tenir compte des chapitres 4.5 (SwissDRG) et 5.4 (TARPSY)



La décision de l'office AI compétent est déterminante pour l'obligation de prestation ou pour la durée de prestation AI (cf. l'art. 57 al. 1 let. g de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité ; l'art. 41 al. 1 let. d et l'art. 74 de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité ; l'art. 49 LPG) ¹⁹.

¹⁹ Ces règles valent uniquement pour la facturation. L'hôpital saisit dans la statistique médicale le code du cas entier non splitté. Dans cet esprit, les coûts du cas entier non splitté sont également décomptés et transmis à SwissDRG SA.

4 Règles de facturation particulières pour SwissDRG

4.1 Cas outliers

Les cas outliers sont définis par rapport aux cas dont la durée de séjour est normale (inliers). Des ajustements vers le bas, respectivement vers le haut s'opèrent pour les cas dont la durée de séjour est plus basse (low-outliers) ou plus élevée (high-outliers). Ces ajustements sont répertoriés individuellement pour chaque groupe de cas dans le catalogue des forfaits par cas.

4.1.1 Low-outliers

On procédera à une réduction du cost-weight sur une base journalière si la durée de séjour est inférieure ou égale au « premier jour avec réduction » selon le catalogue des forfaits par cas (colonne 6). Le nombre de jours avec réduction se calcule comme suit :

$$\begin{aligned} & \text{Premier jour avec réduction à la borne inférieure de durée de séjour} + 1 \\ & \quad - \text{durée de séjour} \\ & = \text{nombre de jours avec réduction} \end{aligned}$$

4.1.2 High-outliers

Le cost-weight pourra être augmenté d'un supplément journalier si la durée de séjour est supérieure ou égale au « premier jour avec supplément » selon le catalogue des forfaits par cas (colonne 8). Le nombre de jours avec supplément se calcule comme suit :

$$\begin{aligned} & \text{Durée de séjour} + 1 \\ & \quad - \text{premier jour avec supplément à la borne supérieure de durée de séjour} \\ & = \text{nombre de jours avec supplément} \end{aligned}$$

4.2 Regroupement de cas

4.2.1 Réadmission dans la même MDC²⁰

Si un cas est réadmis dans le même hôpital et la même MDC dans les 18 jours qui suivent la sortie²¹, les deux cas sont regroupés.

²⁰ Cette règle a été conçue de telle manière que les réadmissions pour cause de complication résultant d'un séjour en hospitalisation précédent conduisent à un regroupement de cas. Les directives de codage ont été adaptées en conséquence.

²¹ « Dans les 18 jours qui suivent la sortie » signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

Le regroupement de cas s'effectue selon la MDC attribuée **par le Groupeur**.

SwissDRG SA peut définir les groupes de cas pour lesquelles la réglementation du regroupement des cas décrite ci-dessus ne s'applique pas (p. ex. pour les traitements oncologiques). Le critère prépondérant est la répétition manifeste des traitements/interventions.

Si un séjour hospitalier est classé dans un DRG « Exception de réadmission », (colonne 12 du catalogue des forfaits par cas), ce cas n'est pas regroupé avec d'autres, sauf en cas de retransfert **(chiffre 4.2.2.)**

4.2.2 Retransfert

Si un cas est réadmis dans les 18 jours²² suite à un retransfert depuis un autre hôpital soumis à ces règles de facturation, les cas de la même MDC sont regroupés. Les réductions pour transfert selon la réglementation du chapitre « transfert » sont applicables. La règle s'applique également lorsqu'il y a plus de deux hôpitaux impliqués (les cas sont regroupés même si l'hôpital qui retransfère le cas n'est pas celui dans lequel le patient a été transféré en premier lieu).

4.2.3 Regroupement combiné de cas

En cas de réadmission ou de retransfert multiple, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie ou le premier transfert, respectivement, sont regroupés par analogie avec **les chiffres 4.2.1 et 4.2.2**. Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

²² « Dans les 18 jours » signifie : le délai débute avec le transfert et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant le transfert. Le jour du transfert n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

4.3 Transfert

Les ajustements des points de remboursement pour les cas transférés doivent être calculés de telle sorte que la rémunération pour un patient traité dans plusieurs institutions soumises à ces règles de facturation ne dépasse, dans son ensemble, pas la rémunération du traitement dans une seule institution.

4.3.1 Règle de réduction pour transfert

Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement.²³ Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction si la durée de séjour du patient dans l'hôpital concerné se situe en dessous de la durée de séjour moyenne (**arrondie à des journées entières**) DSM du DRG facturé selon le catalogue des forfaits par cas. La réduction se calcule sur la base du taux de réduction journalier (propre à chaque DRG et figurant dans le catalogue des forfaits par cas) multiplié par le nombre de jours pour lesquels il faut procéder à une réduction (**voir la documentation du Grouper**).

Dans les cas suivants, la règle de réduction pour transfert ne s'applique pas :

a) DRG de transfert

- ⇒ L'hôpital ne procède à aucune réduction pour transfert lorsque le traitement est classé dans un « DRG de transfert » (colonne 11 du catalogue des forfaits par cas). Cette règle est valable pour l'hôpital qui transfère le cas comme pour celui qui reçoit le cas.
- ⇒ Dans cette situation, les règles normales d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon **le chiffre 4.1** s'appliquent.

b) Transfert dans les 24 heures

- ⇒ L'hôpital qui *reçoit le cas* ne procède à aucune réduction pour transfert si le séjour dans l'hôpital qui a transféré le cas y a duré moins de 24h. Dans cette situation, les règles normales d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon **le chiffre 4.1** s'appliquent.
- ⇒ Cette règle ne s'applique pas au cas où l'hôpital retransfère le patient ailleurs. Dans cette situation, les règles normales de réduction pour transfert sont applicables.
- ⇒ L'hôpital qui *transfère le cas* est soumis aux règles de réduction pour transfert.

²³ Lorsqu'il y a transfert d'un hôpital étranger (hors du champ d'application des SwissDRG) dans un hôpital qui tombe dans le champ d'application des SwissDRG, le cas doit être indiqué comme une admission et non comme un transfert pour la facturation (aucune réduction pour transfert n'est appliquée). L'hôpital qui admet le patient désigne le lieu de séjour avant l'admission par « 8 = autre ».

Remarques concernant la règle d'ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Si un retransfert a lieu plus tard, les règles de regroupement de cas selon le chiffre 4.2 s'appliquent normalement.

Il s'agit également d'un transfert si un cas est admis dans un hôpital B le jour même, ou le jour qui suit, la sortie de l'hôpital A. Dans ce cas, les règles de réduction pour transfert sont appliquées pour les deux hôpitaux.

Les réductions pour transfert et pour low-outlier ne sont pas cumulables. La réduction pour low-outlier est supprimée dans tous les cas où s'applique une réduction pour transfert, même si la durée de séjour du patient se situe en deçà de la borne inférieure de durée de séjour selon le catalogue des forfaits par cas.

4.3.2 Transferts d'une maison de naissance vers un hôpital de soins aigus

Les réductions pour transfert s'appliquent normalement.

4.4 Nouveau-nés

Chaque nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un cas à part, facturé selon un forfait par cas qui lui est propre.

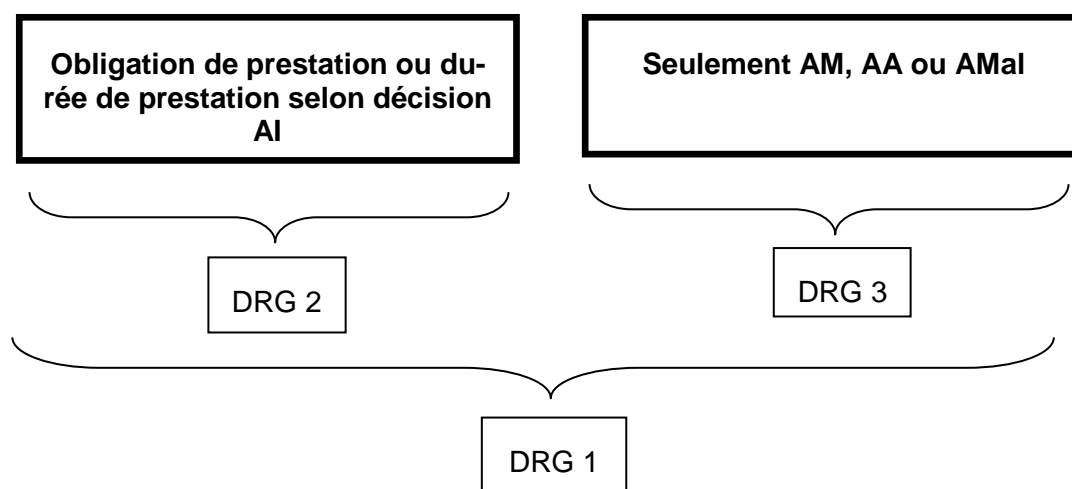
La facturation est établie au payeur du séjour de la mère si le nouveau-né est sain²⁴ et au payeur correspondant au nouveau-né dans le cas contraire. Pour la facturation, les nouveau-nés dans les DRG P66D et P67D sont considérés comme sains et la facturation est établie au payeur du séjour de la mère, si la naissance du nouveau-né est rémunérée avec ces DRG. Dans tous les autres cas, les DRG P66D et P67D sont facturés au payeur correspondant au nouveau-né.

²⁴ Les DRG P66D et P67D incluent les nouveau-nés en bonne santé.

4.5 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.

4.5.1 Splitting d'une facture lorsqu'il existe une décision de l'AI

Lorsqu'il existe une décision de l'AI, l'hôpital procède à un splitting de la facture selon les modalités suivantes (condition : $cw2 < cw1$; sinon pas de splitting).



Pour la facturation, les durées de séjour sont déclarées en jours entiers :

- heure de sortie pour le calcul du DRG 2 : 23:45 du jour x
- heure d'entrée pour le calcul du DRG 3 : 00:00 du jour X +1

Calcul de la rémunération (cf. figure ci-dessus) :

- 1) DRG effectivement facturable pour cas total : DRG 1 avec cost-weight 1 ($cw1$) ;
- 2) DRG pour traitement AI : DRG 2 avec cost-weight 2 ($cw2$) ;
- 3) DRG pour traitement à charge d'autres assureurs : DRG 3 avec cost-weight 3 ($cw3$).

L'hôpital facture le DRG 1 (« DRG total ») comme suit :

- 1) Une facture à l'AI, où la part $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 doit être facturée après multiplication par son prix de base ;
- 2a) Deux factures pour le reste du séjour à charge de l'autre institution d'assureurs sociaux si c'est un assureur-maladie :
 - a) L'assureur-maladie prend en charge la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 multipliée par son prix de base selon la répartition des frais définie par les règles du nouveau financement hospitalier²⁵.
 - b) Le canton prend en charge proportionnellement la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 multiplié par le prix de base de l'assureur-maladie selon la répartition des frais définie par les règles du nouveau financement hospitalier
- 2b) Une facture pour le reste du séjour à charge de l'autre institution d'assureurs sociaux s'il s'agit d'un assureur-accident ou de l'assurance militaire : l'AA/AM prend en charge la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1, multipliée par son prix de base

De même, les rémunérations supplémentaires sont réparties entre les payeurs et leur sont remboursées selon les règles de splitting (1) et (2).

4.5.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

Les premières assurances qui peuvent être tenues de verser des prestations sont l'AM et l'AA (cf. cascade selon l'art. 64. al. 2 LPGA). Dans ce cas de figure, l'AMal est tenue de prendre à sa charge les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA, à la condition que le cas AM/AA ne soit pas prolongé par le traitement AMal.

L'hôpital code l'ensemble du cas (cas total DRG) et le cas AM/AA (DRG AM/AA) et facture à l'AM/AA.

- 1) Si le cost-weight du DRG AM/AA est aussi élevé que celui du cas total DRG, la totalité des frais sont à la charge de l'AM/AA, selon l'art. 64, al. 3 LPGA.
- 2) Si le cost-weight du DRG AM/AA est moins élevé que celui du cas total DRG, l'hôpital procède au splitting de la facture sur la base des indications de l'AM/AA, comme décrit au chapitre 4.5.1.

²⁵ Répartition des frais sous réserve des dispositions transitoires de la LAMal du 21 décembre 2007, al. 5. Les rémunérations spéciales selon les annexes au catalogue de forfaits par cas doivent être réparties en conséquence.

5 Règles de facturation particulières pour TARPSY

5.1 Regroupement de cas

5.1.1 Réadmission ou retransfert

Si un cas est réadmis ou retransféré dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie²⁶, les deux cas sont regroupés. Dans la mesure où la détermination du degré de gravité est fonction d'HoNOS/CA, les évaluations lors de l'entrée au premier séjour servent comme critère en cas de regroupement des cas.

5.1.2 Regroupement combiné de cas

En cas de réadmissions ou de retransferts multiples, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie ou le premier transfert, respectivement, sont regroupés par analogie avec le chiffre 5.1.1. Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

5.2 Règle de réduction pour transfert

Sous TARPSY 4.0, il n'y a pas de réduction pour transfert.

5.3 Dispositions transitoires

Un cas dont la date d'entrée précède celle de l'introduction de TARPSY n'est pas clos à la fin de l'année précédente et est rouvert au 1^{er} janvier. La facture s'effectue à la sortie via TARPSY pour l'ensemble de la durée du séjour. La facturation de l'hôpital prend en considération l'ensemble des factures intermédiaires et des paiements d'acomptes.

²⁶ « Dans les 18 jours qui suivent la sortie » signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

5.4 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux et d'autres payeurs

5.4.1 Splitting d'une facture lorsqu'il existe une décision de l'AI

Lorsqu'il existe une décision de l'AI, l'hôpital procède à un splitting de la facture au prorata temporis. Le cost-weight relatif pris en compte pour la facturation découle du nombre de jours de soins de l'ensemble du cas. L'hôpital facture à l'AI le nombre de jours de soins imputables selon la décision AI et à l'autre institution d'assureurs sociaux la différence entre l'ensemble des jours de soins imputables et ceux à la charge de l'AI. Si l'autre institution d'assureurs sociaux est un assureur maladie, l'hôpital établit deux factures, l'une à l'assureur et l'autre au canton conformément à la clé de répartition des coûts du nouveau financement hospitalier. Lorsqu'il procède à la facturation, l'hôpital applique le prix de base de l'institution d'assureurs sociaux concernée.

Les rémunérations supplémentaires sont également réparties et prises en charge au prorata temporis entre les répondants des coûts.

En présence d'une décision AI, les prestations doivent être séparées par payeur.

5.4.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

Les premières assurances qui peuvent être tenues de verser des prestations sont l'AM et l'AA (cf. cascade selon l'art. 64. al. 2 LPGA). Si les conditions d'un splitting de la facture sont remplies au sens de l'art. 64 LPGA, l'AMal est tenue de prendre à sa charge les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA. L'hôpital procède à une séparation de la facture au prorata temporis.

L'hôpital code l'ensemble du cas (cas total TARPSY). Pour les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA, l'hôpital établit deux factures, l'une à l'assureur, l'autre au canton, selon la clé de répartition des coûts du nouveau financement hospitalier.