



Clarifications et exemples de cas concernant les

Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY

Version 4.7 du 08 décembre 2022

En cas de besoin, de nouvelles clarifications et de nouveaux exemples seront publiés dans les versions futures.

Remarques préalables

Dans la mesure où elles sont applicables et peuvent fonctionner par analogie, les clarifications valent aussi pour TARPSY. Les clarifications propres à TARPSY sont signalées en conséquence.

- ~~Modifications par rapport à la version 4.5:~~

- ~~○ Supprimé : clarification n° 02 (publiée le 23 octobre 2012, modifiée le 4 septembre 2015)
Alinéa 1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier. Notion d'hôpital~~
- ~~○ Nouvelle clarification n° 29 (publiée le 17 mai 2022) alinéa 4.4 Nouveaux-nés~~
- ~~○ Nouvelle annexe 5~~




- Modifications par rapport à la version 4.6:

- Nouveau lien : clarification n° 08 (publiée le 20 mars 2012)
Alinéa 4.2 et 5.1 Regroupement des cas
- Annexe 2 : Exemples de cas concernant le chapitre 4.5 Facturation en cas d'obligation de prestation par plusieurs institutions d'assureurs sociaux : nouveau exemple de cas 7
- Annexe 4 : Exemples de cas concernant le chapitre 1.5.2: Calcul de la durée de séjour : nouveau exemple de cas pour le cas de figure 6b : Sortie non planifiée de psychiatrie et admission en soins somatiques aigus le même jour civil et complément du type de sortie dans les exemples de cas 6a-6d

Clarification n° 03 (publiée le 23 octobre 2012, modifiée le 1^{er} janvier 2016)

Alinéa 1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier - Durée de séjour inférieure à 24 heures

Dans le cas de chaînes de transferts, le deuxième séjour n'a aucune influence sur la décision de facturer le premier comme un séjour hospitalier ou ambulatoire. Cela vaut aussi pour des chaînes de transferts avec des durées de séjour inférieures à 24 heures.

 Hôpital A 1 ^{er} séjour < 24 h	Transfert 	 Hôpital B 2 ^{ème} séjour < 24 h
Facturation en tant que traitement hospitalier selon SwissDRG, si un des critères de « transfert » ci-dessous est rempli.		Facturation en tant que traitement ambulatoire, sauf si l'un des critères suivants est rempli : <ul style="list-style-type: none"> • décès • transfert dans un autre hôpital • passage de la nuit avec occupation d'un lit

L'hôpital A facture un séjour hospitalier si les conditions 5 (recensement à minuit) et 6 (occupation d'un lit) selon l'alinéa 1.3 des règles d'application sont toutes les deux remplies, ou si l'ensemble des conditions suivantes pour le transfert sont remplies :

- Le transport vers l'hôpital B est décidé par l'hôpital A.
- Au moins un professionnel de la santé, autre que le conducteur du véhicule, est présent pendant le transport vers l'hôpital B.
- Le transport est médicalement nécessaire et le choix du moyen de transport dépend des besoins médicaux.
- Le moyen de transport est au moins équipé de matériel d'urgence, de matériel de pansement et d'un DAE (défibrillateur automatique externe).
- Le patient est sous la responsabilité médicale de l'hôpital A, de l'entreprise de transport ou de l'hôpital B, jusqu'à la prise en charge à l'hôpital B.

Si l'hôpital A facture un séjour hospitalier, la rémunération pour le transport secondaire suit l'alinéa 3.4 des règles d'application.

Clarification n° 24 (publiée le 5 août 2013)

Alinéa 1.4 Classement des cas dans un groupe de cas. Obligation de rémunération. Prestations non obligatoires

Si des prestations non obligatoires sont fournies dans le cadre d'une hospitalisation, il convient de procéder de la manière suivante :

- Le cas est codé entièrement selon le chapitre 1.4 et transmis à l'Office fédéral de la statistique dans le cadre de la statistique médicale.
- Les coûts du cas sont saisis entièrement selon les prescriptions de SwissDRG SA et transmis à SwissDRG SA dans le cadre de la collecte de données.
- La part obligatoire du cas est facturée à l'assurance sociale responsable du paiement, conformément aux prescriptions légales.
- La part non obligatoire du cas est facturée au patient par l'hôpital. L'obligation d'information doit impérativement être respectée.

Le classement d'un cas dans un DRG et la détermination de rémunérations supplémentaires n'impliquent aucune obligation de prestation de la part des assurances sociales (assurance maladie obligatoire, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire). SwissDRG n'est pas un catalogue de prestations obligatoire AOS, que ce soit pour l'assurance maladie obligatoire ou pour l'assurance-accidents, invalidité et militaire.

Clarification n° 26 (publiée le 18 septembre 2014)

Alinéa 1.4 Classement des cas dans un groupe de cas. Rémunérations supplémentaires

En cas de prescriptions « off-label » de médicaments pour lesquelles une rémunération supplémentaire est établie, les dispositions de l'article 71 OMAal doivent être appliquées pour la facturation.

Clarification n° 22 (publiée le 1^{er} janvier 2013)

Alinéa 1.5.3 Durée de séjour - Définition du congé

Le patient est en congé s'il interrompt temporairement le traitement hospitalier avec l'accord du médecin traitant de l'hôpital quand le traitement hospitalier n'est pas encore achevé et qu'aucun traitement hospitalier n'est sollicité pour le patient dans une autre institution pendant son absence. La poursuite du traitement hospitalier après un congé ne donne pas lieu à une réadmission. L'absence est par conséquent comptabilisée comme un congé administratif ; dans ces cas, les cases des variables de réadmission restent vierges. Le congé doit être documenté.

Si la réadmission conduit à un regroupement de cas, on remplira les cases correspondant aux réadmissions. La période d'absence entre la première sortie et la réadmission n'est alors pas comptabilisée comme un congé administratif.

Clarification n° 29 (publiée le 17 mai 2022)

Alinéa 4.4 Nouveaux-nés

Le passage:

«De plus, que le bon codage aboutisse ou non à un DRG P66D ou P67D, les nouveau-nés / nourrissons jusqu'au 56e jour après la naissance sont considérés également comme en bonne santé au sens de l'art. 29 al. 2 let. d LAMal et sont facturés au payeur du séjour de la mère pour autant qu'ils se trouvent à l'hôpital exclusivement en tant que personne qui accompagne la mère malade ou accidentée nécessitant un traitement. À partir du 57e jour après la naissance, l'obligation de prestation AOS prend fin pour le

nourrisson en bonne santé en tant que « personne accompagnante ». Le cas SwissDRG est clos à compter de cette date.» ainsi que la note 26 «*Jurisprudence du tribunal administratif du canton de Berne (décision du 30 avril 2001).*» ont été ajoutées dans les règles et définitions pour la facturation des cas sous SwissDRG et TARPSY (valables à partir du 01.01.2022).

La règle de facturation des nouveau-nés ne pourra être appliquée sous cette forme que lorsque le législateur compétent (la Confédération) aura apporté l'éclaircissement réglementaire. La règle pour les nouveau-nés fixée dans les règles d'application n'a donc pas de caractère juridiquement contraignant. La règle peut être appliquée au sens d'une bonne pratique, dans la mesure où l'obligation de prestation a été vérifiée au cas par cas et est donnée.

Clarification propre à TARPSY

Clarification n° 28 (publiée le 1^{er} janvier 2018)

Alinéa 1.5.2 Calcul des jours de soins facturables. Cas avec transferts

Afin de garantir un traitement identique des cas de transferts externes et internes, en plus des valeurs de la variable OFS 1.5.V03, mentionnées en note 3 du document Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY, les cas correspondant aux valeurs 55 (Division/clinique de réadaptation, même établissement) et 66 (Division/clinique de soins aigus, même établissement) valent également comme des cas de transferts. La valeur 44 (Division/clinique psychiatrique, même établissement) n'est pas applicable pour un cas facturé selon TARPSY, car il s'agirait d'un transfert interne au sein du même champ d'application, et le premier séjour ne serait donc pas encore achevé.

Clarification n° 08 (publiée le 20 mars 2012)

Alinéa 4.2 et 5.1 Regroupement de cas

Les jours de congé éventuels ne sont déterminés qu'après regroupement des cas (cf. chapitre 1.5 « Durée de séjour - Définition du congé » du document Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY).

Lorsque les cas regroupés incluent plusieurs congés administratifs, on commence par calculer le nombre total d'heures de congé administratif lors du regroupement. La somme des heures de tous les congés administratifs est ensuite convertie en jours.

Exemple :

Cas 1 : 36 heures de congé

Cas 2 : 36 heures de congé

Après regroupement des cas : 72 heures = 3 jours de congé.

Cette règle correspond à la procédure de détermination du nombre de jours de congé pour la Statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Cf.



[Statistique médicale des hôpitaux / Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

Clarification n° 27 (publiée le 20 juillet 2015)



Alinéa 3.1 Regroupement de cas

Aucun regroupement de cas sur plusieurs années n'est effectué pour autant que les dates de sortie des hospitalisations concernées se répartissent sur deux années différentes.

Cas de figure 1

<p>Hôpital A</p>  <p>1^{er} séjour stationnaire</p>		<p>Hôpital A</p>  <p>2^{ème} séjour Réadmission ou transfert</p>
Sortie dans l'année T		Entrée dans l'année T et sortie dans l'année T+N

Cas de figure 2

<p>Hôpital A</p>  <p>1^{er} séjour stationnaire</p>		<p>Hôpital A</p>  <p>2^{ème} séjour Réadmission ou transfert</p>
Sortie dans l'année T		Entrée dans l'année T+N et sortie dans l'année T+N

Le premier et le deuxième séjour dans l'hôpital A ne sont regroupés dans aucuns des deux cas de figure car la date de sortie des deux séjours a lieu dans des années différentes.

Clarification n° 09 (publiée le 20 mars 2012, modifiée le 22 octobre 2012, modifiée le 07.11.2018)

Alinéa 4.3.1 Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Qu'il s'agisse d'un premier transfert ou d'un transfert subséquent, le cas transféré doit tomber dans le champ d'application des SwissDRG pour qu'une réduction pour transfert soit possible. Pour la facturation, le cas doit être indiqué comme une admission ou une sortie, et non comme un transfert, quand l'un des deux hôpitaux impliqués est :

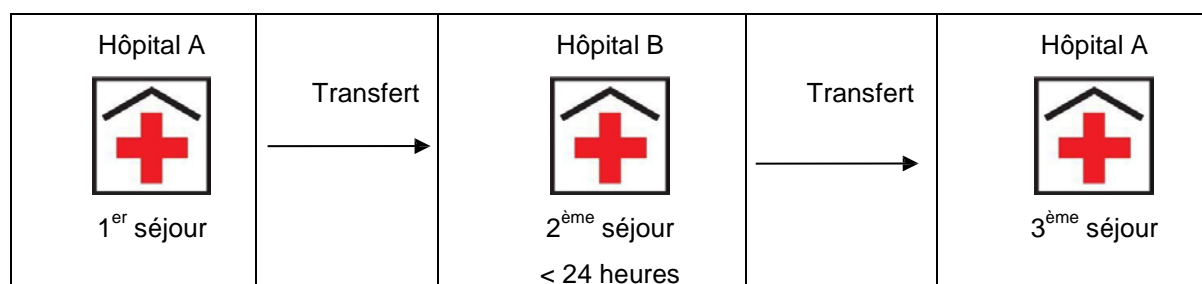
- un fournisseur de prestations étranger,
- un établissement de réadaptation selon ch. 2.2 ou
- un établissement psychiatrique ou de traitement des toxicomanies selon ch. 2.2

Si la facturation dans l'hôpital A tombe dans le champ d'application des SwissDRG et qu'un transfert a lieu dans l'hôpital B pour un traitement hospitalier, l'hôpital A doit appliquer une réduction pour transfert, même si le traitement dans l'hôpital B a été réalisé en ambulatoire.

Clarification n° 21 (publiée le 18 septembre 2014)

Alinéa 3.3 Prestations ambulatoires externes

Cas de figure 1

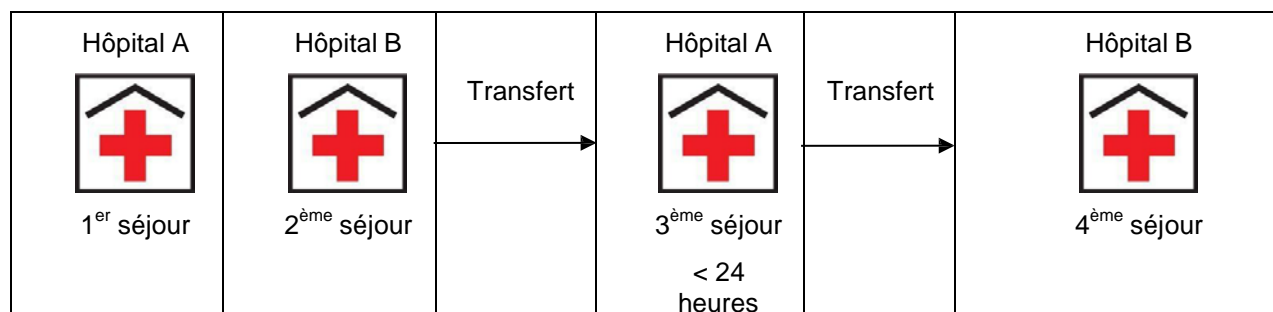


L'hôpital B facture un séjour hospitalier si les conditions 5 (recensement à minuit) et 6 (occupation d'un lit) selon l'alinéa 1.3 des règles d'application sont toutes les deux remplies. Pour tous les autres séjours de moins de 24 h, l'hôpital B adresse la facturation à l'hôpital A conformément à l'alinéa 3.3 des règles d'application.

Dans la mesure où l'hôpital B facture le séjour hospitalier et que les critères de l'alinéa 4.2 ou 5.1 Regroupement de cas des règles d'application sont remplis, les deux cas à l'hôpital A (1^{er} et 3^{ème} séjours) doivent être regroupés.

Cas de figure 2

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



L'hôpital A facture le 3^{ème} séjour hospitalier si les conditions 5 (recensement à minuit) et 6 (occupation d'un lit) selon l'alinéa 1.3 des règles d'application sont toutes les deux remplies. Pour tous les autres séjours de moins de 24 h, l'hôpital A adresse la facturation à l'hôpital A conformément à l'alinéa 3.4.4 des règles d'application.

Si les deux séjours à l'hôpital A sont des séjours hospitaliers et que les critères de l'alinéa 3.3 Regroupement de cas des règles d'application sont remplis, les deux cas à l'hôpital A (1^{er} séjour et 3^{ème} séjour) doivent être regroupés.

Annexe 1 :

Exemples de cas d'application des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG

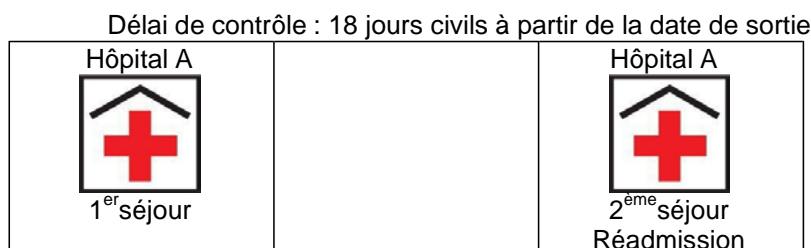
Chapitre 4.2 Regroupement de cas

(publié le 20 mars 2012)

Dans le texte suivant, la notion de « jour » est équivalente à celle de « jour civil ».

Cas de figure 1 :

Réadmission (chapitre 4.2.1) dans les 18 jours, classement dans la même MDC

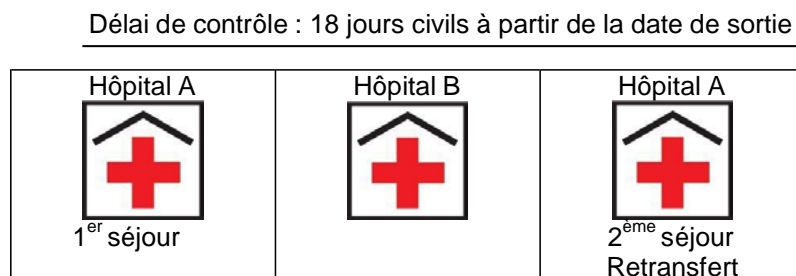


Le premier et le deuxième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission a eu lieu dans les 18 jours après la sortie
- ni le premier, ni le deuxième séjour hospitalier ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas

Cas de figure 2 :

Retransfert (chapitre 4.2.2) dans les 18 jours, classement dans la même MDC



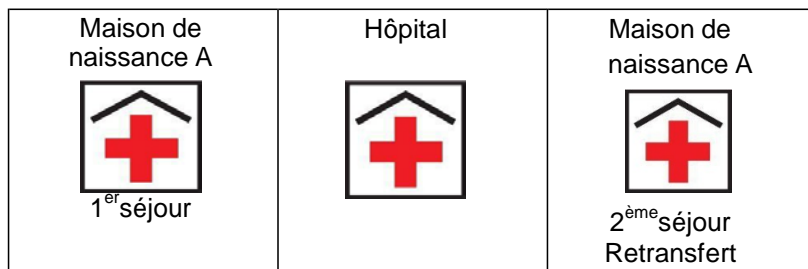
Le premier et le deuxième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission suite au retransfert a eu lieu dans les 18 jours après la sortie

Cas de figure 3 :

Retransfert (chapitre 4.2.2) dans une maison de naissance dans les 18 jours, classement dans la même MDC

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Le premier et le deuxième séjour à la maison de naissance A sont regroupés si

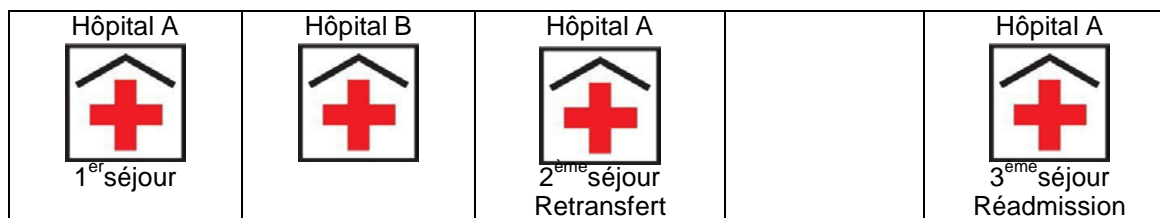
- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission suite au retransfert a eu lieu dans les 18 jours après la sortie

Cas de figure 4 :

Regroupement combiné de cas (chapitre 4.2.3)

Retransfert dans les 18 jours, classement dans la même MDC, puis réadmission dans les limites du délai de contrôle

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Les trois séjours à l'hôpital A sont regroupés si

- le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont classés dans la même MDC que le premier séjour à l'hôpital A
- la réadmission suite au retransfert pour le deuxième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- la réadmission pour le troisième séjour a aussi eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- ni le premier, ni le troisième séjour hospitalier ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas

Regroupement de cas

Cas de figure 5 :

Regroupement combiné de cas (chapitre 4.2.3)

Réadmission dans les 18 jours, classement dans la même MDC, puis retransfert dans les limites du délai de contrôle

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



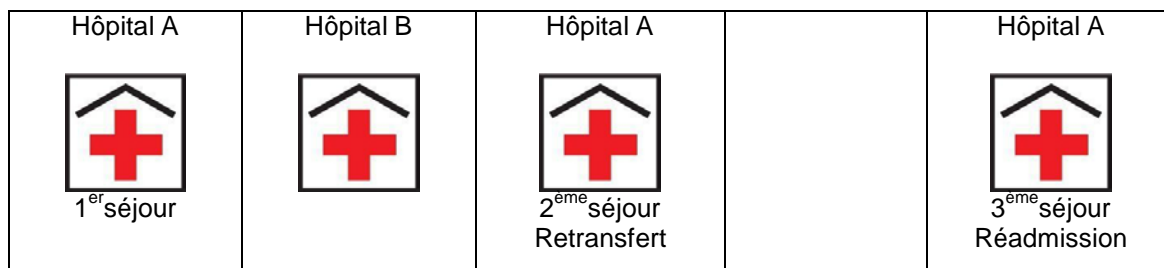
Les trois séjours à l'hôpital A sont regroupés si

- le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont classés dans la même MDC que le premier séjour à l'hôpital A
- la réadmission pour le deuxième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- la réadmission suite au retransfert pour le troisième séjour a aussi eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- ni le premier, ni le deuxième séjour hospitalier ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas

Cas de figure 6 :

Retransfert (chapitre 4.2.2), pas de classement dans la même MDC, puis réadmission (chapitre 4.2.1) dans les 18 jours, classement dans la même MDC

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Le premier séjour est facturé par un DRG séparé, vu que le deuxième séjour n'a pas été classé dans la même MDC que le premier. Le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

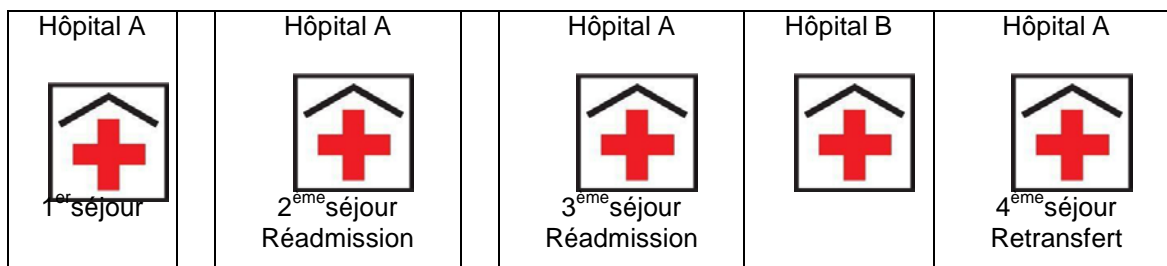
- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie deuxième séjour
- ni le deuxième, ni le troisième séjour à l'hôpital A ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas

Regroupement de cas

Cas de figure 7 :

Réadmission (chapitre 4.2.1), premier séjour dans un DRG « Exception de réadmission » puis nouvelle réadmission, classement dans la même MDC, puis retransfert, classement dans la même MDC au-delà du délai de contrôle

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Le premier séjour est facturé par un DRG séparé, vu qu'il a été classé dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas. Le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

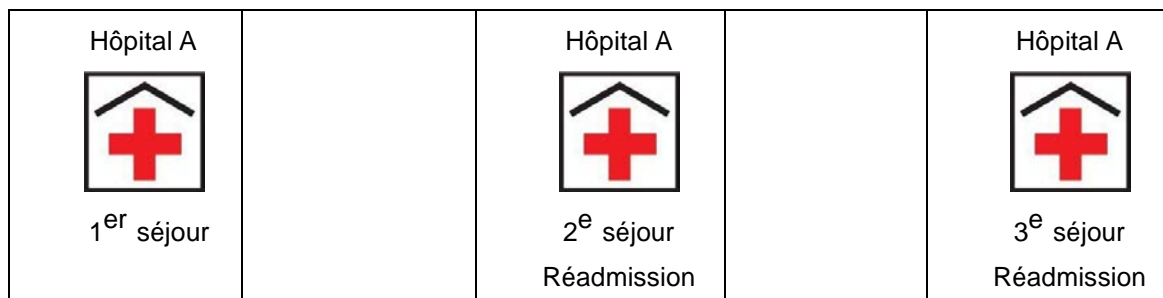
- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie du deuxième séjour
- ni le deuxième, ni le troisième séjour à l'hôpital A ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas

Le quatrième séjour à l'hôpital A n'est pas regroupé avec les deuxième et troisième séjours précédents, vu qu'il se situe au-delà du délai de contrôle de 18 jours.

Cas de figure 8 :

Réadmission (chapitre 4.2.1), trois séjours, tous dans la même MDC et la deuxième et la troisième réadmission ont lieu dans un délai de 18 jours suivant la première sortie, le deuxième séjour est classé dans un DRG « Exception de réadmission ».

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Le deuxième séjour est facturé par un DRG séparé, vu qu'il a été classé dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas. Le premier et le troisième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- les deux séjours sont classés dans la même MDC la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie du premier séjour
- la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie du premier séjour
- ni le premier, ni le troisième séjour à l'hôpital A ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des forfaits par cas.

Annexe 2 :

Exemples de cas concernant le chapitre 4.5 Facturation en cas d'obligation de prestation par plusieurs institutions d'assureurs sociaux¹

(publié le 10 mai 2012, modifiée le 1^{er} novembre 2016)

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

1. Exemple de cas

Un nouveau-né avec un poids à la naissance de 1600 grammes (infirmité congénitale 494) et atteint du syndrome de Down reste 24 jours à l'hôpital jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 grammes. Le *DRG 2* correspond alors au *DRG P65B* (Nouveau-né, poids à l'admission 1500 - 1999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec problème sévère).

L'enfant souffre ensuite d'une pneumonie et doit être brièvement ventilé. Le *DRG 3* correspond alors au *DRG P67A* (Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec plusieurs problèmes sévères). Il reste encore 9 jours à l'hôpital.

L'office AI compétent décide de servir des prestations pour une durée de 24 jours (atteinte d'un poids de 3000 grammes). Les autres prestations sont par conséquent à la charge de l'assureur-maladie.

Il en résulte une durée de séjour de 33 jours pour le cas total (*DRG 1*), qui correspond au *DRG P65A* (Nouveau-né, poids à l'admission 1500 - 1999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec plusieurs problèmes sévères).

DRG	Désignation	CW	DMS	LIDS	LSDS
P65A	Nouveau-né, poids à l'admission 1500-1999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec plusieurs problèmes sévères	5.014	31.5	10	48
P65B	Nouveau-né, poids à l'admission 1500 - 1999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec problème sévère	3.702	22.3	7	35
P67A	Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec plusieurs problèmes sévères	2.263	13.6	5	30

¹ Les cost-weights et les DRGs utilisés dans les exemples de cas sont tirés de la structure tarifaire SwissDRG version 0.3.

Facturation en cas d'obligation de prestation
par plusieurs institutions d'assureurs sociaux

Calcul de la rémunération :

- 1) DRG effectivement facturable pour cas total : DRG 1 = DRG P65A, cw1 = 5.014 ;
- 2) DRG pour traitement AI : DRG 2 = DRG P65B ; cw2 = 3.702 ;
- 3) DRG pour traitement à charge d'autres assureurs : DRG 3 = P67A ; cw3 = 2.263 ;
- 4) Somme des cost-weights DRG 2 (3.702) + DRG 3 (2.263) = 5.965 ;
- 5) Part de l'AI au cost-weight du cas total de l'exemple ci-dessus : 62.1% (= 3.702 / 5.965) ; part de l'AMal au cost-weight du cas total : 37.9% (= 2.263 / 5.965) ;
- 6) Ce qui donne pour la part de l'AI un cost-weight de 3.114 (= 0.621*5.014) et pour la part de l'AMal, un cost-weight de 1.900 (= 0.379*5.014).

L'hôpital facture comme suit :

- 1) Selon la LAI² deux factures sont établies pour l'AI :
 - a) à l'AI une facture de 80% du prix de base AI multiplié par un cost-weight de 3.114
 - b) au canton une facture de 20% du prix de base AI multiplié par un cost-weight de 3.114
- 2) pour la part de l'AMal, deux factures sont établies selon la répartition des frais prévue par le nouveau Financement hospitalier :
 - a) à l'assureur-maladie, l'hôpital facture 45% (ou pourcentage de répartition applicable) du prix de base AMal multiplié par un cost-weight de 1.900 ;
 - b) au canton, il facture 55% (ou pourcentage de répartition applicable) du prix de base AMal multiplié par un cost-weight de 1.900 ;

2. Exemple de cas

Un petit garçon présente une hernie inguinale latérale indirecte congénitale. Il souffre en plus d'un phimosis gênant. Les deux pathologies reçoivent un traitement opératoire durant la même hospitalisation. Les deux interventions sont électives. Le séjour à l'hôpital dure en tout 5 jours.

L'office AI compétent décide de couvrir toutes les prestations liées au traitement de la hernie inguinale indirecte congénitale. Les autres prestations sont par conséquent à la charge de l'assureur-maladie.

Pour le cas total (hernie inguinale et phimosis), on code le DRG G25Z (Interventions pour hernies inguinales et crurales, âge > 0 an ou interventions pour hernies, âge < 1 an) avec un cost-weight de 0.580.

La hernie inguinale seule est également attribuée au DRG G25Z avec un cost-weight de 0.580.

Pour le phimosis seul (intervention élective), on code comme précédemment le DRG M05Z (Circoncision et autres interventions sur le pénis) et le cost-weight de 0.479.

Vu que cw2 = cw1, l'hôpital n'établit qu'une facture à l'AI (prix de base AI pour un cost-weight de 0.580).

² Selon l'art. 14^{bis} de la LAI (modification du 15 juin 2012) entrée en vigueur sur décision du Conseil fédéral le 1^{er} janvier 2013

3. Exemple de cas

Le nombre de jours de séjour des splits est calculé selon le ch. 1.5.1 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY. Cela a pour conséquence que l'addition des durées de séjour des deux splits ne correspond pas à la durée de séjour totale.

Séjour total

Séjour : du 15 février au 23 février (= 8 jours)
DRG_{TOTAL} : P66B
CW_{TOTAL} : 2.173

Séjour selon décision de l'AI

Séjour : du 15.2 au 19.2 (= 4jours)
DRG_{AI} : P66B
CW_{AI} : 2.173

Séjour selon l'AMal

Séjour : du 20.2 au 23.2 (= 3 jours)
DRG_{AMal} : P66D
CW_{AMal} : 0.422

$CW_{AI} = CW_{TOTAL}$ -> pas de splitting de la facture

4. Exemple de cas

Le calcul du nombre de jours de séjour selon le ch. 1.5 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY implique l'obligation de procéder, pour le séjour total comme pour les splits, à des ajustements des cost-weights pour low-outliers et high-outliers.

Séjour total

Séjour : du 2 avril au 13 avril (= 11 jours)
DRG_{TOTAL} : P66D
CW_{TOTAL} : 0.473 (0.422 + 0.051 de supplément pour dépassement de la limite supérieure de la durée de séjour)

Séjour selon décision de l'AI

Séjour : du 2.4 au 9.4 (= 7 jours)
DRG_{AI} : P66D
CW_{AI} : 0.422

Séjour selon l'AMal

Séjour : du 10.4 au 13.4 (= 3 jours)
DRG_{AMal} : P66D
CW_{AMal} : 0.422

$CW_{AI} < CW_{TOTAL}$ ->splitting de la facture

Cost-weight de la facture à l'AI : $0.473 * (0.422 / (0.422 + 0.422)) = 0.473 * 0.500\% = 0.2365$
Cost-weight de la facture à l'AMal : $0.473 * (0.422 / (0.422 + 0.422)) = 0.473 * 0.500\% = 0.2365$

5. Exemple de cas

Si le cost-weight des deux splits correspond au cost-weight du séjour total, il n'y a pas de splitting et l'hôpital établit la facture à l'AI pour la totalité du séjour :

Séjour total DRG _{TOTAL} : M04B CW _{TOTAL} : 0.705	
Séjour selon décision de l'AI DRG _{AI} : M04B CW _{AI} : 0.705	Séjour selon l'AMal DRG _{AMal} : M04B CW _{AMal} : 0.705

$CW_{AI} = CW_{TOTAL}$ -> pas de splitting de la facture

Cost-weight de la facture à l'AI : 0.705

6. Exemple de cas

Pour les splits DRG_{AI} (correspond au DRG 2 selon le chiffre 4.5.1) et DRG_{AMal} (correspond au DRG 3 selon le chiffre 4.5.1), on utilise les caractéristiques administratives suivantes du cas original :

- Lieu de séjour avant l'admission
- Mode d'admission
- Décision de sortie
- Lieu de séjour après la sortie
- Système
- Version du catalogue de procédures
- Version du catalogue de diagnostics

tandis que les caractéristiques administratives suivantes sont valables pour les deux splits DRG_{AI} et DRG_{AMal} :

- Date d'admission
- Date de sortie
- Jours de congé
- Durée de séjour
- Âge
- Temps de ventilation
- Poids à l'admission

Séjour total	
Séjour :	du 9 janvier au 26 janvier (= 17 jours)
DRG_{TOTAL} :	P66C
CW_{TOTAL} :	1.057
Lieu de séjour avant l'admission :	6 – Autre hôpital
Mode d'admission :	5 – Transfert en < 24 h
Décision d'envoi :	3 – Médecin
Décision de sortie :	1 – Initiative du médecin traitant
Lieu de séjour après la sortie :	6 – Autre hôpital
Traitement après la sortie :	4 – Soins en milieu hospitalier
Séjour selon décision de l'AI	
Séjour :	du 9.1 au 10.1 (= 1 jour)
DRG_{AI} :	P60C
CW_{AI} :	0.248
Séjour selon l'AMal	
Séjour :	du 11.1 au 26.1 (= 15 jours)
DRG_{AMal} :	P66C
CW_{AMal} :	1.057

7. Exemple de cas

Description du cas : Le 10.05.2022, la naissance a lieu à l'hôpital A. Le même jour, le nouveau-né est transféré dans un hôpital pédiatrique B. Le 13.05.2022, le nouveau-né en bonne santé est transféré à l'hôpital A. La sortie de la mère et de l'enfant de l'hôpital A a lieu le 16.05.2022. Il existe une décision de l'AI pour le séjour à l'hôpital pédiatrique B ainsi que pour le séjour 1 à l'hôpital A

Les deux séjours du nouveau-né à l'hôpital A sont regroupés (retransfert depuis l'hôpital B). Un splitting de la facture est effectué. Le séjour 1 à l'hôpital A est à la charge de l'assurance-invalidité. Le séjour 2 à l'hôpital A est à la charge de l'assurance maladie.

Hôpital A, cas total regroupé, DRG 1

- P67C Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec un autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec situation particulière
- DS=4
- CW1 0.46

Hôpital A, Séjour 1, DRG 2, Séjour selon décision de l'AI

- Mode de sortie : transféré vers un hôpital de soins aigus
- P60C Nouveau-né, transféré < 5 jours après l'admission ou autres situations dans la maison de naissance
- DS=1
- CW2 = 0.359

Hôpital A, Séjour 2, DRG3 Séjour à charge de l'AMal

- P67D Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g
- Mode d'admission: transféré depuis un hôpital de soins aigus
- DS=3
- CW3 = 0.212

CW 2 < CW 1 -> Split

Part de l'AI:

$CW 2 / (CW2 + CW 3) = 0.359 / (0.359+0.212) = 0.629$, part de l'AI 62.9% -> cw 0.29

Part de l'AMal :

$CW3 / (CW2 + CW3) = 0.212 / (0.359+0.212) = 0.371$, part de l'AMal 37.1% -> cw 0.17

Pour le calcul des DRGs des cas individuels, les caractéristiques initiales d'entrée et de sortie des cas individuels sont utilisées.

Alinéa 4.5.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

1. Exemple de cas (SwissDRG V.5.0)

Un homme subit une fracture de la diaphyse fémorale. La fracture est réduite à ciel ouvert et stabilisée par ostéosynthèse. Un phimosis qui le gênait de plus en plus, et ce depuis longtemps, est également opéré durant la même hospitalisation. Le séjour hospitalier dure 15 jours.

Pour le cas total (fracture fémorale et phimosis), on code le DRG I08D (Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur) avec un cost-weight de 1.4890.

La fracture fémorale seule est également attribuée au DRG I08D.

Pour le phimosis seul (intervention élective), on code le DRG M05Z (Circconcision et autres interventions sur le pénis) et le cost-weight 0.589.

L'hôpital envoie la facture totale à l'assureur-accidents (prix de base AA et cost-weight 1.489).³ Etant donné que cw2 = cw1, l'assureur-accidents prend en charge la facture totale.

2. Exemple de cas (SwissDRG V.5.0)

Après une fracture de la cheville gauche, traitée par l'insertion d'une plaque, une patiente se plaint 6 mois plus tard d'une irritation dans le péroné. L'hallux valgus droit est également douloureux. L'ablation de la plaque métallique à la jambe gauche et la correction de l'hallux valgus au pied droit sont réalisées durant la même opération. Le séjour hospitalier dure 2 jours. Les deux interventions sont électives.

Pour le cas total (jambe et pied), on code le DRG I20F (Interventions sur le pied, âge > 15 ans) avec un cost-weight de 0.629.

L'intervention uniquement sur la jambe est codée par le DRG I23B (Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur, âge > 9 ans) avec un cost-weight de 0.535.

L'intervention uniquement sur le pied est attribuée comme le cas total au DRG I20F.

L'hôpital envoie la facture totale à l'assureur-accidents (prix de base AA et cost-weight 0.629). L'assureur-accidents constate qu'une partie des prestations fournies n'est pas à sa charge. Il procède à un splitting de la facture selon le chapitre 4.5.2. La facture est retournée à l'hôpital avec une demande d'annulation et l'établissement de nouvelles factures selon le chapitre 4.5.2, sur la base des indications de l'assureur-accidents:

- à l'assureur-accidents : $0.460 \cdot 0.629 \cdot \text{prix de base AA}$
- à l'assureur-maladie : $0.540 \cdot 0.629 \cdot \text{prix de base AMal} \cdot \text{participation aux frais AMal}$
- au canton : $0.540 \cdot 0.629 \cdot \text{prix de base AMal} \cdot \text{participation aux frais canton}$

³ Dans cet exemple, il s'agit d'un assureur-accidents LAA. Il est clair qu'un assureur-accidents LAMal compterait ses prestations au tarif de l'assurance-maladie.

Exemple de cas propre à TARPSY

Exemple de cas sur le chapitre 5.4 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux⁴

(publié le 1^{er} janvier 2018)

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

Exemple de cas :

Un traitement psychiatrique aigu dure 20 jours. L'office AI compétent a une obligation de prise en charge pour une durée de 5 jours. Les autres prestations sont à la charge de l'assureur maladie. Le cas total correspond à une durée de séjour complète de 20 jours, ce qui correspond au PCG TP25C « Schizophrénie ou troubles psychotiques aigus, âge > 17 ans sans un diagnostic secondaire somatique de complication » (TARPSY Version 1.0, 2018). Le cost-weight par jour est de 0.996. Le cost-weight du cas total est de 19.92.

Calcul de la rémunération :

1. PCG effectivement facturable pour le cas total : TP25C, cost-weight cas total 19.92
2. Part du cost-weight AI au prorata du cost-weight du cas total pour l'exemple ci-dessus : 25% (5 jours sur 20 = $5/20 = 0.25$)
Part AMal du cost-weight du cas total : 75% (15 jours sur 20 = $15/20 = 0.75$)
3. Part du cost-weight AI : 4.98 (= $19.92 * 0.25$)
Part du cost-weight AMal : 14.94 (= $19.92 * 0.75$)

L'hôpital facture comme suit

1. Selon la LAI, deux factures sont établies pour la part AI :
 - a. une de 80% du prix de base AI avec un cost-weight de 4.98 pour l'assurance invalidité
 - b. une de 20% du prix de base AI avec un cost-weight de 4.98 pour le canton
2. Selon la répartition des frais prévue par le nouveau financement hospitalier, deux factures sont établies pour la part AMal :
 - a. une de 45% (ou pourcentage de répartition applicable) du prix de base AMal, avec un cost-weight de 14.94 pour l'assureur maladie
 - b. une de 55% (ou pourcentage de répartition applicable) du prix de base AMal, avec un cost-weight de 14.94

Pour séparer les coûts dépassant le traitement AM/AA ou quand, pour d'autres raisons, il existe une obligation de prise en charge limitée dans le temps d'un financeur ou une obligation de prise en charge de différentes institutions d'assureurs sociaux, il convient de procéder de la même façon.




⁴ Les PCG et cost-weights utilisés dans les exemples de cas sont tirés de la structure tarifaire TARPSY Version 1.0.

Annexe 3 :**Exemples de cas concernant le chapitre 4.3.1 : ajustement des points de remboursement pour les cas transférés****(publiée le 10 mai 2012)**

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 est inférieure à la durée de séjour moyenne DSM du DRG facturé selon le catalogue des forfaits par cas.




Dans les cas suivants, les règles de réduction pour transfert ne s'appliquent pas :

Cas de figure 1 : DRG de transfert


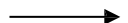



Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert 	Hôpital B  2 ^{ème} séjour
Pas de réduction pour transfert si le cas tombe dans un DRG de transfert selon le catalogue des forfaits par cas.		Pas de réduction pour transfert si le cas tombe dans un DRG de transfert selon le catalogue des forfaits par cas.

Les règles d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon le chiffre 4.1 s'appliquent aux cas indemnisés par le biais d'un DRG de transfert.

Cas de figure 2 : transfert dans les 24 heures

Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert < 24 h 	Hôpital B  2 ^{ème} séjour
Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Pas de réduction pour transfert Ajustements pour low-outliers et high-outliers selon ch. 4.1

Cas de figure 3a : transfert dans les 24 heures, retransfert dans un autre hôpital en < 24 heures




Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert en < 24h 	Hôpital B  2 ^{ème} séjour	Transfert en < 24 h 	Hôpital C  3 ^{ème} séjour
Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Pas de réduction pour transfert Ajustements pour low-outliers et high-outliers selon ch. 4.1

Annexe 3




Exemples de cas, chapitre 4.3.1:

Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Cas de figure 3b : transfert dans les 24 heures, retransfert dans un autre hôpital en > 24 heures

Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert en < 24 h →	Hôpital B  2 ^{ème} séjour	Transfert en > 24 h →	Hôpital C  3 ^{ème} séjour
Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1

Cas de figure 3c : transfert dans les 24 heures après réadmission

Hôpital A  1 ^{er} séjour	Réadmission dans les 18 jours, classement dans la même MDC →	Hôpital A  2 ^{ème} séjour < 24 h	Transfert en < 24 h →	Hôpital B  3 ^{ème} séjour
Regroupement de cas du 1 ^{er} et du 2 ^{ème} séjour selon ch. 4.2 Réduction pour transfert sur le cas regroupé selon ch. 4.3.1				Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1






Annexe 3

Exemples de cas, chapitre 4.3.1:

Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Cas de figure 4 : transfert avec retransfert (ch. 4.2.2), classement dans la même MDC, regroupement de cas

Délai de contrôle : 18 jours civils à partir de la date de sortie



Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert 	Hôpital B  2 ^{ème} séjour	Retransfert 	Hôpital A  3 ^{ème} séjour
Regroupement de cas avec 3 ^{ème} séjour selon ch. 4.2 Lieu de séjour avant l'admission : domicile		Réduction pour transfert selon ch. 4.3.1		Regroupement de cas avec 1 ^{er} séjour selon ch. 4.2 Séjour après la sortie: domicile

Aucune réduction pour transfert ne s'applique au cas regroupé à l'hôpital A, vu que le mode d'admission et le mode de sortie indiqués pour le cas regroupé sont tous deux « normaux ».



Une réduction pour transfert selon ch. 4.3.1 s'appliquerait au cas regroupé à l'hôpital A s'il y avait transfert d'un autre hôpital à l'hôpital A (1^{er} séjour) ou transfert de sortie de l'hôpital A (3^{ème} séjour).

Annexe 4 :
Exemples de cas sur le chapitre 1.5.2: Calcul de la durée de séjour
(publié le 8 juin 2018, modifiée le 26.06.2020)

Cas de figure 1a : prestations ambulatoires pendant la sortie d'essai, valable jusqu'au 31.12.2019

 Hôpital A 01.01.2018, 08h00 – 10.01.2018, 10h00	Sortie d'essai → 71.5 heures = 2.98 jours = 2 jours	 Hôpital A 13.01.2018, 9h30 – 18.01.2018, 11h00
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY	Prestations ambulatoires pendant les congés administratifs intégrés dans le codage de l'hôpital	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>pas de transfert</u>
1 facturation 01.01.2018 – 18.01.2018 / 18 jours : 18 jours – 2 jours de sortie d'essai = 16 jours + 1 jour de soins supplémentaires suivant le contrat de la structure tarifaire = 17 jours de soins facturables		

Cas de figure 1b : prestations ambulatoires pendant la sortie d'essai, valable jusqu'au 31.12.2019

 Hôpital A 01.01.2018, 08h00 – 10.01.2018, 10h00	Sortie d'essai → 71.5 heures = 2.98 jours = 2 jours	 Hôpital A 13.01.2018, 9h30 – 18.01.2018, 11h00
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY	Prestations ambulatoires pendant les congés administratifs intégrés dans le codage de l'hôpital	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>transfert</u>
1 facturation 01.01.2018 – 18.01.2018 / 17 jours : 17 jours – 2 jours de sortie d'essai = 15 jours + 1 jour de soins supplémentaires suivant le contrat de la structure tarifaire = 16 jours de soins facturables		




Cas de figure 2a : regroupement de cas

 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Retour au domicile → 72 heures	 Hôpital A 13.01 – 18.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>pas de transfert</u>	Prestations ambulatoires à la charge des financeurs	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>transfert</u>
Regroupement de cas 1 facturation 01.01.2018 – 18.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) 13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé) = 15 jours de soins facturables		



Cas de figure 2b : regroupement de cas

 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Hôpital B → 72 heures	 Hôpital A 13.01 – 18.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>transfert</u>	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant la structure tarifaire	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>transfert</u>
Regroupement de cas 1 facturation 01.01.2018 – 18.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé) 13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé) = 14 jours de soins facturables		



Cas de figure 3 : interruption de la sortie d'essai

 01.01.2018 –	03.01.2018 Sortie d'essai à partir de 8h00 → 5 heures	 Séjour court (p. ex. pour une unité thérapeutique)	03.01.2018 Sortie d'essai à partir de 15h00 → 20 heures	 04.01 – 18.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY				Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : transfert
<p>1 facturation 01.01.2018 – 18.01.2018 = 17 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé)</p> <p>Si le patient revient dans l'hôpital A pendant la sortie d'essai, cela doit être compté comme une interruption du congé d'essai. Il y a deux congés d'essai séparés dans cet exemple. Cependant, ces deux absences n'ayant pas duré plus de 24 heures, aucune des deux ne doit être prise en compte dans le calcul de la durée de séjour.</p>				



Cas de figure 4 : sortie d'essai sans retour

 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie d'essai prévue pour 72 heures →	
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY	Prestations ambulatoires après le début de la sortie d'essai planifiée à la charge des financeurs	Le patient ne revient pas de sa sortie d'essai
<p>1 facturation 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) Date de sortie = début de la sortie d'essai</p>		

Cas de figure 5 : sortie d'essai et admission à l'hôpital B



 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie d'essai prévue pour 72 heures →	 Hôpital B 12.01.2018 – 20.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY	Prestations ambulatoires après le début de la sortie d'essai planifiée à la charge des financeurs	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : transfert
Hôpital A : 1 facturation 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) Date de sortie = début de la sortie d'essai Hôpital B : 1 facturation 12.01.2018 – 20.01.2018 = 8 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé)		

Cas de figure 6a⁵ : sortie non planifiée sans retour



 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie non planifiée →	 Hôpital A
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY Type de sortie : inconnu		Le patient ne revient pas
1 facturation 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) Date de sortie = date de la sortie non planifiée		

⁵ En cas de sortie non planifiée, une sortie ne doit être enregistrée qu'après une absence de 24 heures



Cas de figure 6b : Sortie non planifiée de psychiatrie et admission en soins somatiques aigus le même jour civil

 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie non planifiée →	 Hôpital B 10.01.2018 – 13.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY, la durée du séjour doit cependant, en raison de la règle «1.5.2 Calcul des jours de soins facturables TARPSY» réduite d'un jour ; Type de sortie : inconnu	Si un transport vers un hôpital de soins aigus est effectué, il s'agit d'un transport primaire.	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant SwissDRG
Hôpital A : 1 facturation 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé) Date de sortie = date de la sortie non planifiée Hôpital B : 1 facturation 10.01.2018 – 13.01.2018 = 3 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé)		

Cas de figure 6c : sortie non planifiée avec retour et regroupement de cas

 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie non planifiée →	 Hôpital A 15.01.2018 – 30.01.2018
Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; Type de sortie : inconnu	Prestations ambulatoires pendant la sortie non planifiée à la charge des financeurs	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : pas de transfert
Regroupement des cas : 1 facturation 01.01.2018 – 30.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) Date de sortie = date de la sortie non planifiée 15.01.2018 – 30.01.2018 = 16 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) = 26 jours de soins facturables		

Cas de figure 6d : sortie non planifiée avec retour

<p>Hôpital A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Sortie non planifiée</p> <p>→</p>	<p>Hôpital A</p>  <p>20.03.2018 – 30.03.2018</p>
<p>Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY; Type de sortie : inconnu</p>	<p>Prestations ambulatoires pendant la sortie non planifiée à la charge des financeurs</p>	<p>Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; Type de sortie : <u>pas de transfert</u></p>
<p>Hôpital A : 1 facturation 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) Date de sortie = date de la sortie non planifiée</p> <p>Hôpital A : 1 facturation 20.03.2018 – 30.03.2018 = 11 jours de soins facturables (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1)</p>		



Exemple de cas propre à TARPSY

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

(publié le 17 mai 2022)

Exception patients de longue durée de médecine légale

Exemple de cas 1:

Un patient entre en psychiatrie médico-légale le 1er juillet 2021 et en sort le 26 février 2025 :

- Première facture du 1er juillet 2021 (admission) au 31 décembre 2022 : pour le regroupement du cas, la valeur HoNOS du 1er juillet 2021 ainsi que les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) dans la période du 1er juillet 2021 au 31 décembre 2022 sont prises en compte. Le prix de base en vigueur au 31 décembre 2022 sera utilisé pour la facturation. (facture de fin d'année 2022)
- Deuxième facture du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023 : pour le regroupement du cas, la valeur HoNOS du 1er janvier 2023 ainsi que les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) dans la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023 sont prises en compte. Le prix de base en vigueur au 31 décembre 2023 sera utilisé pour la facturation. (facture de fin d'année 2023)
- Troisième facture du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024 : pour le regroupement du cas, la valeur HoNOS du 1er janvier 2024 ainsi que les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) dans la période du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024 sont prises en compte. Le prix de base en vigueur au 31 décembre 2024 sera utilisé pour la facturation. (facture de fin d'année 2024)
- Quatrième facture du 1er janvier 2025 au 26 février 2025 : pour le regroupement du cas, la valeur HoNOS du 1er janvier 2025 ainsi que les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) dans la période du 1er janvier 2025 au 26 février 2025 sont prises en compte. Le prix de base en vigueur au 26 février 2025 sera utilisé pour la facturation. (Facture de sortie 2025)

Les données relatives aux prestations et aux coûts du cas pour la période du 1er juillet 2021 (admission) au 26 février 2025 (sortie) sont transmises à SwissDRG SA ainsi qu'à l'Office fédéral de la statistique avec la valeur HoNOS du 1er juillet 2021 et les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) et les coûts dans la période du 1er juillet 2021 au 26 février 2025.

Exemple de cas 2:

Un patient entre en psychiatrie médico-légale le 1er juillet 2021 et en sort le 31 décembre 2022 :
Dans ce cas, une seule facture sera établie pour un cas survenu entre le 1er juillet 2021 et le 31 décembre 2022 : pour le regroupement du cas, la valeur HoNOS du 1er juillet 2021 ainsi que les prestations (CHOP, CIM-10, etc.) durant la période du 1er juillet 2021 au 31 décembre 2022 seront prises en compte. Le prix de base en vigueur au 31 décembre 2022 sera utilisé pour la facturation. (Facture de sortie 2022)