



Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY

Version mars 2018,
valable dès le 1.1.2019

Etat : Approuvé par le Conseil d'administration de SwissDRG SA le 12 mars 2018

La version en langue allemande fait foi

Table des matières

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	3
1.1	Informations nécessaires	3
1.2	Règles pour le codage des diagnostics, des procédures et du degré de gravité des symptômes (HoNOS/CA)	3
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier	3
1.4	Classement des cas dans un PCG.....	6
1.5	Calcul des jours de soins facturables.....	7
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	8
2.1	SwissDRG	8
2.2	TARPSY.....	8
2.3	Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires	8
2.4	Rémunération des patients en soins ou en attente de placement	10
3	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES	12
3.1	Aperçu.....	12
3.2	Regroupement de cas	12
3.3	Transferts	13
3.4	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation	14
3.5	Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation	14
3.6	Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital	15
3.7	Urgences	15
3.8	Dispositions transitoires	15
3.9	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux et d'autres répondants des coûts.....	15

1 Principes de base et définitions

Ce document définit :

- ⇒ Les fondements pour l'application de TARPSY (chapitre 1)
- ⇒ Le champ d'application de TARPSY (chapitre 2)
- ⇒ Les règles de facturation des cas sous TARPSY (chapitre 3)

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 par le biais de TARPSY, 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, des procédures et du degré de gravité des symptômes (HoNOS/CA)

Le codage des cas facturés avec TARPSY 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 de TARPSY.

1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

Principe : Un forfait TARPSY sur la base d'un PCG peut être facturé par cas pour chaque séjour hospitalier. Une attention particulière est à porter aux exceptions du chapitre 3.2 selon lesquelles plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas 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.

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 vers / d'un autre hôpital » répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si le patient a été transféré dans l'hôpital depuis une maison de naissances.

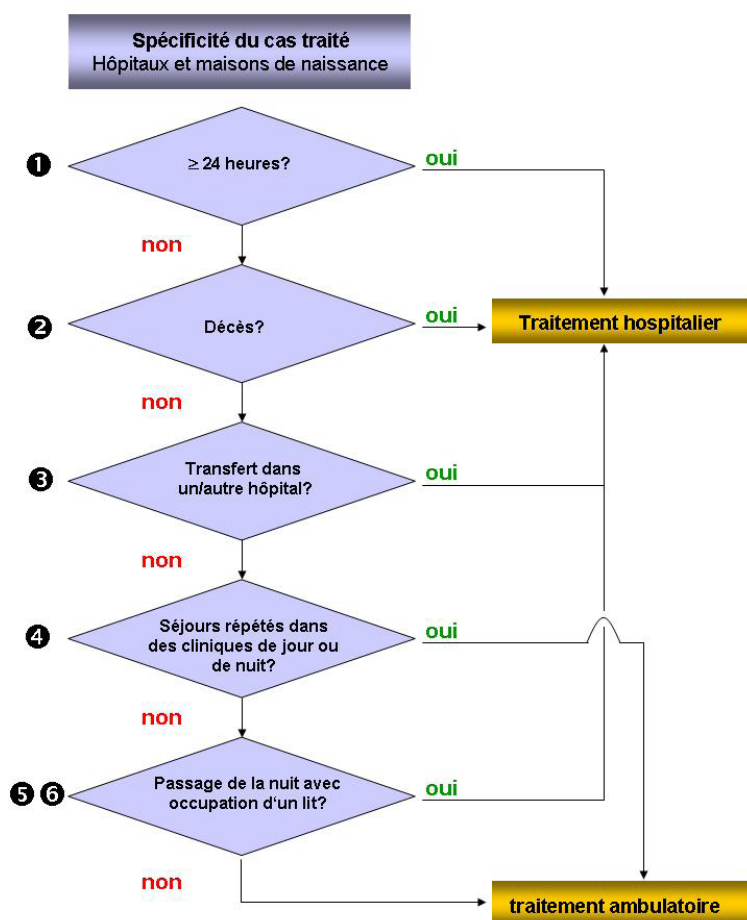
Le critère ❹ « séjours à répétition dans des cliniques de jour ou de nuit » correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple 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 ⑥ « occupation d'un lit » :¹ 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 ⑤ « nuit » et ⑥ « occupation d'un lit » sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit satisfaire les critères « nuit » et « occupation d'un lit » pour être saisi et facturé en tant que traitement hospitalier.

Figure 1 Diagramme de flux



¹ Il s'agit là d'une définition qui provient de la somatique aigue.

1.4 Classement des cas dans un PCG

Age du patient

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

Forçage manuel

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

Obligation de rémunération

Le classement d'un cas dans un PCG et la détermination de rémunérations supplémentaires n'impliquent aucune obligation de prestation de la part des assurances sociales (assurance maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire). TARPSY n'est pas un catalogue de prestations obligatoires AOS.

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 pour l'année de facturation peuvent être facturées en plus du forfait TARPSY, dans la mesure où le code CHOP / code ATC selon les directives de codages entrent dans le codage du cas.

1.5 Calcul des jours de soins facturables

Le nombre de jours de soins² 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 transfert³

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

Sont comptés comme jours de soins, le jour d'entrée⁴ 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.

Définition du congé⁵ : Lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 24 heures⁶ (>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 des congés⁷ pris durant le séjour hospitalier.

Le nombre de jours à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des heures des congés administratifs 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.

² Le calcul du nombre de jours de soins diffère de celui de la durée de séjour selon l'OFS.

³ 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».

⁴ 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.

⁵ Correspond à la variable 1.3 V04 de la Statistique médicale des hôpitaux.

⁶ Exemple: si un patient quitte l'hôpital pour 24 heures et 2 minutes, son absence est considérée comme un congé.

⁷ 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 SwissDRG

a) Principe de base

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.

2.2 TARPSY

a) Principe de base

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.

b) Ecart par rapport au principe de base (valable jusqu'au 31.12.2019)

Le domaine ci-après des fournisseurs de prestations n'entre pas dans le champ d'application de TARPSY si les partenaires tarifaires ont, d'un commun accord, convenu d'une rémunération en dehors de la structure tarifaire TARPSY:

- Service autonome, spécialisé dans la psychiatrie judiciaire

Pour une rémunération en dehors du champ d'application de TARPSY, les critères minimaux de délimitation suivants doivent être respectés:

- Existence d'un mandat de prestations explicite selon la liste hospitalière, pour un service autonome spécialisé dans la psychiatrie judiciaire
- Répartition transparente des coûts et des prestations

2.3 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

2.3.1 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. Le ch. 2.2 traite les exceptions.

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, Le ch. 2.1 traite les exceptions.

2.3.2. 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 applicable	Domaine principal
SwissDRG	Somatique aiguë
SwissDRG	Maison de naissance
SwissDRG	Soins palliatifs
TARPSY, le ch 2.2 traite les exceptions	Psychiatrie
Tarif de la réadaptation 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.⁸

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

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: Allocation des centres de prestations aux types d'activité)⁹.

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 ¹⁰
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.

2.4 Rémunération des patients en soins ou en attente de placement

Une réglementation séparée de la rémunération sous TARPSY ne s'impose pas. En principe seules les hospitalisations psychiatriques sont rémunérées selon TARPSY.

Le séjour d'un patient en soins ou en attente de placement n'est pas rémunéré via TARPSY mais selon le tarif correspondant¹¹. En d'autres termes : si la durée de séjour d'un patient se voit prolongée

⁸ <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html>

⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/205849/master>

¹⁰ Le M950 inclut toutes les formes de réadaptation, y compris la réadaptation pédiatrique et la réadaptation gériatrique.



en raison par ex. de l'attente d'une place en soins de longue durée, ce prolongement ne doit pas être imputé sur le séjour stationnaire selon TARPSY.

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

¹¹ 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, les prestations sont rémunérées selon TARPSY. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 (tarif avec les établissements médico-sociaux) est applicable. Le patient fera alors l'objet d'une sortie administrative pour clôture en tant que cas TARPSY et d'une entrée administrative en tant que cas de soins.

3 Règles de facturation particulières

3.1 Aperçu

Ce chapitre traite de différents cas particuliers et des règles s'y rapportant. Il s'agit notamment des:

- regroupements de cas,
- transferts,
- recours à des prestations ambulatoires externes durant l'hospitalisation,
- modifications du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation,
- séjours s'étendant sur deux périodes de facturation ou plus,
- examens et traitements effectués à l'hôpital avant et après l'hospitalisation,
- urgences,
- dispositions transitoires,
- facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.

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.

3.2 Regroupement de cas

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

Exceptions : les situations suivantes conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné¹² en un seul cas facturé comme tel et à un regroupement dans un nouveau PCG. 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.

3.2.1 Réadmission ou retransfert

Si un cas est réadmis ou retransféré dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie¹³, 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'admission au premier séjour servent comme critère en cas de regroupement des cas.

¹² Les regroupements de cas entre plusieurs hôpitaux ne sont pas admis.

¹³ «Dans les 18 jours qui suivent la sortie» signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^{ème} jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

3.2.2 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 3.2.1. Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

3.3 Transferts

3.3.1 Règle de réduction pour transfert

Sous TARPSY 1.0 il n'y a pas de réduction pour transfert.

3.3.2 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 champ d'application de TARPSY.

3.3.3 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 TARPSY correspondant.

3.3.4 Transports secondaires

Les transports secondaires sont pris en charge par l'hôpital qui transfère le cas et sont indemnisés dans le cadre des forfaits SwissDRG. 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.

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

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

A l'instar des hospitalisations normales, le forfait TARPSY 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 du 6 octobre 2000 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 dans le chapitre 3.9.

3.5 Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation

Les forfaits TARPSY 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 TARPSY par 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 TARPSY 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 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 sous TARPSY.

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

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.

3.6 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) peuvent être facturés selon le tarif en vigueur, c'est-à-dire qu'on ne procède à aucun regroupement de cas entre des cas d'hospitalisation et 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 définis dans l'article 32 LAMal¹⁷ exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

3.7 Urgences

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

3.8 Dispositions transitoires

Un cas dont la date d'admission précède celle de l'introduction de TARPSY (1.1.2018) n'est pas clos à la fin 2017 et rouvert le 1.1.2018. 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.

3.9 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux et d'autres répondants des coûts

3.9.1 Base légale

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 alinéa 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 alinéa 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 alinéa 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

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

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 alinéa 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.

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 alinéa 1 let. g de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité; l'art. 41 alinéa 1 let. d et l'art. 74 de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité; l'art. 49 LPGA).¹⁸

3.9.2 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 prorata temporis. Le coût 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 concerné.

Les rémunérations supplémentaires sont également réparties et prises en charge pro rata temporis entre les répondeurs des coûts.

En présence d'une décision AI, les prestations doivent être séparées par répondeur des coûts.

3.9.3 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 pro rata 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.

¹⁸ 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.