



Clarifications et exemples de cas concernant les

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

Version 4.3 du 07.11.2018

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 4.2:
 - Clarification n° 31; alinéa 1.5 Définition du congé
 - Clarification alinéa 3.3.1 Réadmission dans la même MDC
 - Clarification n° 09 (publiée le 20 mars 2012, modifiée le 22 octobre 2012, modifiée le 07.11.2018) alinéa 3.4.1 Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés
 - Clarification n° 33, alinéa 3.4.1 Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés
 - Clarification n° 34, alinéa 3.7 Traitements et examens pré et post-hospitalisation (SwissDRG) et alinéa 3.6 Traitements et examens pré et post-hospitalisation effectués à l'hôpital (TARPSY)

Clarification n° 02 (publiée le 23 octobre 2012, modifiée le 4 septembre 2015)

Alinéa 1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier - La notion d'hôpital

Dans les Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, la notion d'hôpital est utilisée dans deux sens différents selon le cas :

- Pour la délimitation des cas d'hospitalisation par rapport aux cas ambulatoires, la notion d'« hôpital » est utilisée au sens large et comprend, outre les établissements pour soins somatiques aigus, les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques.
- Pour l'application des règles relatives au regroupement des cas (chiffre 3.3) resp. à la réduction pour transfert (chiffre 3.4), la notion est utilisée au sens étroit : l'« hôpital » est un établissement qui tombe dans le champ d'application des SwissDRG ; la délimitation se fait alors par rapport aux cliniques de réadaptation et aux cliniques psychiatriques.

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.

<p>Hôpital A</p>  <p>1^{er} séjour < 24 h</p>	<p>Transfert</p> 	<p>Hôpital B</p>  <p>2^{ème} séjour < 24 h</p>
<p>Facturation en tant que traitement hospitalier selon SwissDRG, si un des critères de « transfert » ci-dessous est rempli.</p>		<p>Facturation en tant que traitement ambulatoire selon SwissDRG, sauf si l'un des critères suivants est rempli :</p> <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 3.4.5 des règles d'application.



Clarification n° 24 (publiée le 5 août 2013)

Alinéa 1.4 Classement des cas dans un DRG. 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 DRG. 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 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° 31 (publiée 07.11.2018)

Alinéa 1.5 Définition du congé

« Définition du congé : il s'agit d'un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 24 heures (>24h00). 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 hospitalier.

Le nombre de jours à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des heures des congés administratifs **(en prenant en compte également les minutes)** divisé par 24, arrondi vers le bas. »

Clarification propre à TARPSY

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

Alinéa 1.5 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 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 3.3 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).

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.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.147763.pdf



Clarification n° 32 (publiée 07.11.2018)

Alinéa 3.3.1. Réadmission dans la même MDC

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

Le regroupement de cas s'effectue selon la MDC attribuée par ~~le manuel de définition,~~ respectivement le groupeur.

SwissDRG SA peut définir les groupes de pathologies (DRG) 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 le fait que la répétition des traitements/interventions est intrinsèque au groupe de pathologie SwissDRG. 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 3.3.2.)

Clarification propre à TARPSY

Clarification n° 29 (publiée le 1^{er} janvier 2018)

Alinéa 3.2.1. Regroupement de cas, réadmission ou retransfert

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.

Clarification n° 27 (publiée le 20 juillet 2015)

Alinéa 3.3 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° 25 (publiée le 1^{er} janvier 2014)

Alinéa 3.3.2 Retransfert

Si un cas est réadmis dans les 18 jours 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 « transferts » sont applicables.



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

Alinéa 3.4.1 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. 2.1.2 ou
- un établissement psychiatrique ou de traitement des toxicomanies selon ch. 2.1.2.

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° 33 (publiée 07.11.2018)

Alinéa 3.4.1 Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement. 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 DSM **arrondie au jour complet** 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 (DSM ./ . durée de séjour). **(voir documentation du groupeur)**

Clarification n° 21 (publiée le 18 septembre 2014) Alinéa 3.4.4 Prestations ambulatoires externes

Cas de figure 1

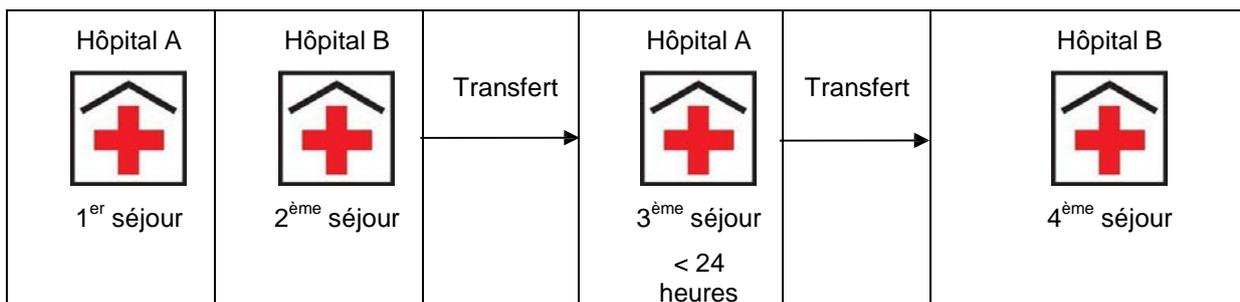


L'hôpital B facture un séjour hospitalier si les conditions 5 (recensement à minuit) et 6 (occupation d'un lit) selon l'alinéa 1.3 des règles d'application sont toutes les deux remplies. Pour tous les autres séjours de moins de 24 h, l'hôpital B adresse la facturation à l'hôpital A conformément à l'alinéa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

Dans la mesure où l'hôpital B facture le séjour hospitalier 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} 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.



Clarification n° 30 (publiée le 1^{er} août 2018)

Alinéa 3.10.3 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

Correction d'une erreur rédactionnelle lors de l'actualisation des règles et définitions pour la facturation des cas, version mai 2017, valable à compter du 1.1.2018.

Ci-après se trouve la règle à appliquer selon la documentation des modifications de la version mai/2014 à la version mai/2015:

Les premières assurances qui peuvent être tenues de verser des prestations sont, dans l'ordre, 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, tous les coûts sont à la charge de l'AM/AA en vertu de l'art. 64 al. 3 LPGA.

2) Si le cost-weight du DRG AM/AA est moins élevé que celui du cas total DRG, la facture de l'hôpital est annulée et l'hôpital procède au splitting de la facture sur la base des indications de l'AM/AA, comme décrit au chapitre 3.10.2.

Clarification n° 34 (publiée 07.11.2018)

Alinéa 3.7. Traitements et examens pré et post-hospitalisation (SwissDRG) et

Alinéa 3.6. Traitements et examens pré et post-hospitalisation effectués à l'hôpital (TARPSY)

Ajout :

Les prestations ambulatoires de l'hôpital en lien avec le traitement hospitalier le jour de l'admission et le jour de la sortie sont rémunérées avec le forfait hospitalier.

L'hôpital ne peut pas émettre de facture supplémentaire pour ces prestations ambulatoires le jour de l'admission et le jour de la sortie.

Annexe 1 :

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

Chapitre 3.3 Regroupement de cas

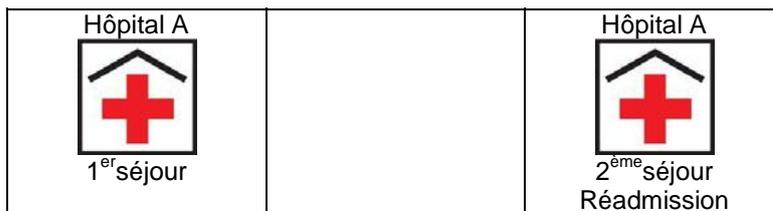
(publié le 20 mars 2012)

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

Cas de figure 1 :

Réadmission (chapitre 3.3.1) dans les 18 jours, classement dans la même MDC

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



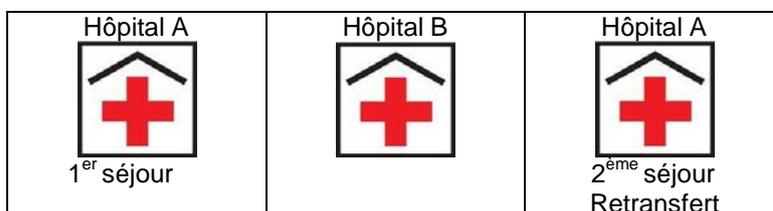
Le premier et le deuxième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- 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 3.3.1) dans les 18 jours, classement dans la même MDC

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



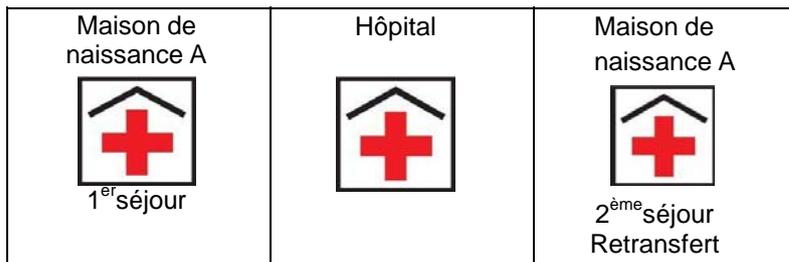
Le premier et le deuxième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- 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 3.3.2) 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

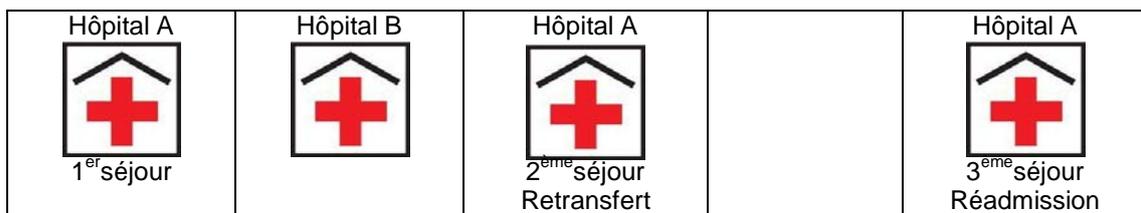
- a) les deux séjours sont classés dans la même MDC
- b) la réadmission suite au retransfert a eu lieu dans les 18 jours après la sortie

Cas de figure 4 :

Regroupement combiné de cas (chapitre 3.3.3)

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

- a) le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont classés dans la même MDC que le premier séjour à l'hôpital A
- b) la réadmission suite au retransfert pour le deuxième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- c) la réadmission pour le troisième séjour a aussi eu lieu dans les 18 jours après la première sortie
- d) 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

Cas de figure 5 :

Regroupement combiné de cas (chapitre 3.3.3)

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



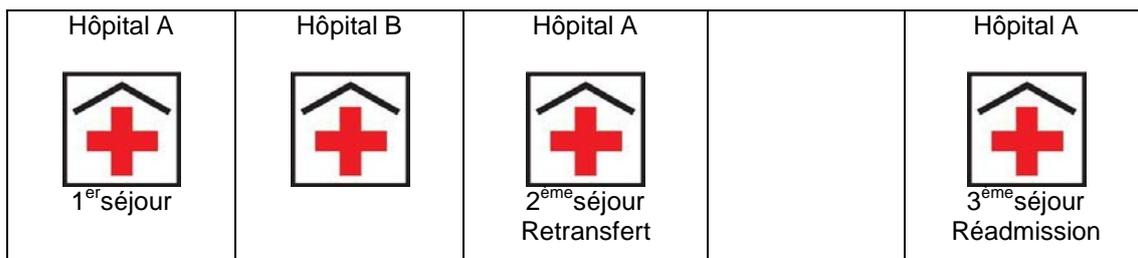
Les trois séjours à l'hôpital A sont regroupés si

- 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 3.3.2), pas de classement dans la même MDC, puis réadmission (chapitre 3.3.1) dans les 18 jours, classement dans la même MDC

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



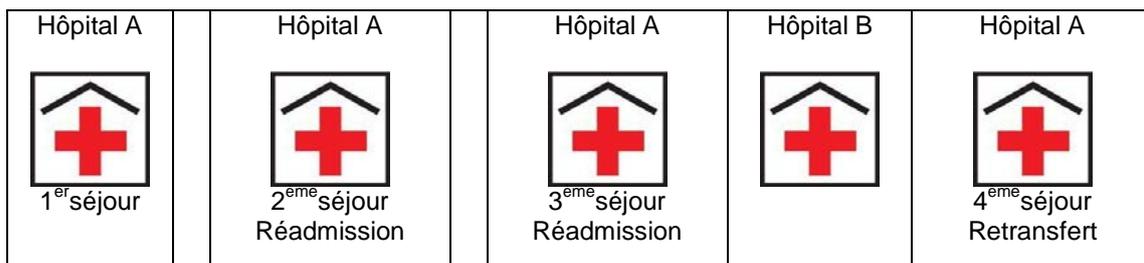
Le premier séjour est facturé par un DRG séparé, vu que le deuxième séjour n'a pas été classé dans la même MDC que le premier. Le deuxième et le troisième séjour à l'hôpital A sont regroupés si

- 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 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

Cas de figure 7 :

Réadmission (chapitre 3.3.1), 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

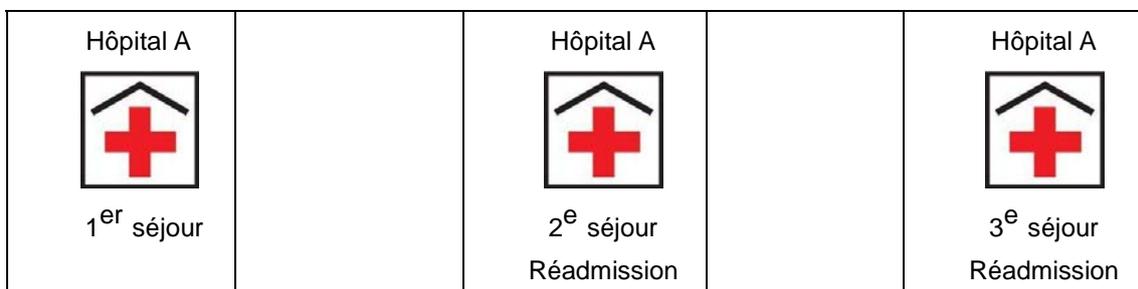
- les deux séjours sont classés dans la même MDC
- la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie du deuxième séjour
- ni le deuxième, ni le troisième séjour à l'hôpital A ne sont classés dans un DRG « Exception de réadmission » selon la colonne 12 du catalogue des 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 3.3.1), 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



-
- b) la réadmission pour le troisième séjour a eu lieu dans les 18 jours après la sortie du premier séjour
 - c) 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 3.10 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 3.10.2 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.

Annexe 2
Exemples de cas, chapitre 3.10

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 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG. 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 (= 4 jours)
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 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

Annexe 2
Exemples de cas, chapitre 3.10

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

6. Exemple de cas

Pour les splits DRG_{AI} (correspond au DRG 2 selon le chiffre 3.10.2) et DRG_{AMal} (correspond au DRG 3 selon le chiffre 3.10.2), 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

Alinéa 3.10.3 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 (Circoncision 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 3.10.2. La facture est retournée à l'hôpital avec une demande d'annulation et l'établissement de nouvelles factures selon le chapitre 3.10.2, 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 : $0.540 \cdot 0.629 \cdot \text{prix de base AMal} \cdot \text{participation aux frais canton}$

³Dans 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 3.9 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux⁴

(publié le 1^{er} janvier 2018)

Alinéa 3.9.2 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 3.4.1 : 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

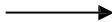
Hôpital A  1 ^{er} séjour	Transfert 	Hôpital B  2 ^{ème} séjour
Pas de réduction pour transfert si le cas tombe dans un DRG de transfert selon le catalogue des forfaits par cas.		Pas de réduction pour transfert si le cas tombe dans un DRG de transfert selon le catalogue des forfaits par cas.

Les règles d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon le chiffre 3.2 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. 3.4.1		Pas de réduction pour transfert Ajustements pour low-outliers et high- outliers selon ch. 3.2

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. 3.4.1		Réduction pour transfert selon ch. 3.4.1		Pas de réduction pour transfert Ajustements pour low-outliers et high- outliers selon ch. 3.2

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. 3.4.1		Réduction pour transfert selon ch. 3.4.1		Réduction pour transfert selon ch. 3.4.1

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. 3.3 Réduction pour transfert sur le cas regroupé selon ch. 3.4.1				Réduction pour transfert selon ch. 3.4.1

Cas de figure 4 : transfert avec retransfert (ch. 3.3.2), 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. 3.3 Lieu de séjour avant l'admission : domicile		Réduction pour transfert selon ch. 3.4.1		Regroupement de cas avec 1 ^{er} séjour selon ch. 3.3 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. 3.4.1 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 : Calcul de la durée de séjour selon la réglementation transitoire TARPSY, valable jusqu'au 31.12.2019.
 (publié le 8 juin 2018)

Cas de figure 1a : prestations ambulatoires pendant la sortie d'essai

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

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 + 1) = 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 + 1) 13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 jours (nombre de jours de soins = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé + 1) = 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 + 1)</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

<p>Hôpital A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Sortie d'essai prévue pour 72 heures</p> <p>→</p>	<p>Hôpital B</p>  <p>12.01.2018 – 20.01.2018</p>
<p>Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY</p>	<p>Prestations ambulatoires après le début de la sortie d'essai planifiée à la charge des financeurs</p>	<p>Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : transfert</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 = début de la sortie d'essai</p> <p>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)</p>		

Cas de figure 6a : sortie non planifiée sans 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>Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY</p>		<p>Le patient ne revient pas</p>
<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 = date de la sortie non planifiée</p>		

Cas de figure 6b : 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
	Prestations ambulatoires pendant la sortie non planifiée à la charge des financeurs	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>pas de transfert</u>
<p>Regroupement de 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</p> <p>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</p>		

Cas de figure 6c : sortie non planifiée avec retour

 Hôpital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Sortie non planifiée →	 Hôpital A 20.03.2018 – 30.03.2018
	Prestations ambulatoires pendant la sortie non planifiée à la charge des financeurs	Facturation en tant que traitement hospitalier suivant TARPSY ; type de sortie : <u>pas de transfert</u>
<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>		