



Règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha

Version du 17.05.2021

Applicable à partir du 01.01.2022

Etat : Approuvé par le conseil d'administration de SwissDRG SA

le **11.06.2021**

Sommaire

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	3
1.1	Informations nécessaires	3
1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	3
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier	3
1.4	Classement des cas dans un groupe tarifaire ST Reha	6
1.5	Durée de séjour	7
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	8
2.1	Principes	8
2.2	Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires	10
2.3	Rémunération d'un patient qui selon l'indication médicale n'a pas besoin de traitement et de soins ou de réadaptation médicale en milieu hospitalier (« patient en attente de placement »)	12
3	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES	13
3.1	Présentation	13
3.2	Regroupements de cas	13
3.3	Règle de réduction pour transfert	14
3.4	Transferts internes	14
3.5	Prestations ambulatoires externes (valable pour la version introductive de ST Reha)	14
3.6	Transports secondaires	15
3.7	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation	15
3.8	Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation	15
3.9	Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital	16
3.10	Dispositions transitoires	16
3.11	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux	17

1 Principes de base et définitions

Ce document définit :

- ⇒ Les fondements pour l'application de ST Reha (chapitre 1)
- ⇒ Le champ d'application de ST Reha (chapitre 2)
- ⇒ Les règles de facturation des cas sous ST Reha (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 ST Reha, il est nécessaire de disposer des données de la Statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces données sont recensées régulièrement pour chaque cas traité par les hôpitaux et ce, conformément à la Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), à l'ordonnance s'y rapportant ainsi qu'aux directives et recommandations de l'OFS.

1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des cas facturés avec ST Reha 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 ST Reha.

1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

Principe : Un forfait ST Reha peut être facturé pour chaque séjour hospitalier. Une attention particulière est à porter aux règles du chapitre 3.2 selon lesquelles, dans certaines conditions, plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas et rémunérés selon un forfait ST Reha 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 ces définitions, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante de cette définition :

Art. 3 Traitement hospitalier

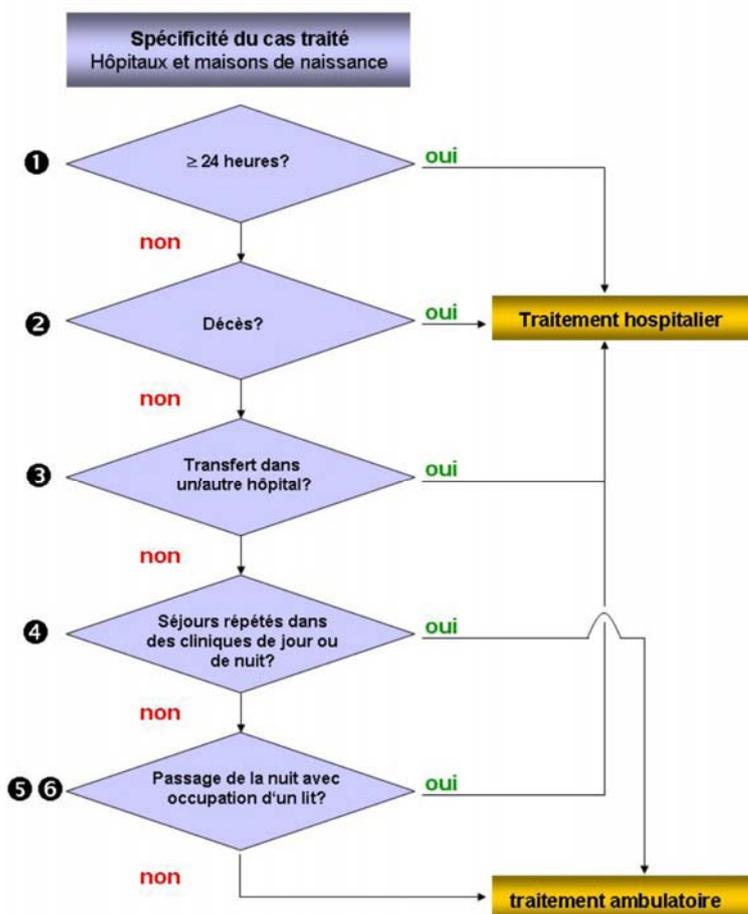
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

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

Art. 5 Traitement ambulatoire

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

- Diagramme de flux



- **Explications sur les critères d'attribution**

Le critère ❶ « \geq 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 naissance.

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 dans des cliniques de jour ou de nuit dans le domaine de la psychiatrie ainsi que les séjours répétés dans le cadre d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques tels que chimiothérapies ou radiothérapies, dialyses, traitements de la douleur à l'hôpital ou physiothérapies, sont considérés comme traitements ambulatoires.

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

Le critère ❻ «occupation d'un lit»: Un patient est réputé occupant un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Les lits occupés suite à un accouchement, dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intermédiaires sont considérés de façon identique aux lits d'unités de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) est considéré comme ambulatoire.

Les critères ❺ «nuit» et ❻ «occupation d'un lit» sont indissociables. En d'autres termes, pour qu'un traitement de moins de 24 heures soit saisi et/ou facturé en tant que traitement hospitalier, il doit satisfaire tant au critère de «nuit» qu'au critère d'«utilisation d'un lit».

1.4 Classement des cas dans un groupe tarifaire ST Reha

Age du patient

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

Sexe du patient

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

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

Forçage manuel

Le groupement par forçage manuel n'est pas admis. Le Grouper décide du classement du cas dans un groupe tarifaire ST Reha.

Obligation de rémunération

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

Forfait ST Reha non évalué

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

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 ST Reha, dans la mesure où le code CHOP / code ATC selon les directives de codages entre dans le codage du cas.

1.5 Durée de séjour

Le nombre de jours de soins¹ 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 transfert² :

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

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

L'admission dans l'hôpital B après une sortie de l'hôpital A le même jour constitue également un transfert qu'il faut prendre en compte pour déterminer la durée de séjour facturable.

Définition du congé⁴: un congé administratif doit être entré lorsqu'un patient quitte l'institution pour plus de 24 heures⁵ (>24h00) avec un lit qui reste réservé. La durée totale des congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures et minutes des congés⁶ pris durant le séjour hospitalier.

Le nombre de jours de congés à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des heures des congés administratifs (y compris en prenant en compte les minutes) divisée par 24, ce résultat étant 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.

¹ Le calcul du nombre de jours de soins diffère de celui de la durée de séjour selon l'OFS.

² Cette définition inclut tous les cas présentant les valeurs 4 (institution psychiatrique, autre établissement), 44 (service/institution psychiatrique, même établissement) 5 (institution de réadaptation, autre établissement), 6 (autre hôpital) ou 66 (service/institution de soins aigus, même établissement) de la variable OFS 1.5 V03 « séjour après la sortie ».

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

⁴ Correspond à la variable 1.3.V04 de la statistique médicale des hôpitaux.

⁵ Exemple : si un patient quitte l'hôpital pour 24 heures et 2 minutes, son absence est considérée comme un congé.

⁶ 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 Principes

2.1.1 SwissDRG

Le champ d'application des groupes de cas SwissDRG englobe la rémunération de tous les séjours en soins aigus dans des hôpitaux de soins somatiques aigus, dans des services de soins aigus et des maisons de naissance ainsi que tous les traitements palliatifs stationnaires. De même, la réadaptation précoce et la paraplégie sont représentées dans les groupes de cas Swiss-DRG.

2.1.2 TARPSY

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

2.1.3 ST Reha

Le champ d'application des forfaits ST Reha selon le catalogue des groupes de coûts en réadaptation (RCG) englobe la rémunération de tous les séjours hospitaliers de réadaptation dans des cliniques ou services de réadaptation.

Exceptions au principe (valable pour la version introductive de ST Reha)

- La **réadaptation précoce** n'entre pas dans le domaine d'application de ST Reha. La rémunération peut avoir lieu via la structure tarifaire SwissDRG ou une autre tarification. Le règlement incombe aux partenaires tarifaires directement concernés.

Pour une rémunération via la structure tarifaire SwissDRG, les critères de délimitation minimaux suivants doivent tous être remplis :

- Existence d'un mandat de prestation explicite selon la liste des hôpitaux de soins aigus **ou la réadaptation précoce.**
- Respect des caractéristiques minimales selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour la réadaptation précoce interdisciplinaire ou la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce
- Délimitation transparente des coûts et des prestations

- La **paraplégie** n'entre pas dans le domaine d'application de ST Reha. La rémunération peut avoir lieu via la structure tarifaire SwissDRG ou une autre tarification. Le règlement incombe aux partenaires tarifaires directement concernés.

Pour une rémunération via la structure tarifaire SwissDRG, les critères de délimitation minimaux suivants doivent tous être remplis :

- Existence d'un mandat de prestation explicite selon la liste des hôpitaux de soins aigus ou de paraplégie
- Respect des caractéristiques minimales selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour le traitement complexe de réadaptation du patient paraplégique
- Délimitation transparente des coûts et des prestations

Il n'y a pas de split de cas entre la phase de soins aigus et la phase de réadaptation pour une facturation de la réadaptation précoce ou de la paraplégie via SwissDRG. Le cas complet doit être facturé avec SwissDRG.

Pour une autre tarification de la réadaptation précoce ou de la paraplégie, les critères de délimitation minimaux suivants doivent tous être remplis:

- Respect des caractéristiques minimales selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour le traitement complexe de réadaptation du patient paraplégique ou respect des caractéristiques minimales selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour la réadaptation précoce interdisciplinaire ou la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce
- Délimitation transparente des coûts et des prestations
- Livraison des données à SwissDRG SA selon les prescriptions de cette dernière pour la livraison des données

Dès que les caractéristiques minimales selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour le traitement complexe de réadaptation du patient paraplégique ou pour la réadaptation précoce interdisciplinaire ou la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ne sont plus remplies, la délimitation selon le chiffre 2.2 s'applique.

2.2 Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires

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

- somatique aiguë (y.c. soins palliatifs) ;
- psychiatrie ;
- réadaptation.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

→ SwissDRG peut être utilisé, le ch. 2.1 traite les exceptions.

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

→ SwissDRG peut être utilisé, le ch. 2.1 traite les exceptions.

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

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

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

Structure tarifaire applicable	Domaine principal
SwissDRG	Somatique aiguë
SwissDRG	Maison de naissance
SwissDRG	Soins palliatifs
TARPSY	Psychiatrie
ST Reha	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.⁷

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 claire et transparente des coûts et des prestations.

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

L'identification de la prestation dispensée se déroule via le centre de prestations indiqué sur la facture (cf. Annexe III de la Statistique des hôpitaux : Allocation des centres de prestations aux types d'activité).⁸

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 ⁹
Soins palliatifs	M100

Les centres de prestations de la somatique aiguë doivent être utilisés pour les prestations de réadaptation précoce ou de paraplégie facturées via SwissDRG.

Règle de classement dans le centre de prestations :

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

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

2.3 Rémunération d'un patient qui selon l'indication médicale n'a pas besoin de traitement et de soins ou de réadaptation médicale en milieu hospitalier (« patient en attente de placement »)

Une réglementation séparée de la rémunération sous ST Reha ne s'impose pas. En principe les prestations d'un hôpital sont rémunérées selon ST Reha.

Le séjour d'un patient qui selon l'indication médicale n'a pas besoin de traitement et de soins ou de réadaptation médicale en milieu hospitalier est rémunéré selon l'article 49 al. 4 ou l'article 50 de la LAMal.

Les assureurs et les cantons peuvent prévoir des mécanismes de contrôle afin d'assurer le respect de l'article 49 al. 4 de la LAMal par l'hôpital.

⁸ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ks.assetdetail.234560.html>

⁹ Le M950 inclut toutes les formes de réadaptation, y compris la réadaptation pédiatrique et la réadaptation gériatrique.

3 Règles de facturation particulières

3.1 Présentation

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

- regroupements de cas (réadmission, retransfert),
- transferts,
- modifications du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation,
- recours à des prestations ambulatoires externes durant l'hospitalisation,
- séjours s'étendant sur deux périodes de facturation,
- examens effectués à l'hôpital avant et après l'hospitalisation,
- 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 Regroupements de cas

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

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

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

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

3.2.1 Réadmission ou retransfert

Si une réadmission ou un retransfert dans le même hôpital et le même RCG de base a lieu dans les 18 jours depuis la sortie¹⁰, les cas sont regroupés. En cas de regroupements, les évaluations/instruments de mesure à l'admission du premier séjour sont déterminants pour la saisie.

3.2.2 Regroupement combiné de cas

En cas de réadmission ou de retransfert multiple, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie ou le premier transfert, respectivement, sont regroupés de la même manière (selon le chiffre 3.2.1). Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

3.3 Règle de réduction pour transfert

Sous ST Reha, il n'y a pas de réduction pour transfert.

3.4 Transferts internes

En cas de réadmission suite à un retransfert depuis un service du même hôpital qui ne fait pas partie du même domaine d'application, les règles de regroupement de cas selon le chiffre 3.2 s'appliquent.

3.5 Prestations ambulatoires externes (valable pour la version introductive de ST Reha)

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 est 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.

¹⁰ « Dans les 18 jours depuis la sortie » signifie: le délai débute avec la sortie et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant le jour de la sortie. Le jour de la sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

L'hôpital A intègre dans le dossier d'hospitalisation de son patient le traitement externe qui lui est facturé. Le traitement de l'hôpital B est intégré dans le codage des diagnostics et procédures de l'hôpital A¹¹. L'hôpital A facture ensuite aux payeurs le forfait ST Reha correspondant.

La facturation séparée et supplémentaire de prestations médicales pendant le traitement hospitalier sous ST Reha est possible selon un accord national correspondant entre les associations des partenaires tarifaires. Ceci est soumis à la signature d'un accord par toutes les associations avant le 30 juin 2021. Si aucun accord n'est conclu dans le délai imparti, ce supplément ne s'appliquera pas.

3.6 Transports secondaires

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

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

L'hôpital établit une facture comprenant un seul forfait ST Reha et ce, indépendamment du type de modification du motif d'hospitalisation¹².

Pour les hospitalisations sans modification du motif d'hospitalisation, le forfait ST Reha à facturer se calcule conformément aux règles établies par l'OFS.

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

Voir à ce propos les règles de splitting de factures définies au chapitre 3.11.

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

Les forfaits ST Reha 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+N¹³. Toute forme de facture intermédiaire au 31 décembre est exclue (il n'y a qu'une seule facture ST Reha par séjour hospitalier). Dans les cas de très longue

¹¹ Afin d'éviter toute distorsion lors des évaluations statistiques, il convient de signaler les prestations externes en conséquence lors du codage.

¹² 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.

¹³ Les principes de codage en vigueur au temps T + N selon le chiffre 1.2 du présent document s'appliquent également dans ce cas.

hospitalisation, les partenaires tarifaires peuvent toutefois convenir du paiement d'acomptes dans la convention tarifaire.

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

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 *prorata 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 ST Reha.

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

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

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

Les examens et traitements pré et post-hospitalisation peuvent être facturés selon le tarif en vigueur, c'est-à-dire qu'on ne procède à aucun regroupement de cas entre des cas stationnaires et ambulatoires.

En principe, les traitements et examens doivent cependant s'effectuer dans le cadre du séjour d'hospitalisation du patient, sauf si le respect des critères¹⁴ d'adéquation, de rentabilité et d'efficacité exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

Les prestations ambulatoires de l'hôpital en relation avec le traitement stationnaire le jour d'entrée et le jour de sortie sont rémunérées avec le forfait stationnaire. Aucune facturation supplémentaire ne peut être générée par l'hôpital le jour d'entrée ni le jour de sortie pour ces prestations ambulatoires.

3.10 Dispositions transitoires

Un cas dont la date d'admission précède celle de l'introduction de ST Reha (1.1.2022) n'est pas clos à la fin 2021 et rouvert le 1.1.2022. La facturation s'effectue à la sortie via ST Reha 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.

¹⁴ Selon l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.

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

3.11.1 Principe

La coordination des prestations entre les différentes institutions d'assureurs sociaux est régie par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). L'article 64 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 LPGA, 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'art. 64 al. 2 prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier. Cette disposition s'applique même si les atteintes à la santé ne sont pas entièrement dues à l'événement que l'assureur est tenu de couvrir.

L'art. 64 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).¹⁵

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

¹⁵ 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.



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

En présence d'une décision AI, les prestations doivent être séparées en fonction des répondeurs des coûts.

3.11.3 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'assureur est tenu de prendre à sa charge les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA. L'hôpital procède à une séparation de la facture *prorata temporis*.

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