

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

Version mai 2026

Applicable à partir du 01.01.2027

État : approuvé par le Conseil d'administration de SwissDRG SA
le **19 juin 2026**

La version en langue allemande fait foi

Sommaire

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	4
1.1	Informations nécessaires	4
1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	4
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier.....	4
1.4	Classement des cas dans un groupe de cas.....	7
1.5	Durée de séjour	8
1.6	Clarification du terme hôpital	9
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	10
2.1	Principe de base.....	10
2.2	Délimitation entre les différentes structures tarifaires stationnaires	11
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»).....	14
3	RÈGLES DE FACTURATION POUR SWISSDRG, TARPSY ET ST REHA.....	15
3.1	Regroupement de cas	15
3.2	Transferts.....	15
3.3	Prestations ambulatoires externes	15
3.4	Transports secondaires	16
3.5	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation.....	16
3.6	Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation / changement d'assureur / changement de domicile	16
3.7	Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital	18
3.8	Urgences	18
3.9	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.....	18
4	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES POUR SWISSDRG.....	24
4.1	Cas outliers.....	24
4.2	Regroupement de cas	24
4.3	Transfert.....	25
4.4	Nouveau-nés.....	26
4.5	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.....	27

5	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES POUR TARPSY	30
5.1	Regroupement de cas	30
5.2	Règle de réduction pour transfert	30
5.3	Dispositions transitoires	30
5.4	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux et d'autres payeurs	31
6	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES POUR ST REHA	33
6.1	Regroupement de cas	33
6.2	Règle de réduction pour transfert	33
6.3	Dispositions transitoires	33
6.4	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.....	34

1 Principes de base et définitions

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

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

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

1.1 Informations nécessaires

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

1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

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

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

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

1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

Principe : En général, 1 forfait peut être facturé pour chaque cas stationnaire. Une attention particulière est à porter aux règles des chapitres 3.1, 4.2, 5.1 et 6.1, selon lesquelles, à certaines conditions, plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas stationnaire et rémunérés selon un forfait unique.

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

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

Art. 3 Traitement hospitalier

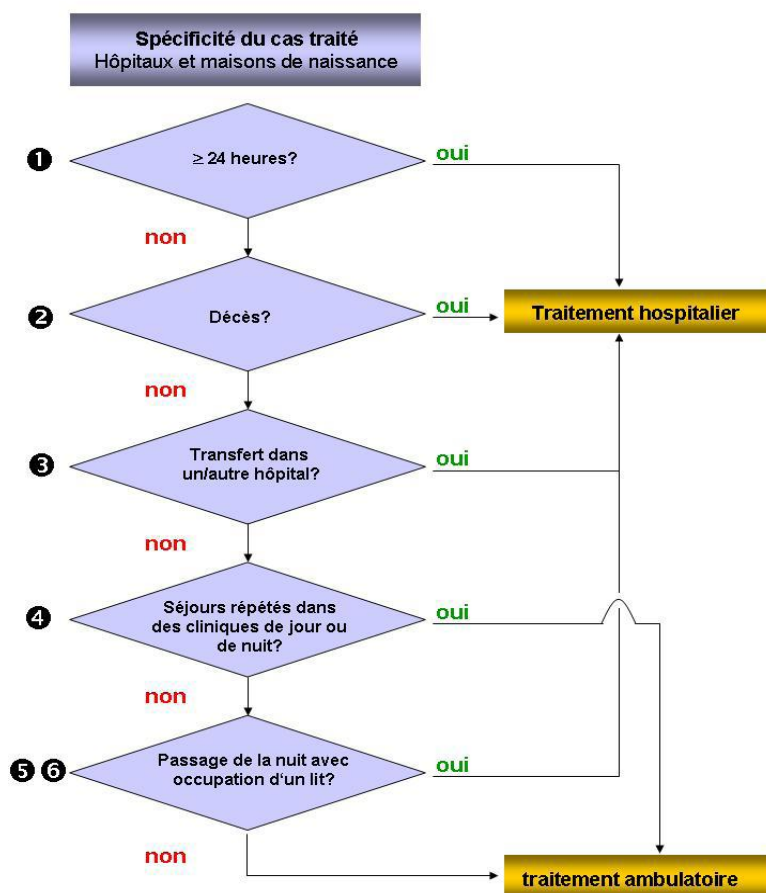
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

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

Art. 5 Traitement ambulatoire

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

• Diagramme de flux



• Explication des critères de délimitation

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

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

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

Le critère ❹ «séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit» correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie, sont considérés comme traitements ambulatoires.

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

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

Les critères ❺ «nuit» et ❻ «occupation d'un lit» sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit satisfaire les critères «nuit» et «occupation d'un lit» pour être saisi et facturé en tant que traitement hospitalier.

1.4 Classement des cas dans un groupe de cas¹

Age du patient

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

Forçage manuel

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

Obligation de rémunération

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

Maisons de naissance

Les SwissDRG s'appliquent également aux traitements hospitaliers dans les maisons de naissance; ces traitements sont soumis aux mêmes règles et définitions pour la facturation des cas. Dès lors, les DRG figurant dans le catalogue des forfaits par cas font référence pour les cas traités en maisons de naissance. Si dans certains cas, en raison du codage de certains diagnostics, des DRG non évalués, c'est-à-dire autres que ceux indiqués dans le catalogue des forfaits par cas pour les maisons de naissance, sont appliqués, le traitement de la (future) mère est indemnisé avec le «DRG - maisons de naissance, O60C». Pour les nouveau-nés, le «DRG-maisons de naissance P60D» est applicable.²

Groupes de cas non évalués

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

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

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

Rémunérations supplémentaires

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

En cas de prescriptions de médicaments pour lesquelles une rémunération supplémentaire est établi selon les dispositions de l'article 71a – 71d OAMal, ces dispositions doivent être appliquées aussi pour la facturation.

1.5 Durée de séjour

1.5.1 Durée de séjour SwissDRG

La durée de séjour se calcule selon la formule suivante:

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

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

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

1.5.2 Calcul des jours de soins facturables sous TARPSY et ST Reha

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

Cas sans transfert

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

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

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

Cas avec transfert⁵

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

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

Si un cas est admis dans un hôpital B le jour même de la sortie de l'hôpital A, il s'agit également d'un transfert, qui doit être pris en compte pour le calcul de la durée de séjour facturable.

1.5.3 Définition du congé

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

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

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

Lors du changement d'heure semestriel, l'heure supplémentaire ou l'heure supprimée n'est pas prise en compte dans le calcul du congé.

1.6 Clarification du terme hôpital

Les termes sont définis comme suit, en accord avec SpiGeS:

Hôpital: ID de l'hôpital (anciennement REE-GESV)

Sites d'un hôpital: Numéro REE

Dans le présent document, le terme hôpital englobe les établissements pour la somatique aiguë, la réadaptation et la psychiatrie. Les sections relatives à l'application des règles de regroupement des cas (chapitre 3.1), la section relative au changement de motif d'hospitalisation (chapitre 3.5), ainsi que les chapitres 4,5 et 6 constituent des exceptions. Dans ces dernières, le terme hôpital est compris comme un établissement ou un département qui entre dans le champ d'application de la structure tarifaire concernée.

⁵ Cette définition inclut tous les cas présentant les valeurs 4 (institution psychiatrique, autre établissement), 5 (institution de réadaptation, autre établissement), 44 (division/clinique de psychiatrie, même institution), 55 (service/clinique de réadaptation, même institution), et 6 (autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance) ou 66 (division/clinique de soins aigus, même institution) dans la variable SpiGes «Séjour après la sortie» (austritt_aufenthalt). Exceptions : Pour TARPSY, le 44 (service/clinique psychiatrique, même institution) n'est pas considéré comme un transfert. Pour ST Reha, le 55 (service/clinique de réadaptation, même institution) n'est pas considéré comme un transfert.

⁶ Correspond à la variable «Vacances administratives & congés» (admin_urlaub) de SpiGes.

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

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

2 Champ d'application et délimitations

2.1 Principe de base

2.1.1 SwissDRG

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

2.1.2 TARPSY

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

2.1.3 ST Reha

Le champ d'application des forfaits ST Reha, selon le catalogue RCG, englobe la rémunération de tous les séjours hospitaliers de réadaptation dans les hôpitaux ou services de réadaptation.

Exceptions au principe

- La **réadaptation précoce** n'entre pas dans le domaine d'application de ST Reha. La rémunération a lieu via la structure tarifaire SwissDRG.

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 a lieu via la structure tarifaire SwissDRG.

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 splitting de cas entre la phase de soins aigus et la phase de réadaptation pour une facturation de la paraplégie via SwissDRG. Le cas complet doit être facturé avec SwissDRG.

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 chapitre 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 (incl. : réadaptation précoce et paraplégologie selon 2.1.3).

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 ST Reha (excl. : réadaptation précoce et paraplégologie selon 2.1.3).

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 est utilisé selon 2.1.3.

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

- ⇒ SwissDRG est utilisé selon 2.1.3.

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

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

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

Structure tarifaire à appliquer	Domaine principal
SwissDRG	Somatique aiguë
SwissDRG	Maisons de naissance
SwissDRG	Soins palliatifs
TARPSY	Psychiatrie
ST Reha	Réadaptation

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

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

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

Le classement est le suivant.

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

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.

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

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 SwissDRG, TARPSY et ST Reha ne s'impose pas. En principe, les prestations d'un hôpital ou d'une maison de naissance sont rémunérées selon SwissDRG, TARPSY ou 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.

3 Règles de facturation pour SwissDRG, TARPSY et ST Reha

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

3.1 Regroupement de cas

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

Les situations citées au chapitre 4.2 (SwissDRG), 5.1 (TARPSY) et 6.1 (ST Reha) conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné en un seul cas facturé comme tel et à un regroupement dans un nouveau groupe de cas. Les diagnostics et les interventions des cas regroupés doivent alors être codés comme si l'ensemble du traitement avait eu lieu lors d'un seul séjour. De même il convient d'additionner les durées de séjour des cas regroupés. Les jours de congé éventuels ne sont déterminés qu'après le regroupement des cas.

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

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

3.2 Transferts¹²

3.2.1 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 s'appliquent selon le chapitre 3.1.

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 A¹³. L'hôpital A facture ensuite aux payeurs le forfait correspondant.

¹² Tenir compte des chapitres 4.3 (SwissDRG), 5.2 (TARPSY) et 6.1 (ST Reha)

¹³ Afin d'éviter toute distorsion lors des évaluations statistiques, il convient de signaler les prestations externes en conséquence lors du codage.

Exception TARPSY et ST Reha :

La facturation séparée et supplémentaire de prestations médicales pendant le traitement hospitalier sous TARPSY et ST Reha est possible selon les accords nationaux correspondants entre les associations des partenaires tarifaires.

Exception maisons de naissance :

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

Aucune autre exception n'est admise.

3.4 Transports secondaires

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

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

L'hôpital établit une facture comprenant un seul forfait et ce, indépendamment du type de modification du motif d'hospitalisation¹⁴.

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

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

Voir à ce propos les règles de splitting de factures définies aux chapitres 3.9, 4.5 (Swiss-DRG), 5.4 (TARPSY) et 6.4 (ST Reha).

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

Principe :

Les forfaits sont facturés après la sortie du patient. Pour les patients admis pendant l'année T qui ne ressortent que l'année T+N, la facture est établie dans l'année T+N selon le tarif valable dans l'année T+N¹⁵. Toute forme de facture intermédiaire au 31.12. est exclue (il n'y a

¹⁴ 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.

¹⁵ Les principes de codage en vigueur au temps T + N selon le chapitre 1.2 du présent document s'appliquent également dans ce cas.

qu'une seule facture pour l'ensemble du séjour hospitalier). Dans les cas de très longue hospitalisation, les partenaires tarifaires peuvent toutefois convenir du paiement d'acomptes.

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

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

Lors d'un changement d'assurance du patient, la facture est adressée, au moment de la sortie¹⁶, à l'assureur auprès duquel le patient était assuré lors de son entrée à l'hôpital. Le montant total de la facture est partagée entre les assureurs maladie au pro rata temporis (selon le nombre de jours de séjour). Le nombre de jours de séjour est calculé selon le chiffre 1.5 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et 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 al. 2^{ter} de la LAMal change, la clé valable lors de la sortie du patient s'applique.

Exception :

Pour les patients de médecine légale dans les établissements psychiatriques avec un mandat de prestations pour la psychiatrie médico-légale qui sont admis l'année T et ne sont pas encore sortis au 31.12 de l'année T+1, l'hôpital établit une facture annuelle à l'assureur et au canton de domicile pour le séjour durant les années T et T+1. Lors de la facturation annuelle, la tarification du cas est fixée (pas pour SwissDRG SA et l'Office fédéral de la statistique), ce qui signifie que la facture est établie sur la base du tarif en vigueur dans l'année T+1 et n'est plus corrigée après la sortie définitive du patient. Ce procédé est répété si le patient n'est pas sorti au 31.12 de chaque année qui suit. Dans ce cas, le cost-weight respectivement le plus bas du PCG déterminé¹⁷ s'applique. La facture à la sortie du patient comprend uniquement la période de séjour du patient durant l'année de sortie. Cela signifie qu'il n'y a pas de facture pour le cas total. Le cas complet doit être transmis à SwissDRG SA et à l'Office fédéral de la statistique à la sortie du patient. Sous réserve de corrections suite à l'examen par les assureurs/cantons ou en raison d'un ajustement tarifaire rétroactif.

¹⁶ Chez les high-outliers en psychiatrie médico-légale, les factures sont envoyées à l'assureur et au canton respectifs en cas de facturation annuelle au 31.12.

¹⁷ Le PCG à facturer et le cost-weight de la facture annuelle sont déterminés comme suit: dans un premier temps, le cas tarifaire à compter du 1.1 au 31.12 (ou jusqu'à la sortie effective) de l'année à facturer est codé pour déterminer le PCG. Les valeurs de HoNOS en début de cas tarifaire sont alors prises en compte pour le regroupement. Dans un second temps, le cost-weight de la dernière phase du PCG déterminé selon le catalogue PCG est multiplié par le nombre de jours de traitement (déterminé selon la règle 1.5.2). Les éventuelles rémunérations supplémentaires sont facturées en sus. L'entrée MCD correspondante est transmise à l'assureur concerné avec la facture.

3.7 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 les cas d'hospitalisation et les cas ambulatoires.

En principe, les traitements et examens doivent s'effectuer dans le cadre du séjour d'hospitalisation du patient, sauf si le respect des critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique¹⁸ définis dans l'article 32 LAMal exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

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

3.8 Urgences

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

3.9 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux¹⁹

Principe

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

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

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

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

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

¹⁸ Selon l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.

¹⁹ Tenir compte des chapitres 4.5 (SwissDRG), 5.4 (TARPSY) et 6.4 (ST Reha)

Pour déterminer si un traitement est entièrement pris en charge par une seule assurance sociale ou s'il faut procéder à un splitting de la facture, une vérification en trois étapes est effectuée ²⁰.

Un splitting de la facture n'est effectué que si le poids total des coûts de toutes les prestations fournies (DRG 1) est supérieur à 0,46.

Étape 1: Vérification de l'existence d'une seule atteinte à la santé au début du traitement stationnaire (Art. 64, al. 3, LPGA):

Question de vérification 1:

S'agit-il d'une seule atteinte à la santé non délimitable, éventuellement avec plusieurs causes?

Une seule atteinte à la santé peut également être retenue lorsque plusieurs causes agissent conjointement. L'élément déterminant est qu'il s'agit d'**une seule affection**.

Exemple : une affection de la colonne vertébrale pouvant résulter aussi bien d'un accident que d'une évolution dégénérative (maladie).

Conséquence en cas de réponse positive : si la réponse à cette question est **positive**, le traitement stationnaire est pris en charge par une seule assurance sociale. L'ordre suivant s'applique (art. 64, al. 2, LPGA):

- a. assurance militaire
- b. assurance-accidents
- c. assurance invalidité
- d. assurance-maladie

Conséquence en cas de réponse négative: si cette question reçoit une réponse **négative**, ceci veut dire qu'il donc plusieurs atteintes à la santé délimitées les unes des autres. Le cas doit alors être examiné selon à l'**étape 2**.

Définition: atteintes à la santé pouvant être délimitées les unes des autres:

En cas d'atteintes à la santé délimitées les unes des autres, il s'agit de deux ou plusieurs affections qui existent indépendamment les unes des autres et qui ne constituent ni la conséquence ni une composante d'une autre atteinte à la santé.

Exemple: une pneumonie virale et une malformation cardiaque de naissance.

Remarque: lorsque des atteintes à la santé délimitées sont traitées dans le cadre d'un seul traitement médicale stationnaire, par exemple parce que les infirmités sont localisées dans la même partie du corps et qu'il serait, d'un point de vue médical, inutile ou même irresponsable, de réaliser deux interventions distinctes en parallèle, on en reste néanmoins à des mesures délimitées.

En cas d'incertitude quant à la possibilité de savoir si les atteintes à la santé peuvent être délimitées les unes des autres ou non:

²⁰ Les étapes 2 et 3 peuvent également être effectuées dans l'ordre inverse.

En cas d'incertitude quant à la possibilité de savoir si les atteintes à la santé peuvent être délimitées les unes des autres ou non, les possibilités suivantes permettent de clarifier la situation :

Dans des cas individuels:

- Les clarifications et exemples de cas actuellement en vigueur concernant les règles d'application.
- La consultation technique avec le médecin traitant, le médecin-conseil des assureurs ou le service médical régional (SMR). Ceux-ci conseillent les différentes caisses d'assurance sociale. La décision revient aux assurances sociales concernées.

En cas de questions récurrentes:

- Les demandes de modification des clarifications et des exemples de cas concernant les règles d'application doivent être adressées au groupe de travail définition des cas de SwissDRG SA par l'intermédiaire des sociétés représentées concernées (H+, prio.swiss, CDS, CTM et FMH).

Étape 2 : Question relative à la pertinence en termes de coûts:

Question de vérification 2:

Une autre atteinte à la santé délimitable, relevant d'une autre institution d'assureur sociale, entraîne-t-elle des coûts supplémentaires?

Aux fins de simplification administrative, les sociétés représentées (H+, prio.swiss, CDS, CTM et FMH) ont convenu que la question d'un splitting de la facture ne se pose que lorsque, en présence de plusieurs atteintes à la santé délimitées les unes des autres, relevant chacune de différentes institutions d'assureurs sociaux, il existe une incidence sur les coûts.

Conséquence en cas de réponse positive: si la réponse à cette question est positive, il convient de continuer l'examen du cas d'après l'étape 3.

L'appréciation juridique visant à déterminer s'il existe plusieurs atteintes à la santé délimitées les unes des autres et si celles-ci peuvent être traitées séparément s'effectue, indépendamment de cela, conformément à l'art. 64, al. 3 et 4 LPGA.

Conséquence en cas de réponse négative: si cette question reçoit une réponse négative, aucun splitting de la facture n'est effectué. La facturation est adressée à l'assurance sociale compétente pour le diagnostic principal / traitement principal (celui nécessitant le plus de ressources).

Définition de la pertinence des coûts:

L'incidence sur les coûts existe lorsque le traitement d'une autre atteinte à la santé délimitée, relevant d'une autre institution d'assurance sociale, entraîne des coûts supplémentaires qui n'auraient pas été engagés sans cette autre atteinte à la santé distincte. S'il n'y a pas de coûts supplémentaires, il n'y a pas d'incidence sur les coûts.

Des coûts supplémentaires peuvent résulter des éléments suivants:

- le cost-weight est influencé par l'apparition d'une autre atteinte à la santé délimitée;
- le traitement ou la procédure relatif(ve) à l'autre atteinte à la santé délimitée est pertinent(e) du point de vue du cost-weight;
- des paramètres administratifs ou tarifaires tels que la durée du séjour, le poids, les heures de ventilation ou le mode de sortie sont influencés par l'atteinte à la santé supplémentaire et ont ainsi une incidence sur le cost-weight;
- une procédure entraîne une rémunération supplémentaire.

Étape 3: Question relative à la possibilité d'un traitement séparé en cas de survenance d'une atteinte supplémentaire à la santé au cours du traitement stationnaire (art. 64 al. 4 LPG):

Question de vérification 3 :

Une atteinte supplémentaire à la santé survient-elle au cours du traitement stationnaire en cours et un traitement séparé est-il possible?

Il convient d'évaluer la relation réciproque entre les deux ou plusieurs traitements thérapeutiques.

Conséquence en cas de réponse positive : si un traitement séparé des atteintes à la santé délimitées est possible, il convient en principe de procéder à un **splitting de la facture**.

Conséquence en cas de réponse négative : si un traitement séparé n'est pas possible, l'assurance sociale tenue de verser des prestations pour l'atteinte à la santé ayant conduit à l'hospitalisation prend également en charge les coûts de l'atteinte à la santé survenue ultérieurement. Sur le plan temporel, cet assureur social est responsable de la prise en charge des coûts supplémentaires aussi longtemps que l'atteinte à la santé initiale est traitée.

Les critères suivants sont déterminants pour exclure la possibilité d'un traitement séparé:

Il convient d'évaluer la relation mutuelle entre les deux ou plusieurs traitements thérapeutiques. Les critères suivants sont déterminants pour exclure la possibilité d'un traitement séparé:

- Si les deux traitements thérapeutiques doivent être réalisés immédiatement, la possibilité d'un traitement séparé est exclue.
- Si les deux traitements thérapeutiques doivent être réalisés simultanément, la possibilité d'un traitement séparé est exclue.

Les critères suivants **ne sont pas** déterminants pour exclure la possibilité d'un traitement séparé:

- Il existe un diagnostic principal et un diagnostic secondaire.
- Les deux traitements sont de nature qualitative différente.
- L'un des traitements constitue une condition préalable à la réalisation de l'autre.

Exemples:

- Si seule l'une des atteintes à la santé délimitées nécessite un traitement, tandis que l'autre n'entraîne qu'un acte diagnostique, il n'y a pas de traitement simultané de plusieurs atteintes à la santé.
- Si une séparation des traitements est médicalement impossible, il s'agit d'un traitement simultané.
- Si l'un des traitements constitue nécessairement une préparation immédiate (c'est-à-dire simultanée) ou une composante du traitement de l'autre atteinte à la santé, il s'agit d'un traitement simultané.

En cas d'incertitude, si un traitement séparé est possible ou non:

En cas d'incertitude quant à la question de savoir si les atteintes à la santé doivent être considérées comme traitables séparément ou non, les possibilités suivantes permettent de clarifier la situation:

Dans des cas individuels:

- Les clarifications et exemples de cas actuellement en vigueur concernant les règles d'application.
- La consultation technique avec le médecin traitant, le médecin-conseil des assureurs ou le service médical régional (SMR). Ceux-ci conseillent les différentes caisses d'assurance sociale. La décision revient aux assurances sociales concernées.

En cas de questions récurrentes:

- Les demandes de modification des clarifications et des exemples de cas concernant les règles d'application doivent être adressées au groupe de travail « Définition des cas » de SwissDRG SA par l'intermédiaire des sociétés représentées concernées (H+, prio.swiss, CDS, CTM et FMH).

Splitting de la facture:

Un splitting de la facture est effectué lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies:

- Il existe plusieurs traitements et/ou procédures relatifs(ves) à différentes atteintes à la santé, délimitables les unes des autres (étape 1).
- Ces atteintes à la santé délimitables peuvent être traitées séparément au cours de la même hospitalisation (étape 2).
- Les traitements et/ou procédures délimitables relatifs à ces atteintes à la santé délimitables sont identifiables de manière pertinente en termes de coûts (étape 3).

La répartition des coûts doit être effectuée en fonction de la part qui aurait été prise en charge par les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé des atteintes, cette part devant être déterminée au cas par cas sur la base des indications médicales correspondantes.

Contestation du splitting:

Si un splitting de la facture effectué par l'hôpital est contesté par un assureur impliqué, l'assurance sociale compétente au sens de l'art. 70 LPGA avance les prestations au prestataire de soins.

Communication/décision de l'AI:

La décision déterminante pour l'obligation de prestation, respectivement pour la durée des prestations de l'AI, est celle rendue par l'office AI compétent (cf. ~~art. 57, al. 1, let. g de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité~~ ; art. 41, al. 1, let. d et art. 74, ~~let. a~~ de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité ; art. 49 LPGA).²¹

²¹ Ces dispositions s'appliquent uniquement à la facturation. Dans le cadre du relevé SpiGes, l'hôpital saisit le codage du cas complet, non divisé. En conséquence, ce sont les coûts du cas complet, non divisé, qui sont indiqués et transmis à SwissDRG SA.

Si la décision ou la communication de l'AI n'est pas valable pour l'ensemble de la période d'hospitalisation, il convient de vérifier si la décision ou la communication s'applique rétroactivement dès le début du traitement.

Si la décision ou la communication de l'AI s'applique rétroactivement, il est déterminant pour les prestations déjà fournies de savoir si une seule atteinte à la santé a été traitée (art. 64 al. 3 LPGA ; pas de splitting de la facture) ou non (voir splitting de la facture). Voir à cet égard les explications relatives à l'art. 64 al. 3 LPGA pour la procédure.

Rémunération supplémentaire:

Le splitting de la facture dépend des questions de vérification 1 à 3. En cas de splitting de la facture, la rémunération supplémentaire est facturée à l'assurance sociale qui est tenue de fournir la prestation pour cette prestation supplémentaire concrète. S'il n'y a pas de splitting de la facture en raison de l'absence de pertinence en termes de coûts, la rémunération supplémentaire est également facturée à l'assurance sociale tenue de fournir la prestation pour cette prestation supplémentaire concrète. Si une rémunération supplémentaire ne relève pas de l'art. 64 al. 3 ou 4 LPGA, son décompte est déterminé par l'obligation matérielle de prestation pour la prestation supplémentaire concrète.

4 Règles de facturation particulières pour SwissDRG

4.1 Cas outliers

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

4.1.1 Low-outliers

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

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

4.1.2 High-outliers

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

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

4.2 Regroupement de cas

4.2.1 Réadmission dans la même MDC²²

Si un cas est réadmis dans le même hôpital et la même MDC dans les 18 jours qui suivent la sortie²³, les deux cas sont regroupés.

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

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

²² Cette règle a été conçue de telle manière que les réadmissions pour cause de complication résultant d'un séjour en hospitalisation précédent conduisent à un regroupement de cas. Les directives de codage ont été adaptées en conséquence.

²³ «Dans les 18 jours qui suivent la sortie» signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

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 dans une maison de naissance (chapitre 4.2.2).

4.2.2 Retransfert

Si un cas est réadmis dans les 18 jours²⁴ suite à un retransfert depuis un autre hôpital soumis à ces règles de facturation, les cas de la même MDC sont regroupés. Les réductions pour transfert selon la réglementation du chapitre «transfert» sont applicables. La règle s'applique également lorsqu'il y a plus de deux hôpitaux impliqués (les cas sont regroupés même si l'hôpital qui retransfère le cas n'est pas celui dans lequel le patient a été transféré en premier lieu).

4.2.3 Regroupement combiné de cas

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

4.3 Transfert

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

4.3.1 Règle de réduction pour transfert

Dans le cas d'un transfert²⁵, 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 de plus d'un jour en dessous de la durée de séjour moyenne DSM (arrondie à la valeur inférieure à des journées entières) du DRG facturé selon le catalogue des forfaits par cas. La réduction se calcule sur la base du taux de réduction journalier (propre à chaque DRG et figurant dans le catalogue des forfaits par cas) multiplié par le nombre de jours pour lesquels il faut procéder à une réduction (voir la documentation du Grouper).

²⁴ «Dans les 18 jours» signifie: le délai débute avec le transfert et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant le transfert. Le jour du transfert n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

²⁵ Lorsqu'il y a transfert d'un hôpital étranger (hors du champ d'application des SwissDRG) dans un hôpital qui tombe dans le champ d'application des SwissDRG, le cas doit être indiqué comme une admission et non comme un transfert pour la facturation (aucune réduction pour transfert n'est appliquée). L'hôpital qui admet le patient désigne le lieu de séjour avant l'admission par «8 = autre».

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

a) DRG de transfert

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

b) Transfert dans les 24 heures

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

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

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

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

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

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

Les réductions pour transfert s'appliquent normalement.

4.4 Nouveau-nés

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

La facturation est établie au payeur du séjour de la mère si le nouveau-né est sain²⁶ et au payeur correspondant au nouveau-né dans le cas contraire.

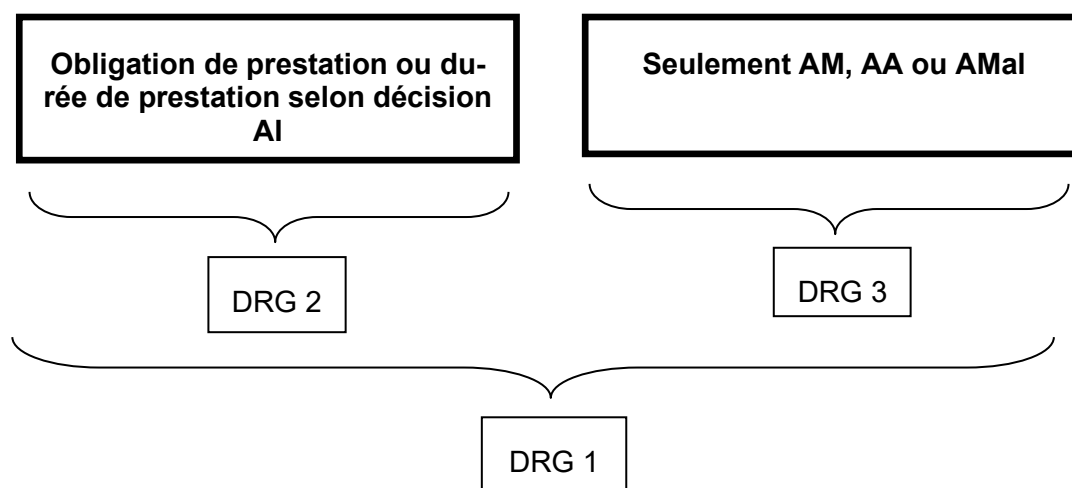
Pour la facturation, les nouveau-nés dans les DRG P66D et P67D sont considérés comme sains, si la naissance du nouveau-né est rémunérée avec ces DRG.

²⁶ Les DRG P66D et P67D incluent les nouveau-nés en bonne santé.

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

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

Lorsqu'il existe une décision de l'AI et qu'il s'agit d'au moins deux atteintes à la santé distinctes et délimitées les unes des autres, dont une relève du domaine de prestations correspondant à la décision de l'AI, pouvant être traitées séparément au cours de la même hospitalisation, et que les coûts respectifs des traitements séparés de ces deux atteintes à la santé distinctes et délimitées sont identifiables de manière pertinente, l'hôpital procède au à un splitting de la facture. selon les modalités suivantes (condition: $cw2 < cw1$; sinon pas de splitting).



Pour le codage du DRG 2, il est considéré que seules les prestations à charge de l'AI ont été fournies, et pour la détermination du DRG 3, il est considéré que seules les prestations à charge de l'assurance AMal/AA/AM ont été fournies.

~~Pour la facturation, les durées de séjour~~ Si les traitements des différentes atteintes à la santé peuvent être délimités dans le temps, les durées de séjour respectifs sont déterminées comme suit (en jours entiers):

- heure de sortie pour le calcul du DRG 2: 23:5945 du jour x
- heure d'entrée pour le calcul du DRG 3: 00:00 du jour x +1

Dans ce cas, la somme des durées de séjour des DRG 2 et 3 correspond à la durée de séjour du DRG 1.

Les traitements respectifs des différentes atteintes à la santé peuvent toutefois souvent ne pas être délimités dans le temps. Dans ce cas, une durée de séjour médicalement réaliste est retenue pour la détermination de chacun des DRG 2 et 3. Il peut alors y avoir des chevauchements dans les durées de séjour, c'est-à-dire que la somme des durées de séjour des DRG 2 et 3 peut être supérieure ou inférieure à la durée de séjour du DRG 1.

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

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

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

- 1) Une facture à l'AI, où la part $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 doit être facturée après multiplication par son prix de base. Deux factures pour le traitement relevant du domaine de prestations de l'assurance-invalidité et devant être prises en charge par celle-ci :
 - a) L'assurance-invalidité prend en charge la part $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ du DRG 1, multipliée par son prix de base selon la répartition des coûts applicable selon l'art. 14^{bis}, al. 1 LAI.
 - b) Le canton prend en charge proportionnellement, la part $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ du DRG 1, multipliée par le prix de base de l'assurance-invalidité, selon la répartition des coûts applicable selon l'art. 14^{bis}, al. 1 LAI.
- 2a) Deux factures pour le reste du séjour pour le traitement relevant du domaine de prestations de l'autre institution d'assureurs sociaux et devant être prises en charge par celui-ci, si c'est un assureur-maladie :
 - a) L'assureur-maladie prend en charge la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 multipliée par son prix de base selon la répartition des coûts définie par les règles du nouveau financement hospitalier actuel²⁷.
 - b) Le canton prend en charge proportionnellement la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1 multiplié par le prix de base de l'assureur-maladie selon la répartition des coûts définie par les règles du nouveau financement hospitalier actuel²⁷.
- ou
- 2b) Une facture pour le reste du séjour à pour le traitement relevant du domaine de prestations de l'autre institution d'assureurs sociaux et devant être prise en charge par celui-ci, s'il s'agit d'un assureur-accident ou de l'assurance militaire : l'AA/AM prend en charge la part $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ du DRG 1, multipliée par son prix de base

De même, Les rémunérations supplémentaires, selon le domaine de prestations de l'institution d'assureurs sociaux dont elles relèvent sont facturées à l'assurance sociale correspondante tenue de les prendre en charge. En cas d'obligation de prestation de plusieurs assurances sociales, les rémunérations supplémentaires sont réparties entre les payeurs et leur sont facturées selon les règles de splitting (1) et (2). sont réparties entre les payeurs et leur sont remboursées selon les règles de splitting (1) et (2).

²⁷Répartition des coûts sous réserve des dispositions transitoires de la LAMal du 21 décembre 2007, al. 5. Les rémunérations spéciales selon les annexes au catalogue de forfaits par cas doivent être réparties en conséquence.

4.5.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

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

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

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

5 Règles de facturation particulières pour TARPSY

5.1 Regroupement de cas

5.1.1 Réadmission ou retransfert

Si un cas est réadmis ou retransféré dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie²⁸, les deux cas sont regroupés. Dans la mesure où la détermination du degré de gravité est fonction d'HoNOS/CA, les évaluations lors de l'entrée au premier séjour servent comme critère en cas de regroupement des cas.

5.1.2 Regroupement combiné de cas

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

5.1.3 Exception pour la médecine légale

Il n'y a pas de regroupements de cas entre les cliniques ou services de médecine légale et les cliniques ou services non médico-légaux. Les cas sont facturés séparément.

5.2 Règle de réduction pour transfert

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

5.3 Dispositions transitoires

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

²⁸ «Dans les 18 jours qui suivent la sortie» signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^e jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

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

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

Lorsqu'il existe une décision de l'AI et qu'il s'agit d'au moins deux atteintes à la santé délimitées les unes des autres, dont une relève du domaine de prestations correspondant à la décision de l'AI, pouvant être traitées séparément au cours de la même hospitalisation, et que les coûts respectifs des traitements séparés de ces deux atteintes à la santé distinctes et délimitées sont identifiables de manière pertinente, l'hôpital procède au splitting de la facture, au prorata temporis. Le cost-weight relatif pris en compte pour la facturation découle du nombre de jours de soins de l'ensemble du cas. L'hôpital facture à l'AI le nombre de jours de soins imputables selon la décision de l'AI et facture à l'autre institution d'assureurs sociaux la différence entre l'ensemble des jours de soins imputables de l'ensemble du cas et ceux à la charge de l'AI.

Si l'autre institution d'assureurs sociaux est un assureur maladie, l'hôpital établit pour le traitement relevant du domaine de prestations le cas de l'AI une facture à l'attention de l'assurance invalidité et une facture à l'attention du canton, proportionnellement selon la répartition des coûts définie selon l'art. 14^{bis}, al. 2 LAI, et pour le traitement relevant du domaine de prestations de l'AMal une facture à l'attention de l'assurance maladie et une facture à l'attention du canton, proportionnellement selon la répartition des coûts définie par les règles du financement hospitalier actuel (art. 49a LAMal)²⁷. Lorsqu'il procède à la facturation, l'hôpital applique le prix de base de l'assurance invalidité respectivement de l'assurance maladie concernée.

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

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

Les rémunérations supplémentaires sont facturées à l'assurance sociale tenue de les prendre en charge. En cas d'obligation de prestation de plusieurs assurances sociales, les rémunérations supplémentaires sont réparties entre les payeurs et leur sont remboursées selon les règles de splitting (1) et (2).

Pour le calcul des jours de séjour, les jours de congé sont pris en compte auprès de l'assureur qui était tenu, à ce moment-là, de prendre en charge les frais de séjour.

5.4.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

L'hôpital code l'ensemble du cas (cas total TARPSY) et le cas AA/AM (PCG AA/AM) et facture à l'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 l'hôpital procède, sur la base des indications de l'assurance AA/AM, à un splitting de la facture au prorata temporis, par analogie au chapitre 5.4.1.

Pour les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA, l'hôpital établit, sur la base des données 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.

6 Règles de facturation particulières pour ST Reha

6.1 Regroupement de cas

6.1.1 Réadmission ou retransfert

Si un cas est réadmis ou retransféré dans le même hôpital et le même RCG de base dans les 18 jours qui suivent la sortie²⁹, les deux cas sont regroupés. En cas de regroupement des cas les évaluations lors de l'entrée au premier séjour servent comme critère.

6.1.2 Regroupement combiné de cas

En cas de réadmissions ou de retransferts multiples, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie ou le premier transfert, respectivement, sont regroupés (selon 6.1.1). Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

6.2 Règle de réduction pour transfert

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

6.3 Dispositions transitoires

Un cas dont la date d'entrée précède celle de l'introduction de ST Reha (1.1.2022) n'est pas clos à la fin de l'année 2021 et est rouvert au 1er janvier. La facture 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.

²⁹ Dans les 18 jours suivant la sortie" signifie que le délai commence à courir au moment de la sortie et dure jusqu'au 18e jour calendaire inclus suivant le jour de la sortie. Le jour de la sortie n'est donc pas pris en compte dans le délai.

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

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

Lorsqu'il existe une décision de l'AI et qu'il s'agit d'au moins deux atteintes à la santé délimitées les unes des autres, pouvant être traitées séparément au cours de la même hospitalisation, et que ces deux atteintes pouvant être traitées séparément ou les traitements séparables sont pertinents en termes de coûts, l'hôpital procède à un splitting de la facture au prorata temporis. Le cost-weight relatif pris en compte pour la facturation découle du nombre de jours de soins de l'ensemble du cas. L'hôpital facture à l'AI le nombre de jours de soins imputables selon la décision AI et à l'autre institution d'assureurs sociaux la différence entre l'ensemble des jours de soins imputables et ceux à la charge de l'AI. Si l'autre institution d'assureurs sociaux est un assureur maladie, l'hôpital établit, pour le cas AI ainsi que pour le cas LAMal, deux factures distinctes, conformément à la clé de répartition des coûts du nouveau financement hospitalier actuel (art. 49a LAMal), respectivement selon l'art. 14bis, al. 2 LAI, à l'attention de l'assurance-invalidité l'une à de l'assureur et l'autre au du canton. Lorsqu'il procède à la facturation, l'hôpital applique le prix de base de l'institution d'assureurs sociaux concernée.

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

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

Les rémunérations supplémentaires sont facturées à l'assurance sociale tenue de les prendre en charge. En cas d'obligation de prestation de plusieurs assurances sociales, les rémunérations supplémentaires sont réparties entre les payeurs et leur sont remboursées selon les règles de splitting (1) et (2).

Pour le calcul des jours de séjour, les jours de congé sont pris en compte auprès de l'assureur qui était tenu, à ce moment-là, de prendre en charge les frais de séjour.

6.4.2 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

L'hôpital code l'ensemble du cas (cas total ST Reha) et le cas AA/AM (PCG AA/AM) et facture à l'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, sur la base des indications de la AA/AM, à un splitting de la facture au prorata temporis, par analogie au chapitre 6.4.1.

Pour les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA, l'hôpital établit, sur la base des données 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.