

Règles et définitions pour la facturation des forfaits ambulatoires

Version novembre 2021

État: approuvé par le conseil d'administration de
solutions tarifaires suisses sa

le xx décembre 2021

Sommaire

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	3
1.1	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	3
1.2	Distinction hospitalier / ambulatoire	3
1.3	Fournisseurs de prestations	5
1.4	«Cas ambulatoire»	5
1.5	Classement des cas dans un groupe de cas	6
2	CHAMP D'APPLICATION ET LIMITATIONS	8
2.1	Principes de base	8
2.2	Délimitation entre forfait ambulatoire et tarif à la prestation	8
3	RÈGLES DE RÉMUNÉRATION DES FORFAITS AMBULATOIRES	9
3.1	Regroupement de cas	9
3.2	Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux durant une journée de traitement	9
3.3	Urgences	9
3.4	Nouveau-nés	9

1 Principes de base et définitions

Ce document définit pour l'application des forfaits ambulatoires:

- ⇒ les fondements (chapitre 1)
- ⇒ le champ d'application (chapitre 2)
- ⇒ les règles de la facturation des cas (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 solutions tarifaires suisses sa ou par une instance nommée par ce dernier, dans le respect des règles définies dans ce document et des prescriptions légales.

1.1 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des forfaits ambulatoires facturés selon des structures tarifaires nationales uniformes 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.

solutions tarifaires suisses sa publie des lignes directrices relatives au manuel de codage médical conformément à la structure tarifaire, ainsi que d'éventuels codages analogues contraignants.

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

solutions tarifaires suisses sa est tenue d'adresser ses besoins à l'OFS en vue du développement et de l'entretien des forfaits ambulatoires.

1.2 Distinction hospitalier / ambulatoire

La distinction entre les traitements hospitaliers et les traitements 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

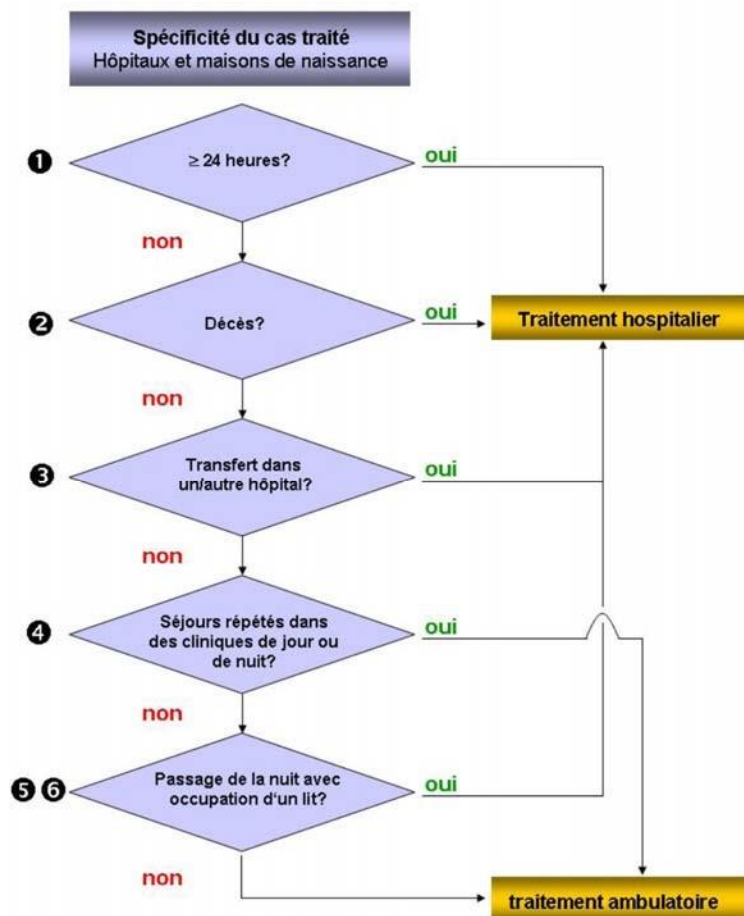
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

- 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 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 ✳ «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 ♠ «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 ❸ «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 → «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 ❸ «nuit» et → «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».

1.3 Fournisseurs de prestations

Sont réputés fournisseurs de prestations, les fournisseurs de prestations au sens des art. 36, 36a ou 39 LAMal.

1.4 «Cas ambulatoire»

Le forfait ambulatoire représente un cas tarifaire. Le cas tarifaire inclut toutes les prestations ambulatoires d'un fournisseur de prestations au bénéfice d'un patient lors d'un contact ambulatoire avec ce dernier.

La notion de «contact patient» est définie comme la rencontre physique d'un patient avec un fournisseur de prestations. Dans le cadre de ce contact, un examen et/ou un traitement ambulatoire est dispensé par un fournisseur de prestations au bénéfice d'un patient.

Le cas tarifaire inclut également les prestations suivantes:

- analyses
- pathologie clinique
- rapports

fournies ultérieurement, mais ordonnées dans le cadre du cas tarifaire.

Plusieurs «contacts patient» du même fournisseur de prestations lors du même jour civil sont regroupés en un cas tarifaire. Les «contacts patient» soumis à la «règle de minuit» et sans occupation de lit sont également un cas tarifaire.

Exceptions

Les produits thérapeutiques suivants peuvent être facturés en sus du forfait ambulatoire:

- Produits sanguins stables et labiles
- Médicaments selon les indications du catalogue des forfaits par cas

Principe: un fournisseur de prestations peut facturer un forfait par cas ambulatoire. Il convient de prêter une attention particulière aux règles du chapitre 3.1 selon lesquelles, à certaines conditions, plusieurs «contacts patient» ambulatoires sont regroupés en un cas ambulatoire, partant en un forfait.

1.5 Classement des cas dans un groupe de cas

Âge du patient

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

Sexe du patient

Le sexe, au sens du droit civil, à l'admission est déterminant pour le groupage des cas.

S'agissant de la facturation du traitement de patients intersexués, le sexe traité est déterminant pour l'établissement de la facture.

Forçage manuel

Le groupage par forçage manuel n'est pas admis. Le Groupeur seul décide du classement d'un cas dans un groupe de cas.

Obligation de rémunération

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

Groupes de cas non évalués

Pour les groupes de cas non évalués, les partenaires tarifaires conviennent de rémunérations individuelles, dans la mesure où celles-ci peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins, respectivement de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire dans la prise en charge ambulatoire.

2 Champ d'application et limitations

2.1 Principes de base

2.1.1 Forfaits ambulatoires

Le champ d'application des forfaits ambulatoires englobe la rémunération de tous les «contacts patient» ambulatoires des soins spécialisés dispensés dans le domaine hospitalier ambulatoire et stationnaire, pour lesquels un forfait ambulatoire existe selon le manuel de définition.

Les forfaits ambulatoires existants conclus à l'échelle nationale peuvent être rémunérés en supplément du champ d'application ici défini.

2.1.2 Tarif à la prestation

Le champ d'application du tarif à la prestation englobe la rémunération de tous les «contacts patient» ambulatoires des soins de base dispensés dans le domaine hospitalier ambulatoire et stationnaire, dans la mesure où il n'existe aucun forfait ambulatoire.

2.2 Délimitation entre forfait ambulatoire et tarif à la prestation

Le résultat du groupage est déterminant pour la définition du champ d'application. Le Groupeur définit si un forfait ou un tarif à la prestation doit s'appliquer.

3 Règles de rémunération des forfaits ambulatoires

3.1 Regroupement de cas

Principe de base: chaque «contact patient» lors du même jour est considéré comme un nouveau cas tarifaire, sauf si l'exception suivante s'applique.

Exception: réopération dans les 7 jours civils

Si dans les 7 jours civils à compter de l'intervention / de l'examen/ du traitement ambulatoire, le patient est à nouveau traité en ambulatoire par le même fournisseur de prestations et que les deux forfaits ambulatoires se rattachent au même groupe de cas de base de la partition opératoire, les deux forfaits ambulatoires sont regroupés.

À cet égard, les diagnostics et les procédures des deux interventions / examens / traitements ambulatoires doivent être codés comme si l'ensemble du traitement avait été dispensé durant un «contact patient». Le résultat du Groupeur est déterminant pour la facturation du forfait ambulatoire.

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

Il n'y a pas de regroupement de cas entre plusieurs fournisseurs de prestations

3.2 Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux durant une journée de traitement

Si un fournisseur de prestation a plus d'un «contact patient» lors d'une même journée civile avec plusieurs assureurs sociaux différents compétents, un forfait peut être facturé à chaque assureur social compétent.

3.3 Urgences

Le traitement ambulatoire d'un patient en urgence n'a aucune influence sur le groupage d'un cas dans un groupe de cas spécifique.

3.4 Nouveau-nés

Tout nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un cas séparé et facturé par un forfait propre.

La facturation est établie au répondant des coûts de la mère si le nouveau-né est en bonne santé, et au répondant des coûts du nouveau-né si celui-ci est malade.