

Modalités d'application

pour la facturation du tarif basé sur des forfaits par patient dans le système tarifaire cohérent pour les prestations médicales ambulatoires

Etat: juin 2023

Version 1.0

Sommaire

1	PRINCIPES ET DÉFINITIONS	1
1.1	Règles pour le codage ambulatoire des diagnostics et des procédures	1
1.2	Distinction hospitalier (stationnaire) / ambulatoire.....	1
1.3	Définition de «fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire».....	3
1.4	Contact-patient / cas tarifaire	4
1.5	Composition du forfait ambulatoire par patient	6
1.6	Attribution de <i>contacts-patients facturables</i> à un groupe de cas.....	6
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	8
	ANNEXE 2: CLARIFICATIONS ET EXEMPLES	11

1 Principes et définitions

Ce document définit pour l'application du tarif basé sur des forfaits par patient dans le système tarifaire cohérent pour les prestations médicales ambulatoires:

- ⇒ les fondements (chapitre 1),
- ⇒ les règles pour la facturation (chapitre 1),
- ⇒ le champ d'application et l'interaction avec le tarif à la prestation (chapitre 2) et
- ⇒ des exemples pratiques pour expliciter l'application (annexe 2).

Le conseil d'administration de solutions tarifaires suisses SA, le conseil d'administration de l'organisation visée à l'art. 47a LAMal ou une instance mandatée par ce dernier, apporte les ajustements et précisions nécessaires, qui s'étendent au-delà des présentes définitions, dans le respect des règles définies dans le présent document et des prescriptions légales.

Lorsque cela s'avère nécessaire pour une application claire, les présentes modalités d'application sont coordonnées avec celles d'autres structures tarifaires.

1.1 Règles pour le codage ambulatoire des diagnostics et des procédures

Le codage ambulatoire des contacts-patients (voir chapitre 1.4) s'aligne sur des directives définies, qui s'appliquent de manière uniforme en Suisse sur la base des nomenclatures de procédures et de diagnostics en vigueur ainsi que sur les lignes directrices sur le codage ambulatoire. Ces règles s'appliquent à tous les fournisseurs de prestations ambulatoires qui peuvent facturer des contacts-patients selon le tarif des forfaits par patient.

solutions tarifaires suisses SA, ou l'organisation visée à l'art. 47a LAMal, publie des lignes directrices sur le codage ambulatoire conformément à la convention relative à la structure tarifaire ainsi que des codages analogues contraignants.

En cas d'ambiguïtés ou de différences dans l'interprétation des lignes directrices sur le codage ambulatoire, les organisations responsables de solutions tarifaires suisses SA, ou l'organisation visée à l'art. 47a LAMal, s'efforcent de publier des clarifications.

1.2 Distinction hospitalier (stationnaire) / ambulatoire

La distinction entre les traitements hospitaliers (stationnaires) et ambulatoires repose 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 de garantir une mise en œuvre uniforme, les partenaires du système de santé sont convenus de l'interprétation suivante des définitions:

Art. 3 OCP - Traitement hospitalier

Sont réputés traitements hospitaliers stationnaires 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:

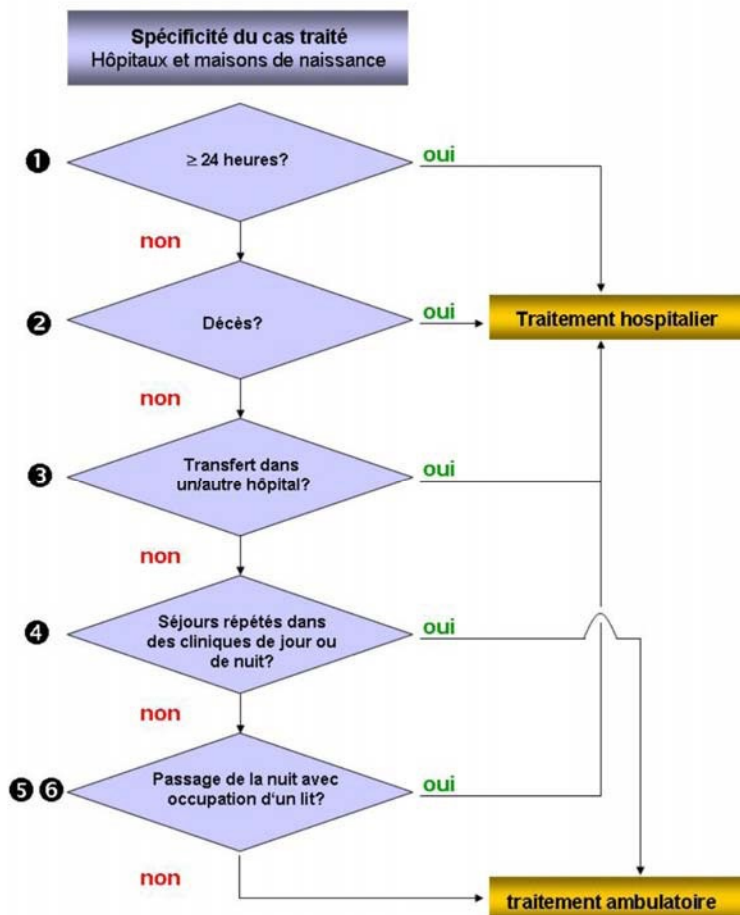
- a. d'au moins 24 heures;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant la nuit;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;

- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- e. en cas de décès.

Art. 5 OCP - 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 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 ④ «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. Sont considérés comme traitements ambulatoires 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 dispensés à l'hôpital ou physiothérapies.

Le critère ⑤ «nuit» est saisi et mesuré selon la «règle de minuit». Ainsi, le critère est rempli si le patient se trouve dans l'hôpital ou la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ⑥ «occupation d'un lit» est rempli si un patient occupe un lit d'une 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 comme des lits d'unités de soins. Les traitements de patients qui nécessitent uniquement le service d'urgence, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoires.

Les critères ⑤ «nuit» et ⑥ «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'«occupation d'un lit».

1.3 Définition de «fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire»

Est réputé *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire*

un médecin au sens de l'art. 35, al. 2, let. a LAMal

ou

une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n LAMal qui n'applique pas le concept des spécialités

ou

un service spécialisé (selon l'annexe 1) au sein d'un hôpital au sens de l'art. 35, al. 2, let. h LAMal ou d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n LAMal.

Est réputé service spécialisé:

une unité placée sous la direction et la responsabilité d'un médecin,

ou

une unité de sages-femmes et de chiropraticiens,

ou

une unité spécialisée dans une discipline médicale où des soins sont dispensés sur prescription d'un médecin (conformément à l'art. 25, al. 2, let. a, point 3 LAMal ou à l'art. 35, al. 2, let. e LAMal),

ou

une unité effectuant des transports de patients conformément à l'art. 35, al. 2, let. m LAMal.

Pour de plus amples informations, nous vous renvoyons au Règlement sur les services spécialisés.

1.4 Contact-patient / cas tarifaire

1.4.1 Définition générale du «contact-patient»

Un contact-patient est défini comme la rencontre physique ou téléphonique simultanée entre un patient et un *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire* (selon le chapitre 1.3) qui réalise, dans ce cadre et en faveur de ce patient, une prestation qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. (art. 25, al. 1 LAMal).

Une prestation sur un échantillon ou sur une préparation ne constitue pas un contact-patient (chapitre 1.4.2).

Les comptes-rendus, les consilium cliniques et d'imagerie ainsi que les comités oncologiques/d'experts médicaux/interdisciplinaires sont gérés comme un contact-patient, même s'ils ne donnent pas lieu à une rencontre physique entre le patient et le *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire*.

Tout nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un patient à part entière et est donc géré comme un contact-patient distinct.

Dans le domaine spécialisé de la radio-oncologie/radiothérapie, toutes les prestations préparatoires à la radiothérapie (CT de planification de la radiothérapie, simulation, etc.) fournies par le service de radio-oncologie sont elles aussi considérées comme un contact-patient.

1.4.2 Attribution des prestations

Le contact-patient inclut également les prestations fournies à distance, telles que les prestations de pathologie et de laboratoire, les comptes-rendus et autres prestations fournies en l'absence du patient qui s'y rapportent, à l'instar de l'étude du dossier et de la concertation avec d'autres fournisseurs de prestations.

Les prestations de pathologie et de laboratoire réalisées sur la préparation ou l'échantillon sont attribuées au contact-patient lors duquel l'échantillon a été prélevé ou l'analyse demandée, même si l'analyse est réalisée ultérieurement.

Les comptes-rendus sont attribués au dernier contact-patient mentionné dans le compte-rendu, indépendamment de sa date d'établissement.

Les autres prestations fournies en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'au jour qui précède le prochain contact-patient avec le même *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire*, ou pendant une durée de 30 jours au maximum. Font exception à cette règle les prestations demandées par les assureurs (demandes de garantie de prise en charge des coûts, renseignements écrits et oraux sur des questions médicales, étude de dossiers).

1.4.3 Le *contact-patient facturable*

Pour déterminer le *contact-patient facturable*, l'éventail des contacts-patients pour lesquels un diagnostic doit être saisi conformément aux lignes directrices sur le codage ambulatoire est défini comme suit:

Tous les contacts-patients de fournisseurs de prestations qui facturent uniquement des contacts-patients selon le tarif basé sur des forfaits par patient pour des prestations médicales ambulatoires,

Tous les contacts-patients de fournisseurs de prestations qui facturent des contacts-patients selon le tarif basé sur des forfaits par patient ou le tarif à la prestation pour des prestations médicales ambulatoires.

Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours d'un même jour civil avec le même fournisseur de prestations (selon l'art. 35, al. 2, let. h ou l'art. 35, al. 2, let. n LAMal) et que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même chapitre du catalogue des forfaits ambulatoires, ils sont regroupés dans un seul et même *contact-patient facturable*.

Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours de deux jours civils consécutifs avec le même fournisseur de prestations et que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même chapitre du catalogue des forfaits ambulatoires, ils sont regroupés dans un seul et même *contact-patient facturable*, dans la mesure où celui-ci remplit le critère 5 de la logique de délimitation du cas stationnaire, mais ne remplit pas le critère 6.

Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours d'un même jour civil avec différents fournisseurs de prestations, que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même capitulum (chapitre) du catalogue des forfaits ambulatoires et que les prestations fournies sont directement dépendantes les unes des autres, ils sont regroupés en un seul et même *contact-patient facturable*.

Dans le domaine de la radio-oncologie/radiothérapie, les prestations préparatoires à la radiothérapie (CT de planification de la radiothérapie, simulation, etc.) fournies par le service de radio-oncologie sont attribuées au contact-patient de la première radiothérapie.

Échappent à ce regroupement les contacts-patients facturés à différentes assurances sociales. Il en va de même des contacts-patients des *fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire* qui prodiguent des soins sur prescription du médecin ou qui effectuent des transports de patients (chapitre 1.3). Enfin, si un contact-patient constitue une prestation à la charge du patient, il ne peut pas non plus être regroupé.

1.4.4 Définition de la notion de «cas tarifaire»

La définition du cas tarifaire dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient correspond au *contact-patient facturable*.

1.4.5 Facturation du *contact-patient facturable*

Chaque *contact-patient facturable* qui entre dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient ou du tarif à la prestation est facturé par le fournisseur de prestations sur la base d'un forfait ambulatoire ou d'un tarif à la prestation (selon l'art. 43, al. 5 et al. 5ter LAMal). Il est en revanche exclu de combiner dans un même *contact-patient facturable* le forfait ambulatoire par patient avec d'autres tarifs applicables à des prestations médicales ambulatoires (en particulier le tarif à la prestation ou des forfaits négociés au niveau national et bilatéral).

D'autres prestations définies peuvent être facturées séparément, en sus du groupe de cas (chapitre 1.5).

1.5 Composition du forfait ambulatoire par patient

Le groupe de cas ainsi que les prestations facturables séparément représentent de manière exhaustive les prestations facturables du *contact-patient facturable*.

Les prestations suivantes peuvent être facturées séparément:

- les produits sanguins stables et labiles,
- les produits thérapeutiques fournis,
- les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le catalogue des forfaits ambulatoires.

1.6 Attribution de *contacts-patients facturables* à un groupe de cas

Âge du patient

L'âge du patient le jour du traitement est déterminant pour le groupage du *contact-patient facturable*.

Sexe du patient

Le sexe du patient au sens du droit civil le jour du traitement est déterminant pour le groupage du *contact-patient facturable*.

S'agissant de la facturation d'un 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 du *contact-patient facturable* dans un groupe de cas.

Obligation de rémunération

Le classement des *contacts-patients facturables* dans un groupe de cas et les éventuelles prestations facturables séparément n'impliquent aucune obligation de prestation de la part des assurances sociales (assurance obligatoire des soins, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire).

Groupes de cas non évalués

Pour les groupes de cas non évalués (cf. catalogue des forfaits ambulatoires), les partenaires tarifaires conviennent, sur la base des coûts par cas calculés au moyen de la comptabilité analytique par unité finale d'imputation et présentés de manière transparente, de rémunérations individuelles appropriées, dans la mesure où ces prestations peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire dans la prise en charge ambulatoire.

2 Champ d'application et délimitations

Le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient comprend la rémunération définitive de tous les contacts-patients ambulatoires dans le secteur hospitalier ambulatoire et en pratique privée, pour lesquels des prestations ont été fournies qui sont associées à un groupe de cas selon le manuel des définitions en vigueur.

Les contacts-patients ayant donné lieu à des prestations médicales ambulatoires, qui n'entrent pas dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient, sont facturés soit via le tarif à la prestation, soit via des forfaits existants convenus au niveau national et bilatéral.

Le résultat du groupage est déterminant pour la définition du champ d'application. Le manuel des définitions définit le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient pour les prestations médicales ambulatoires.

Annexe 1: liste des services spécialisés

Titres de spécialiste selon l'ISFM (liste complétée)

Soins intensifs	Soins intensifs	M050.00
Médecine interne	Allergologie et immunologie clinique	M100.01
	Médecine interne générale	M100.02
	Angiologie	M100.03
	Endocrinologie / diabétologie	M100.04
	Gastro-entérologie	M100.05
	Hématologie	M100.06
	Infectiologie	M100.07
	Cardiologie	M100.08
	Néphrologie	M100.09
	Neurologie	M100.10
	Pneumologie	M100.11
	Médecine tropicale et médecine des voyages	M100.12
	Oncologie médicale	M100.13
Chirurgie	Chirurgie	M200.01
	Chirurgie vasculaire	M200.02
	Chirurgie de la main	M200.03
	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	M200.04
	Chirurgie orale et maxillo-faciale	M200.05
	Neurochirurgie	M200.06
	Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	M200.07
	Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	M200.08
	Chirurgie thoracique	M200.09
	Urologie	M200.10
Gynécologie	Gynécologie et obstétrique	M300.01
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	M400.01
	Pédiatrie et médecine de l'adolescence	M400.02
Psychiatrie	Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	M500.01
	Psychiatrie et psychothérapie	M500.02
Ophtalmologie	Ophtalmologie	M600.01
ORL	Oto-rhino-laryngologie	M700.01

Dermatologie et vénéréologie	Dermatologie et vénéréologie	M800.01
Radiologie médicale	Radiologie	M850.01
	Médecine nucléaire	M850.02
	Radio-oncologie / radiothérapie	M850.03
Réhabilitation	Rhumatologie	M950.01
	Médecine physique et rééducation	M950.02
Autres services	Anesthésiologie	M990.01
	Médecine du travail	M990.02
	Pharmacologie et toxicologie cliniques	M990.03
	Génétique médicale	M990.04
	Pathologie	M990.05
	Médecine pharmaceutique	M990.06
	Prévention et santé publique	M990.07
	Médecine légale	M990.08
Médecine d'urgence		N100.01
Laboratoire		L100.01
Sage-femmes		H100.01
Chiropratique		C100.01
Médecine dentaire		Z100.01
Unités spécialisées dispensant des soins et prestations sur prescription d'un médecin	Physiothérapie	P100.01
	Ergothérapie	P100.02
	Consultations diététiques	P100.03
	Consultations en diabétologie	P100.04
	Logopédie	P100.05
	Neuropsychologie	P100.06
	Psychothérapie psychologique	P100.07
	Podologie	P100.08
Services de transport et de sauvetage	Soins intensifs	T100.01

Annexe 2: Clarifications et exemples

Clarification n° 1 concernant le chapitre 1.2 – contact-patient ambulatoire le jour de l'hospitalisation stationnaire ou de la sortie

Si le jour de son hospitalisation stationnaire ou de sa sortie, un patient a un contact-patient ambulatoire, ce sont les règles applicables au domaine stationnaire qui prévalent.

Clarification n° 2 concernant le chapitre 1.3 – Définition de la notion de fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire

Les médecins salariés dans un hôpital ou une institution prodiguant des soins ambulatoires dispensés par des médecins sont rattachés aux services spécialisés de cet hôpital ou de cette institution. Ils ne peuvent donc pas facturer aux assurances sociales les prestations qu'ils y dispensent en tant que *fournisseurs de prestations indépendants dans le domaine ambulatoire*.

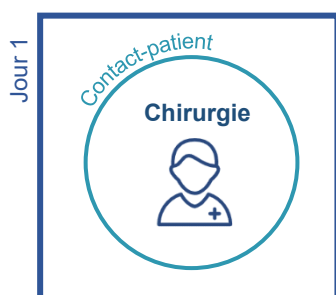
Clarification n° 3 concernant le chapitre 1.3 – Soins infirmiers

Les soins infirmiers sont rattachés au service médical spécialisé qui les prescrit. Ils répondent donc à la définition d'un *prestataire de soins dans le domaine ambulatoire* et peuvent avoir leurs propres contacts-patients. Dans la définition et l'application du contact-patient, les contacts-patients au cours desquels des soins infirmiers sont prodigués sont soumis aux mêmes règles que les contacts-patients des services médicaux spécialisés.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 3

Une patiente souffrant d'un ulcère de la jambe vient faire changer son pansement par l'infirmier diplômé.

→ Un seul *contact-patient facturable* en chirurgie, parce que l'infirmier est employé par le service spécialisé de chirurgie.



Clarification n° 4 concernant le chapitre 1.4.1 – Rencontre simultanée

Un contact-patient a lieu lors de la rencontre simultanée physique ou à distance entre des patients et des *fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire*. Simultané à distance signifie par téléphone ou vidéoconférence. En revanche, un contact écrit (p. ex. par courriel ou envoi de clichés) n'est pas considéré comme simultané et ne correspond par conséquent pas à la définition du contact-patient.

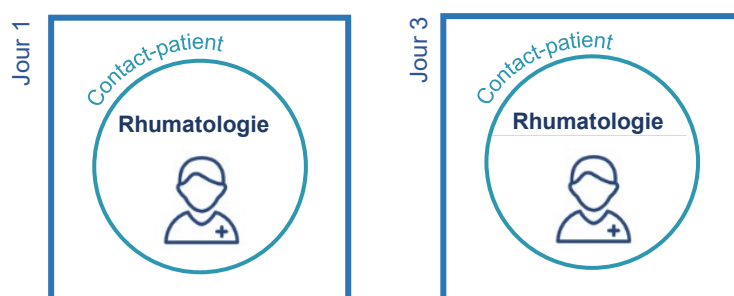
Clarification n° 5 concernant le chapitre 1.4.1 – Définition du contact-patient par jour

Lorsqu'elle a lieu à des jours différents, la rencontre entre un patient et un *fournisseur de prestations* dans le domaine ambulatoire donne lieu à divers contacts-patients.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 5

Un patient se rend chez le rhumatologue le jour 1. Eu égard à la gravité de son tableau clinique aigu, un contrôle de suivi est réalisé le jour 3.

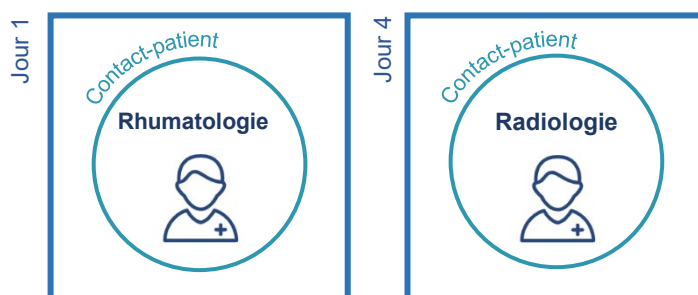
→ Deux *contacts-patients facturables*, car les rencontres n'ont pas eu lieu le même jour.



Exemple 2 illustrant la clarification n° 5

Un rhumatologue prescrit une IRM à une patiente souffrant de maux de dos. L'IRM est réalisée 3 jours plus tard.

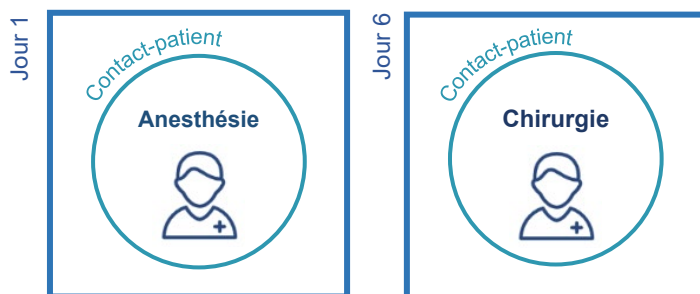
→ Deux *contacts-patients facturables*, car la consultation en rhumatologie et l'acte de radiologie n'ont pas eu lieu le même jour.



Exemple 3 illustrant la clarification n° 5

Une patiente a une consultation préanesthésique cinq jours avant d'être opérée d'une hernie.

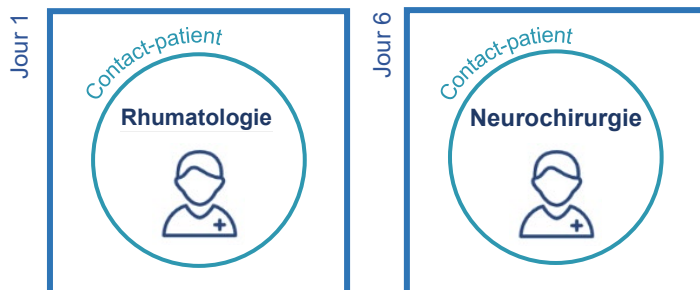
- Deux *contacts-patients facturables*, car les prestations des services d'anesthésie et de chirurgie sont fournies à deux dates différentes.



Exemple 4 illustrant la clarification n° 5

Le rhumatologue demande un consilium à un neurochirurgien, qui se déroule 5 jours plus tard.

- Deux *contacts-patients facturables* (rhumatologie et neurochirurgie), car le consilium n'a pas lieu le même jour que la demande.



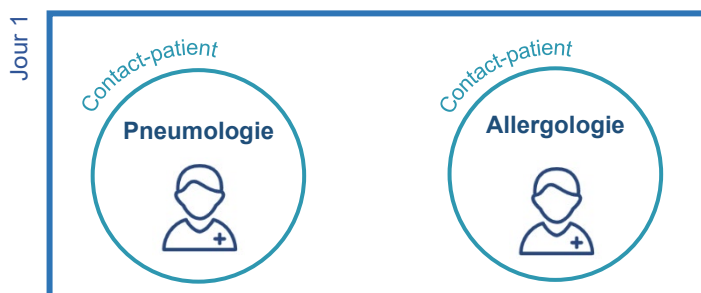
Clarification n° 6 concernant le chapitre 1.4.1 – Deux spécialités le même jour

Lorsqu'un patient a, le même jour, un contact avec deux services spécialisés, c'est-à-dire deux *fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire*, il y a deux *contacts-patients facturables*.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 6

Un patient en pneumologie se soumet à un contrôle de sa BPCO le matin, puis à un examen allergologique dans le service d'allergologie l'après-midi.

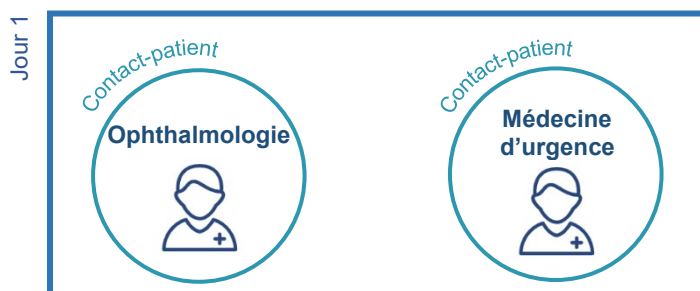
→ Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (pneumologie et allergologie).



Exemple 2 illustrant la clarification n° 6

Une patiente a rendez-vous en ophtalmologie le matin pour une injection intravitréenne. Le soir-même, elle est admise en urgence à l'hôpital pour une contusion cérébrale avec une plaie à la suite d'une chute.

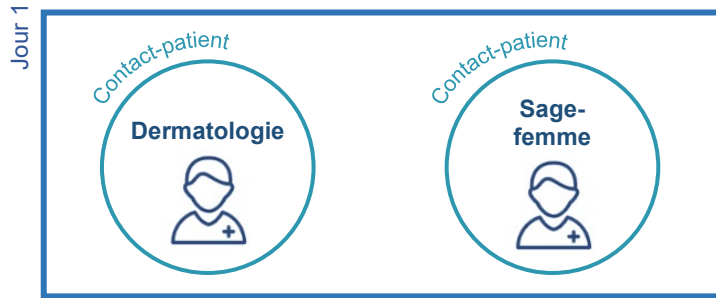
→ Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (ophtalmologie et médecine d'urgence).



Exemple 3 illustrant la clarification n° 6

Une patiente a rendez-vous en dermatologie le matin pour un contrôle annuel, puis chez la sage-femme l'après-midi pour une consultation prénatale.

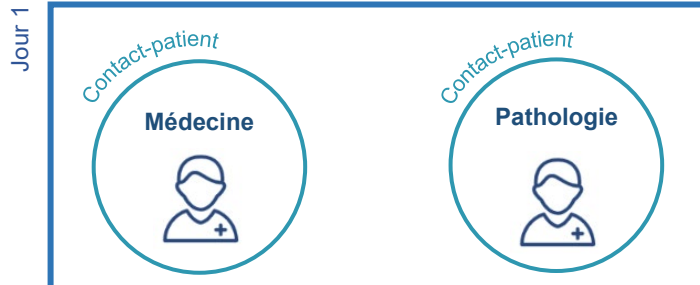
- Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (dermatologie et sage-femme).



Exemple 4 illustrant la clarification n° 6

Un patient pris en charge par le service de médecine interne le matin pour des vertiges se rend en pathologie l'après-midi pour une ponction de la thyroïde.

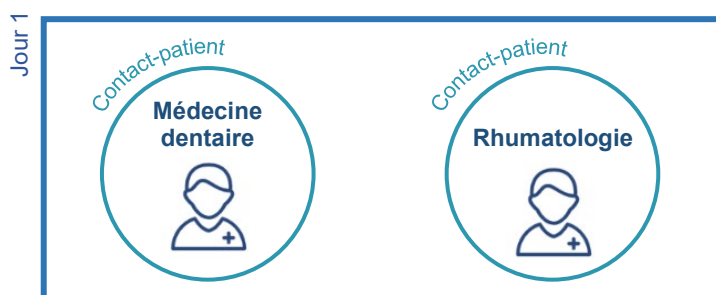
- Deux *contacts-patients facturables*, car les prestations sont fournies par le service de médecine interne et de pathologie directement au niveau du patient.



Exemple 5 illustrant la clarification n° 6

Après une opération de la mâchoire avec reconstruction dentaire (prestation AOS) et un contrôle de suivi chez le dentiste, un patient se rend, le même jour, en rhumatologie pour une consultation.

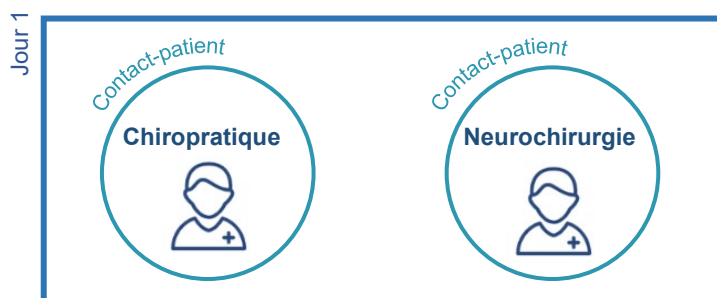
- Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (médecine dentaire et rhumatologie).



Exemple 6 illustrant la clarification n° 6

Une patiente reçoit d'abord un traitement en chiropratique, puis se soumet à un contrôle neurochirurgical.

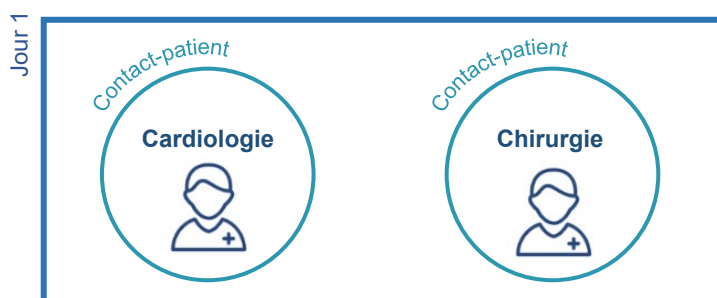
- Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (chiropratique et neurochirurgie).



Exemple 7 illustrant la clarification n° 6

Un patient fait une ergospirométrie chez le cardiologue et se rend ensuite au service de chirurgie pour faire soigner sa plaie ouverte à la jambe, ce qui est effectué par une infirmière.

- Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités différents sont impliqués (cardiologie et chirurgie).



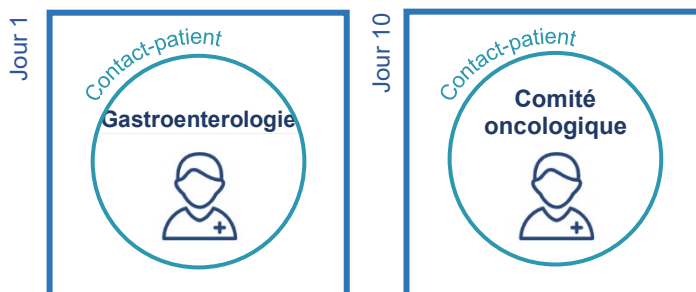
Clarification n° 7 concernant le chapitre 1.4.1 – Contact-patient sans rencontre physique

Les comptes-rendus, les consilium cliniques et d'imagerie ainsi que les comités oncologiques/d'experts médicaux/interdisciplinaires sont considérés comme un contact-patient à part entière, même s'ils ont lieu en l'absence du patient.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 7

Après une biopsie de gastro-entérologie, un comité oncologique se réunit pour discuter des résultats et définir la suite du traitement. La patiente n'assiste pas à la réunion.

- Deux *contacts-patients facturables*, car la réunion du comité oncologique (qu'elle se déroule en présence ou en l'absence de la patiente) est considérée comme un contact-patient distinct.



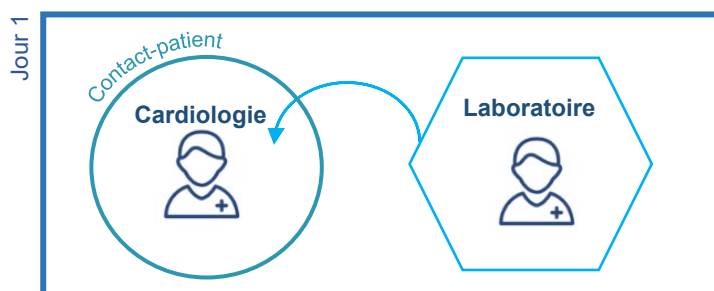
Clarification n° 8 concernant le chapitre 1.4.2 – Attribution des prestations

Les prestations de laboratoire et de pathologie effectuées sur la préparation ou le prélèvement sont attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation, même si celles-ci sont fournies un autre jour.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 8

Des analyses de laboratoire sont effectuées pour un patient chez qui on soupçonne un infarctus du myocarde.

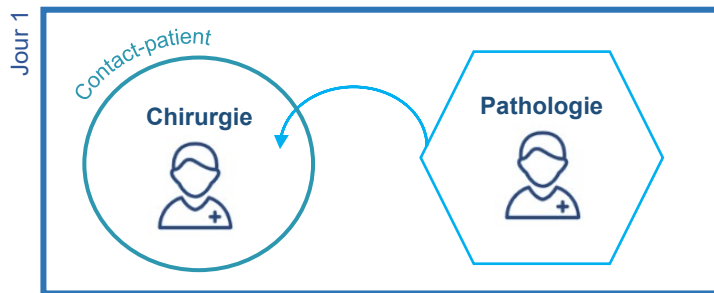
- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations du laboratoire sont effectuées sur le prélèvement et donc attribuées au contact-patient à l'origine de la demande d'analyse.



Exemple 2 illustrant la clarification n° 8

Un échantillon tissulaire d'une biopsie rénale est transmis au service de pathologie et analysé le jour même.

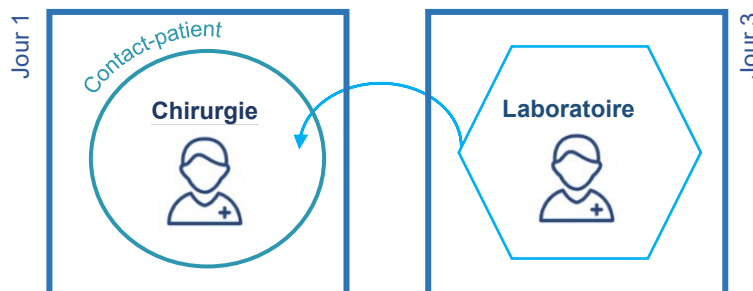
- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations fournies par le service de pathologie portent sur l'échantillon et sont donc attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



Exemple 3 illustrant la clarification n° 8

Des analyses de laboratoire sont effectuées deux jours après une prise de sang.

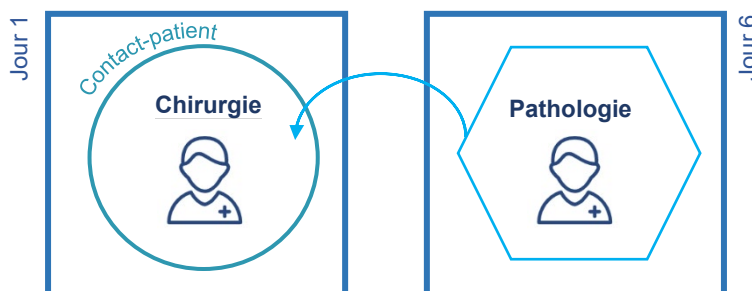
- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations du laboratoire sont attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



Exemple 4 illustrant la clarification n° 8

Un échantillon tissulaire d'une biopsie rénale est transmis au service de pathologie. Celui-ci est analysé et interprété cinq jours plus tard.

- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations du service de pathologie sont attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



Exemple 5 illustrant la clarification n° 8

Un patient pris en charge par le service de médecine interne le matin pour des vertiges se rend en pathologie et le même jour, le service de pathologie analyse l'échantillon obtenu par ponction à l'aiguille fine de la thyroïde, qui avait été effectuée 5 jours auparavant.

- Les prestations du service de pathologie sont attribuées au *contact-patient facturable* de la ponction.



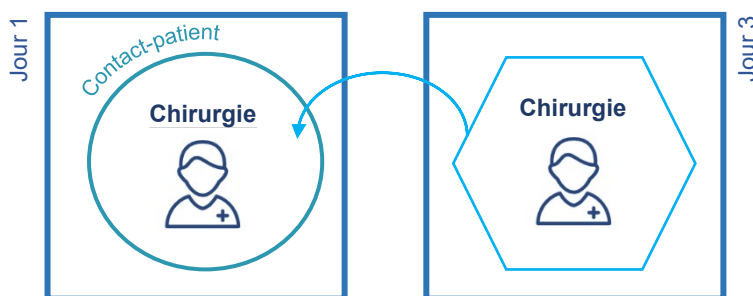
Clarification n° 9 concernant le chapitre 1.4.2 – Attribution des prestations

D'autres prestations fournies en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent. Une attribution au contact-patient suivant n'est pas possible.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 9

Cinq jours après l'intervention, le chirurgien répond par courriel au patient qui lui pose des questions sur le suivi post-opératoire.

- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations fournies dans le cadre du courriel sont attribuées au contact-patient précédent.



Clarification n° 10 concernant le chapitre 1.4.3 – Groupement de contacts-patients

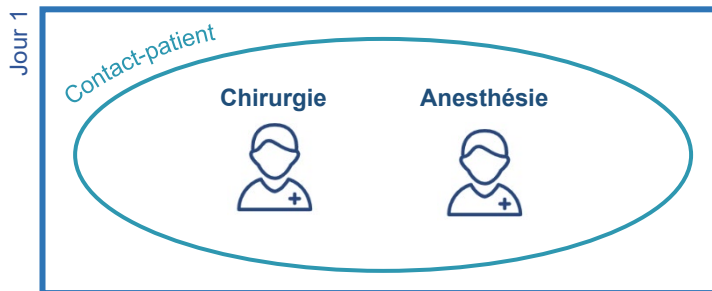
Deux contacts-patients ayant eu lieu le même jour dans deux services spécialisés distincts du même fournisseur de prestations au sens de l'art. 35, al. 2, let. h ou de l'art. 35, al. 2, let. n LAMal sont regroupés si leurs diagnostics relèvent du même chapitre.

L'association au capitulum (chapitre) doit se faire sur la base du diagnostic et non de la procédure, qui peut s'en écarter.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 10

L'anesthésie pratiquée avant une circoncision fait partie intégrante du contact-patient chirurgical.

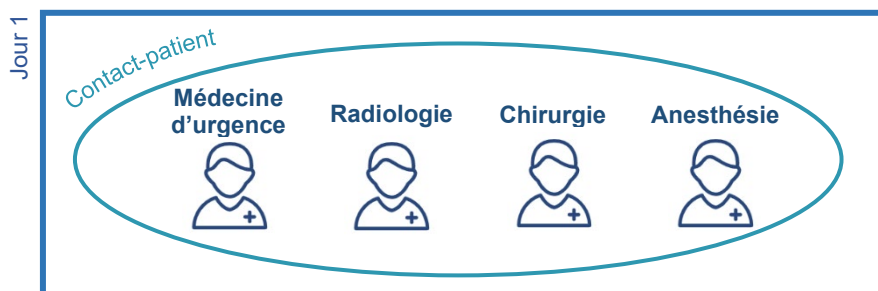
- Un seul contact-patient, car les prestations des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 2 illustrant la clarification n° 10

Une patiente est admise aux urgences pour une fracture de l'avant-bras. Après confirmation radiologique de la fracture (même contact-patient), une broche est posée par l'orthopédiste.

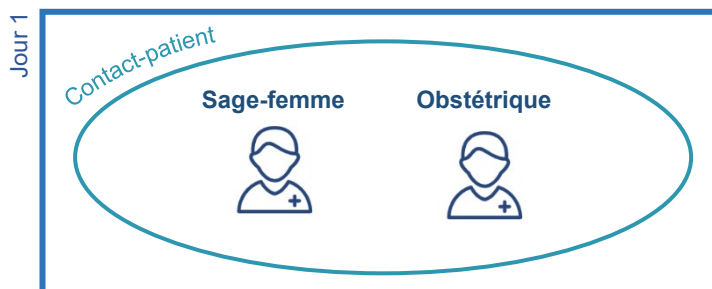
- Un seul *contact-patient facturable*, car les prestations des quatre spécialités se rapportent au même chapitre.



Exemple 3 illustrant la clarification n° 10

Une patiente se rend chez la sage-femme pour un contrôle de grossesse, puis chez le gynécologue pour une échographie.

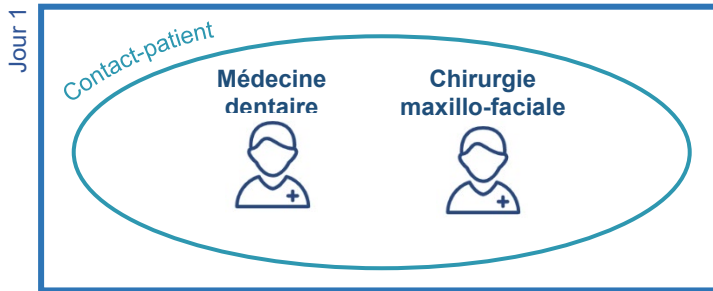
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 4 illustrant la clarification n° 10

Le contrôle de suivi d'une intervention maxillo-faciale nécessite la présence d'un dentiste et d'un chirurgien maxillo-facial.

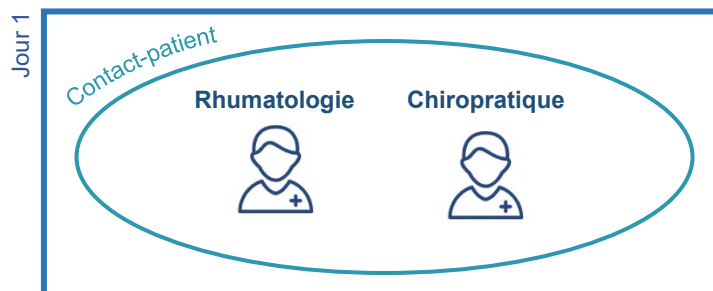
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 5 illustrant la clarification n° 10

Après un traitement rhumatologique, un patient est pris en charge le jour même par le chiropraticien.

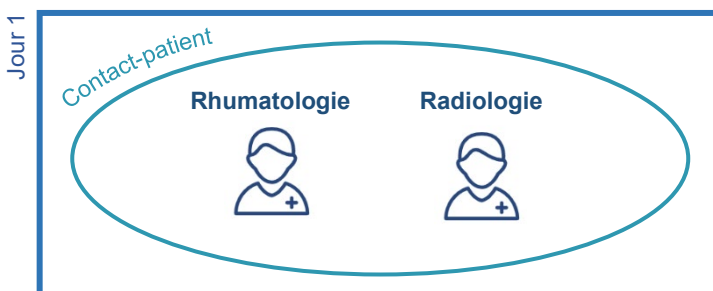
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 6 illustrant la clarification n° 10

En cas de suspicion de syndrome de la queue de cheval, le rhumatologue prescrit une IRM à une patiente souffrant de maux de dos. L'IRM est réalisée le jour même.

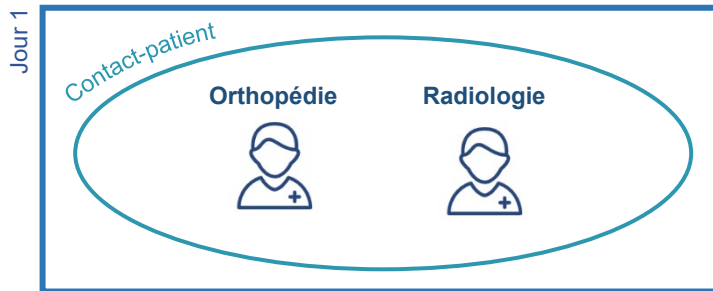
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 7 illustrant la clarification n° 10

Un patient subit une ostéosynthèse de fracture. Compte tenu de la complexité du geste, le radiologue prend des radiographies de contrôle en cours d'opération.

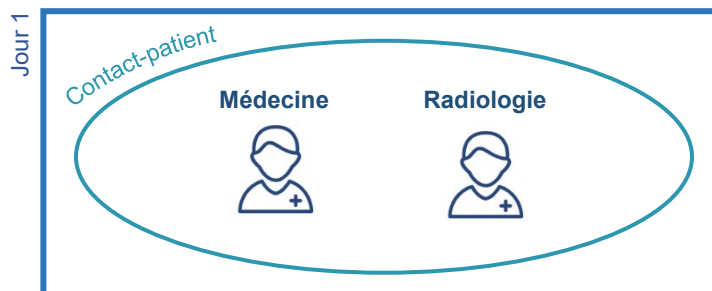
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 8 illustrant la clarification n° 10

Une radiographie du thorax est effectuée sur une patiente prise en charge en médecine interne pour une suspicion de pneumonie.

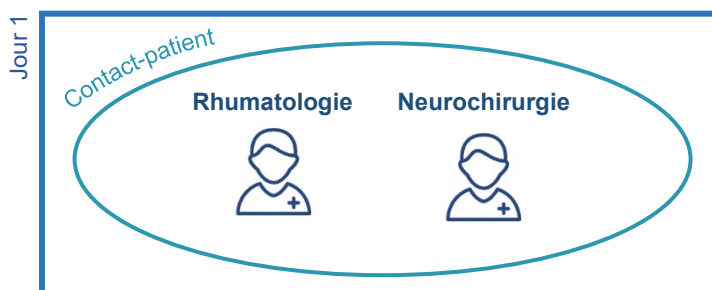
- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



Exemple 9 illustrant la clarification n° 10

Le rhumatologue sollicite l'avis d'un neurochirurgien. Le consilium a lieu le jour même (car indispensable immédiatement pour décider de la suite du traitement).

- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre.



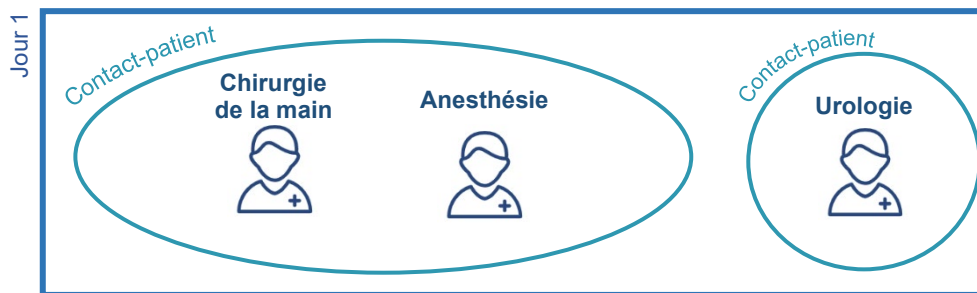
Clarification n° 11 concernant le chapitre 1.4.3 – Interventions combinées pendant une anesthésie effectuée par des anesthésistes

En cas d'interventions combinées lors d'une anesthésie effectuée par l'anesthésiste, le contact-patient de l'anesthésiologie doit coder le diagnostic qui a été le motif principal du séjour et qui nécessite le plus de moyens médicaux (cf. Lignes directrices sur le codage ambulatoire). Ainsi, le contact-patient de l'anesthésiologie est regroupé avec le contact-patient qui est la cause principale du séjour.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 11

Chez un enfant, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une circoncision sont effectuées au cours d'une même anesthésie effectuée par un anesthésiste. Le contact-patient du service spécialisé en anesthésiologie code le diagnostic qui a été le motif principal du séjour et qui nécessite le plus de moyens médicaux.

- ➔ Deux *contacts-patients facturables*, car les diagnostics des deux services chirurgicaux relèvent de chapitres différents et que la prestation du service spécialisé en anesthésiologie est liée au même diagnostic que le contact-patient du service spécialisé de chirurgie de la main.



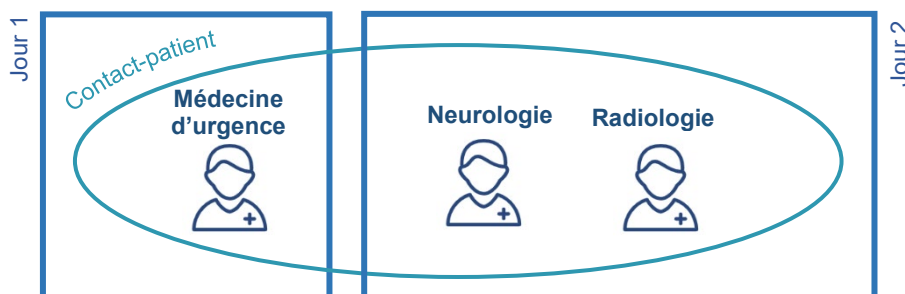
Clarification n° 12 concernant le chapitre 1.4.3 – Traitement ambulatoire de nuit (règle de minuit)

Si une patiente est encore en traitement ambulatoire lorsque passe minuit et ne remplit donc pas le critère «occupation d'un lit», les contacts-patients de deux jours civils consécutifs sont regroupés. La date de sortie est considérée comme la date de facturation.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 12

Une patiente arrive aux urgences avant minuit suite à une chute sur la tête. Après que le médecin urgentiste a procédé à son examen clinique, il appelle après minuit un neurologue et effectue un CT crânien.

- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics des trois spécialités relèvent du même chapitre et parce qu'il s'agit d'un traitement ambulatoire de nuit, sans occupation de lit.



Clarification n° 13 concernant le chapitre 1.4.3 – Fournisseurs de prestations différents au cours d'une même journée

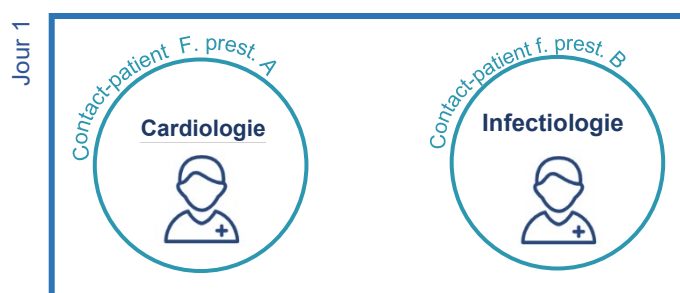
Les contacts-patients qui impliquent des fournisseurs de prestations différents (selon la LAMal) au cours d'une même journée ne sont pas regroupés et sont donc facturés séparément par chaque fournisseur de prestations.

Font exception à cette règle les contacts-patients ayant donné lieu à des diagnostics qui relèvent du même chapitre et pour lesquels les prestations fournies sont liées les unes aux autres. Les prestations des deux contacts-patients ne peuvent être fournies indépendamment.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 13

Au cours d'une même journée, un patient fait un contrôle au cabinet de son cardiologue et un contrôle à l'hôpital, dans le service d'infectiologie.

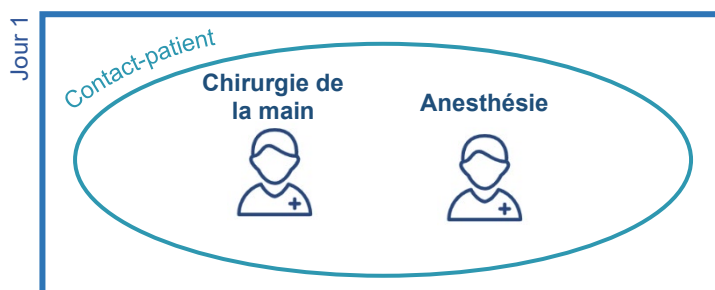
- Deux *contacts-patients facturables*, car deux fournisseurs de prestations différents dans le domaine ambulatoire.



Exemple 2 illustrant la clarification n° 13

Un chirurgien de la main exerçant dans son propre cabinet fait appel à un anesthésiste en pratique privée pour une intervention sous anesthésie.

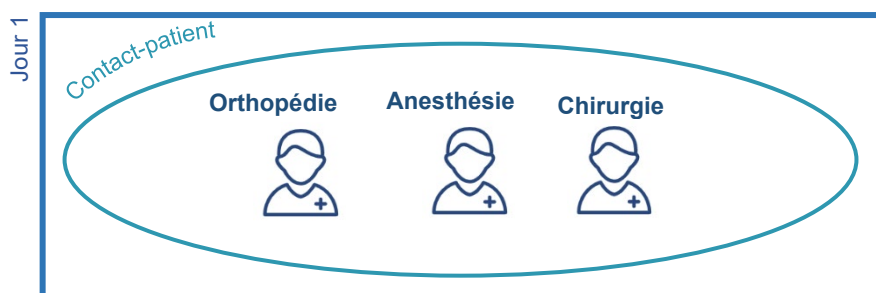
- Un *contact-patient facturable*, car les diagnostics des deux spécialités relèvent du même chapitre et parce que les prestations des deux contacts-patients sont directement liées l'une à l'autre.



Exemple 3 illustrant la clarification n° 13

Un chirurgien orthopédiste pose une prothèse totale de la hanche (PTH) dans un hôpital en tant que médecin agréé. L'anesthésiste et le personnel infirmier du service de chirurgie prennent en charge le patient avant, pendant et après l'opération.

- Un seul *contact-patient facturable*, car les diagnostics de tous les spécialités relèvent du même chapitre et parce que les prestations fournies au cours des contacts-patients sont directement liées les unes aux autres. L'opération ne pourrait en effet avoir lieu sans l'anesthésie et les soins infirmiers.



Clarification n° 14 concernant le chapitre 1.4.3 – Assureurs sociaux différents

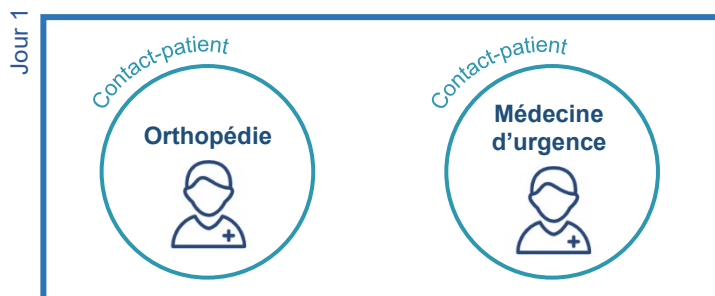
Les contacts-patients associés à différents répondants des coûts ne peuvent faire l'objet d'un groupement par diagnostic relevant du même chapitre.

Si, au cours d'un même contact-patient, un *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire* fournit des prestations qui sont à la charge de deux répondants des coûts différents, on considère qu'il y a deux contacts-patients.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 14

Après un contrôle de suivi d'une prothèse totale de la hanche effectué le matin en orthopédie, un patient est admis aux urgences dans l'après-midi pour une foulure au pied.

- Deux *contacts-patients facturables*, car les répondants des coûts sont différents, même si les diagnostics sont associés au même chapitre.



Attention: Les deux *contacts-patients facturables* sont facturés chacun à l'assureur social concerné.

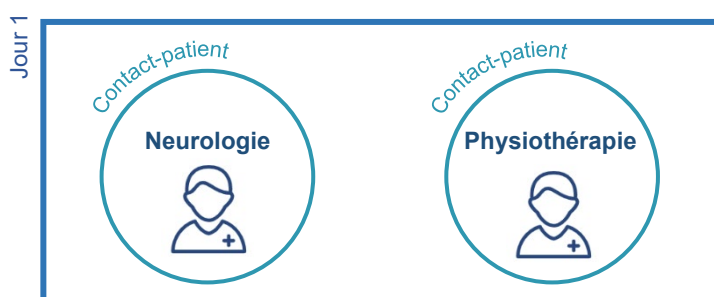
Clarification n° 15 concernant le chapitre 1.4.3 – Pas de groupement pour les prestations paramédicales et de transport

Les spécialités qui fournissent des prestations sur prescription d'un médecin ne peuvent faire l'objet d'un groupement en cas de diagnostic identique.

Exemple 1 illustrant la clarification n° 15

Un patient souffrant de sclérose en plaques se rend chez son neurologue pour un contrôle semestriel le matin, puis reçoit un traitement physio-thérapeutique l'après-midi pour une fracture à la main.

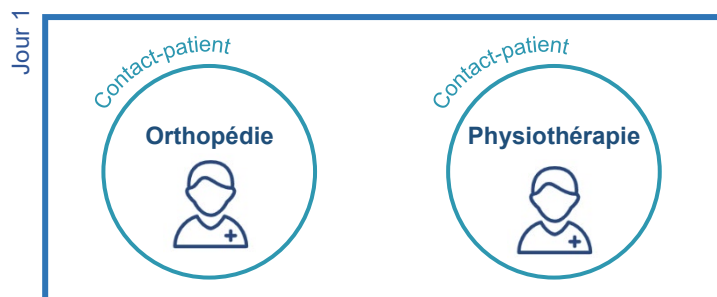
- Deux *contacts-patients facturables*, car deux spécialités distinctes sont impliquées (neurologie et physiothérapie).



Exemple 2 illustrant la clarification n° 15

Une patiente subit une arthroscopie du genou puis reçoit, le même jour, un premier traitement physio-thérapeutique en clinique de jour.

- Quoique se rapportant au même diagnostic, les deux *contacts-patients facturables* ne sont pas regroupés, le service de physiothérapie intervenant sur ordonnance d'un médecin.

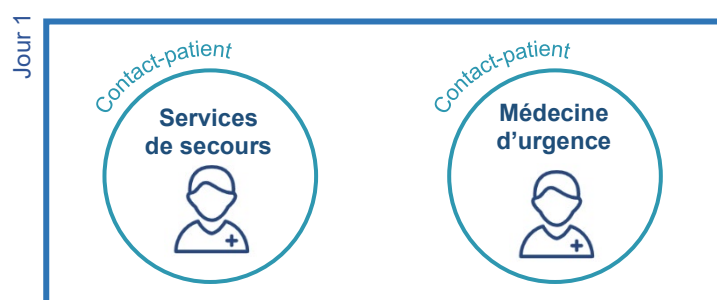


Attention: le traitement physio-thérapeutique doit faire l'objet d'une prescription de soins ambulatoires.

Exemple 3 illustrant la clarification n° 15

Un patient est pris en charge à son domicile par les services de secours, qui le conduisent aux urgences afin qu'il y soit soigné.

- Quoique se rattachant au même diagnostic, les deux *contacts-patients facturables* ne sont pas regroupés, car le premier constitue un transport de patient.



Clarification n°16 concernant le chapitre 1.4.4 – Définition de la notion de «cas tarifaire»

Dans le système de comptabilité analytique REKOLE(®), le *contact-patient facturable* correspond au cas administratif. Par conséquent, le cas tarifaire et le cas administratif sont une seule et même chose.

Clarification n° 17 concernant le chapitre 2 – autres forfaits dans le domaine ambulatoire

L'organisation au sens de l'art. 47a LAMal détermine dans quelle mesure d'autres forfaits convenus au niveau national et bilatéral dans le domaine ambulatoire peuvent être facturés en sus des forfaits ambulatoires définis dans le présent document.