

Guide pour la facturation des prestations de soins

Version	2.2
Date	Juin 2024
Valable à compter du	1 ^{er} octobre 2021
Classification	Document public

Afin de faciliter la lisibilité, nous avons renoncé à l'utilisation simultanée de formes masculines et féminines. Toutes les désignations de personnes s'appliquent indifféremment aux deux sexes.

Liste des modifications

Date	Version	Auteur	Remarque
01.01.2011	1.0	Organisation du projet	Création
01.01.2020	2.0	TarifDesign	Adaptation de l'OPAS, autres révisions
01.04.2022	2.1	TarifDesign	Adaptations sur la base des modifications de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins du 1 ^{er} octobre 2021
02.07.2024	2.2	TarifDesign	3 précisions sur l'utilisation des champs de données du TarifDesign SubAG "Champs de date". Reprise V1.5 du tarif 970.

Table des matières

1	A propos de ce document	3
1.1	But	3
1.2	Contenu	3
1.2.1	Exclusion du champ d'application	3
1.3	Compétence	3
2	Définitions concernant l'application et la mise en œuvre	4
2.1	Format de facturation	4
2.2	Données de la facture	4
2.2.1	Début et fin du traitement	4
2.2.2	Type de traitement	4
2.3	Règles d'arrondi selon le Forum Datenaustausch	4
3	Principes de base	6
3.1	Fournisseurs de prestations	6
3.2	Prestations	6
3.3	Remboursement	6
4	Aperçu des tarifs	8
4.1	Rémunération des moyens et appareils selon la LiMA	9
4.2	Médicaments	13
5	Tarifs et positions tarifaires	15
5.1	Attribut «unit» indiqué sous «unité»	15
5.2	Facteur scalaire au niveau de la position	15
5.3	Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des prestations de soins ambulatoires	15
5.3.1	Calcul des minutes	16
5.3.2	Chiffres après la virgule dans l'unité des minutes	16
5.4	Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement de prestations de soins stationnaires	18
5.5	Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement dans le cas des structures de soins de jour ou de nuit	19
5.5.1	Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon les échelons/forfaits	19

5.5.2	Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon le temps consacré	20
5.6	Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des soins aigus et de transition	21
5.6.1	Remboursement des soins aigus et de transition selon les échelons	21
5.6.2	Remboursement des soins aigus et de transition selon le temps consacré	22
5.6.3	Remboursement des soins aigus et de transition selon les forfaits	23
5.7	Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des «forfaits accessoires pour EMS»	24
5.7.1	Tarif «Forfaits accessoires pour EMS»	24
5.7.2	Produits figurant dans la liste des moyens et appareils	25

1 A propos de ce document

1.1 But

Le présent document est une aide à la facturation destinée aux fournisseurs de prestations qui facturent des prestations de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La première version a été élaborée suite à l'introduction de la facturation électronique pour les établissements de soins en 2011. La présente version contient des précisions et des adaptations reposant sur les modifications de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), qui sont entrées en vigueur au 1^{er} octobre 2021.

Afin de garantir le bon déroulement de la facturation, les assureurs-maladie recommandent de procéder conformément aux indications ci-après.

1.2 Contenu

Le présent guide vous aide à appliquer correctement les modalités de facturation pour les prestations de soins dans le cadre du [standard de facturation du Forum Datenaustausch](#) – y compris le formulaire de facturation pour les factures papier – sur la base des dispositions légales et des conventions administratives actuelles.

1.2.1 Exclusion du champ d'application

L'[évaluation des soins requis ainsi que la déclaration des besoins et la prescription médicale](#) ne font pas l'objet du présent document.

1.3 Compétence

Les explications qui suivent tiennent compte de la situation actuelle. En cas de modifications légales et/ou contractuelles, les parties prenantes sont priées de transmettre les adaptations jugées nécessaires au groupe de travail TarifDesign sous forme de propositions. Ces propositions sont ensuite discutées par les membres du groupe de travail TarifDesign. SASIS SA coordonne les positions entre les parties prenantes et consigne les décisions dans une nouvelle version.

2 Définitions concernant l'application et la mise en œuvre

2.1 Format de facturation

Les factures sont transmises au moyen du standard en vigueur, conformément aux prescriptions du [Forum Datenaustausch](#).

2.2 Données de la facture

2.2.1 Début et fin du traitement

D'après les conventions administratives actuelles, la facturation doit être établie mensuellement.

Pour les cas en cours, il faut donc indiquer le premier et le dernier jour du mois **au cours duquel ont été fournies les prestations qui sont facturées sur la présente facture**. Si le traitement débute ou se termine en cours de mois, la date de début ou de fin correspondante doit être indiquée dans l'en-tête de la facture.

Au niveau des positions, il faut indiquer les dates des prestations concernées. **Si une interruption de la prestation a eu lieu (vacances, week-end, hospitalisation, etc.), une nouvelle ligne est saisie pour la période suivant l'interruption.**

Si d'autres fréquences sont définies pour la facturation (par ex. tous les trois mois), la même procédure s'applique pour le premier jour du premier mois et pour le dernier jour du dernier mois.

2.2.2 Type de traitement

Le type de traitement «ambulatoire» doit être indiqué pour toutes les prestations de soins. Le terme «stationnaire» ne s'applique que dans le cadre de prestations hospitalières (cf. art. 3 [OCP](#)).

2.3 Règles d'arrondi selon le Forum Datenaustausch

Pour la transmission électronique, les règles d'arrondi définies selon le standard de facturation du Forum Datenaustausch s'appliquent (cf. generalInvoiceRequest - Rules for the rounding procedure).

Positions de facturation

Les éléments d'une position de facturation (par ex. nombre, prix) doivent être indiqués avec précision (par ex. CHF 1,91666) dans le cadre de la facturation électronique. Le montant de la position qui en résulte doit être arrondi à deux chiffres après la virgule (centimes).

Le Forum Datenaustausch a également défini les règles de la présentation des factures papier. Il convient d'indiquer au moins deux chiffres après la virgule. Par conséquent, il est possible que des différences apparaissent lors du calcul manuel des positions indiquées sur le formulaire papier.

Total mentionné sur la facture

Le montant total de la facture est arrondi à 5 centimes près conformément aux usages commerciaux.

Ces règles d'arrondi au niveau des positions de facturation et du total de la facture peuvent donner lieu à une différence. Celle-ci ne doit pas être mentionnée sur la facture. Si elle l'est tout de même, il convient d'utiliser le tarif 970 (97090.001, différence d'arrondi).

3 Principes de base

Ce chapitre décrit les dispositions relatives au financement des soins qui doivent être prises en compte pour la rémunération des prestations.

3.1 Fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations autorisés à prodiguer des soins sont les [établissements médico-sociaux](#), les [organisations d'aide et de soins à domicile](#) et les [infirmiers](#) qui remplissent les conditions légales applicables. D'autres fournisseurs peuvent également donner des soins pour autant qu'il existe un accord contractuel.

3.2 Prestations

[L'art. 25a LAMal](#) décrit les soins comme suit:

1. L'AOS fournit une contribution aux soins dispensés sous forme ambulatoire dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (EMS). La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins est régie par l'art. 52 LAMal.
2. Les soins aigus et de transition (SAT) sont rémunérés par l'AOS et par le canton de résidence de l'assuré.

Les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile et le personnel infirmier peuvent donc facturer les prestations de soins relevant de l'AOS selon diverses catégories de soins:

1. Prestations de soins ambulatoires à domicile
2. Prestations de soins stationnaires en EMS ou à l'hôpital selon l'art. 49 al. 4 LAMal
3. Prestations de soins ambulatoires dans des structures de soins de jour ou de nuit
4. Prestations ambulatoires ou stationnaires dans les soins aigus et de transition

3.3 Remboursement

[L'art. 7a OPAS](#) et [l'art. 7b OPAS](#) définissent la structure et le **montant des contributions de l'AOS** aux prestations de soins. Les diverses catégories de soins ne sont pas définies en détail.

OPAS art. 7a al. 1	Règle le remboursement des prestations de soins fournies par les organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que par des infirmiers.
OPAS art. 7a al. 3	Règle le remboursement des prestations de soins fournies par les EMS.
OPAS art. 7a al. 4	Règle le remboursement des prestations de soins fournies dans des structures de soins de jour ou de nuit.
OPAS art. 7b	Contrairement aux soins définis ci-dessus selon l'art. 7a al. 1 et 3 OPAS, le remboursement des soins aigus et de transition n'est pas réglé en détail dans l'OPAS. La loi impose seulement un forfait basé sur les coûts (art. 7b OPAS), mais ne prescrit ni la structure ni le montant

	<p>des contributions, qui doivent être définies dans des conventions tarifaires individuelles. Par conséquent, plusieurs structures tarifaires sont possibles.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Forfait de jour pour soins aigus et de transition (SAT) comportant jusqu'à 12 échelons différents, comme pour les EMS.b. Tarif au temps consacré, comme pour les soins ambulatoiresc. Forfaits avec une structure analogue à celle des soins ambulatoires mais avec des prix, des règles d'arrondi, etc., définis différemment contractuellementd. Forfaits dont le contenu est convenu contractuellement (jusqu'à 12 forfaits différents prévus)
--	--

4 Aperçu des tarifs

Pour facturer les prestations conformément aux prescriptions du Forum Datenaustausch, chaque prestation doit être attribuée à un code tarifaire. Les parties prenantes se sont entendues sur les codes tarifaires suivants:

Fournisseur de prestations	Catégorie de soins	Code tarifaire	Echelon	Temps	Forfait	Désignation du tarif selon le Forum Datenaustausch	
Organisations d'aide et de soins à domicile et infirmiers	Ambulatoire	532		X		Prestations de soins ambulatoires	
EMS	Stationnaire en EMS	960	X			Prestations de soins stationnaires	
Organisations d'aide et de soins à domicile, personnel infirmier et EMS	Ambulatoire dans des structures de soins de jour ou de nuit y c. soins in house fournis par des associations d'aide et de soins à domicile	963	x		x	Structures de soins de jour ou de nuit (échelons/forfaits)	
Hôpital	Stationnaire à l'hôpital selon l'art. 49 al. 4 LA-Mal	960	x			Prestations de soins stationnaires	
Organisations d'aide et de soins à domicile, infirmiers et EMS Selon accord contractuel	Ambulatoire ou stationnaire	970			X	Forfaits pour «prestations autres que des soins»	
	Ambulatoire dans des structures de soins de jour ou de nuit y c. soins in house fournis par des associations d'aide et de soins à domicile	(964)*				Structures de soins de jour ou de nuit (tarif au temps consacré) * Attention: le code tarifaire 964 ne doit être utilisé que pour les conventions tarifaires valables (cf. arrêt du Tribunal arbitral du canton de Berne du 20 novembre 2015)	
	Ambulatoire ou stationnaire pour soins aigus et de transition	965	X				Soins aigus et de transition, échelons
		966		X			Soins aigus et de transition, tarif au temps consacré
		967				X	Soins aigus et de transition, forfaits

4.1 Rémunération des moyens et appareils selon la LiMA

Si l'obligation de prise en charge est avérée et qu'une prescription médicale est délivrée, les moyens et appareils doivent être facturés avec le code tarifaire 454 (LiMA: liste des moyens et appareils (MMR soins)) et les numéros de position.

La facturation des prestations additionnels (miguel, ...) doit en principe être effectuée sur la même facture que les prestations de soins. Si, dans des cas exceptionnels, une facture séparée est établie, la période de facturation doit correspondre à celle de la facture des soins.

Les limitations applicables à la remise de moyens et d'appareils doivent impérativement être observées, par ex.:

- Les produits LiMA de la «catégorie A» ne doivent pas être facturés
- «Prise en charge uniquement lors de l'utilisation par des infirmières et infirmiers qui exercent à titre indépendant et à leur compte» (extrait de la LiMA ; annexe 2 OPAS)
- Pas de prix indiqué pour MMR soins et la rémunération n'est pas réglée par ailleurs
- Le respect de l'indication formellement correcte des positions tarifaires est impératif.
- L'assureur-maladie peut exiger la prescription médicale à tout moment.

Les réglementations relatives à la «catégorie C» sont en cours d'élaboration.

Si la fourniture de prestations dans les EMS selon la LiMA est laissée aux centres de remise, les règles de facturation mentionnées ici s'appliquent également.

Exemples corrects (état LiMA au 1^{er} janvier 2022 – les modifications de la LiMA doivent être prises en compte):

Du	Au	Code de tarif	Numéro de position	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
01.01.2022	31.01.2022	454	35.01.09.32.1	Bande non tissée adhésive HYPAFIX 10cmx10m rouleau	10	1,08	1	10,80
Notes explicatives: 10 mètres de la position doivent être facturés.			Quantité/unité définie dans la LiMA: au m	Les quantités indiquées dans le texte n'ont pas d'impact sur la facturation..	= 10m	Prix au m, max. MMR soins		Montant de la facture pour 10 m = nombre x unité

01.01.2022	31.01.2022	454	03.05.03.01.1	SEROFINE Aiguilles 29G Easy-pod Auto-injecteur 100 pcs	1,5	22,50	1	33,75
------------	------------	-----	---------------	--	-----	-------	---	-------

Notes explicatives: 150 pièces de la position doivent être facturées.	Quantité/unité définie dans la LiMA: pour 100 pièces	Les quantités indiquées dans le texte n'ont pas d'impact sur la facturation.	= 150 pièces	Prix pour 100 pièces, max. MMR soins		Montant de la facture pour 150 pièces = nombre x unité
---	---	--	-----------------	---	--	--

01.01.2022	31.01.2022	454	15.01.02.00.1	Protection EGO-SAN Anatomic Plus bleu (30 pièces)	3	42,55	1	127,65
Notes explicatives: 3 emballages sont facturés => seul le matériel d'incontinence de même catégorie peut figurer sur la même facture. Pas de mélange des catégories d'incontinence moyenne, grave et totale.		Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)	Les quantités indiquées dans le texte n'ont pas d'impact sur la facturation.	= 3 emballages (= 90 pièces)	Prix par emballage		Attention: respecter la limite	Montant de la facture pour 3 emballages = nombre x unité

Du	Au	Code de tarif	Numéro de position	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
01.01.2022	31.01.2022	454	15.01.03.00.1	Protection EGO-SAN Anatomic Plus bleu	90	1,4183	1	127,65
Notes explicatives: Les protections sont facturées individuellement => seul le matériel d'incontinence de même catégorie peut figurer sur la même facture. Pas de mélange des catégories d'incontinence moyenne, grave et totale		Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)	Les quantités indiquées dans le texte n'ont pas d'impact sur la facturation.	= 90 protections	Prix par protection		Attention: respecter la limite	Montant de la facture pour 90 protections = nombre x unités

01.01.2022	31.01.2022	454	29.01.01.00.1	Bandes de fixation Brava élastiques 20 pcs	1	50,40	1	50,40
------------	------------	------------	----------------------	--	---	-------	---	-------

Notes explicatives: 1 emballage est facturé	Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)	Les quantités indiquées dans le texte n'ont pas d'impact sur la facturation.	= 1 embal- lage	Prix par emball- lage Attention: respecter la limite	Montant de la fac- ture pour 1 embal- lage = nombre x unité
---	---	---	--------------------	---	--

Exemples de positions LiMA incorrectement facturées (état LiMA au 1^{er} janvier 2022 – les modifications de la LiMA doivent être prises en compte):

Du	Au	Code de tarif	Número de position	Texte	Nombre	Unité	Fac- teur sca- laire	Montant de la po- sition
01.01.2022	31.01.2022	454	35.01.09.32.1	CURAFIX H Pan- sement adhésif de fixation large Rouleau 10cmx10m	0,1	10,8	1	1,08
Notes explicatives: 1 mètre de la position doit être facturé. Attention: le calcul doit toujours se référer à l'unité du numéro de position de la LiMA (et non à l'unité GTIN).		Quantité/unité définie dans la LiMA: au m	Le texte men- tionne 10 m.	= 10 cm (le numéro de position se facture au m!)	= max. MMR soins pour 10 m		En termes pure- ment mathéma- tiques: 10 cm = CHF 0,11 (0,1x1,08)	
<i>Correct:</i>					1	1,08		1,08

Du	Au	Code de tarif	Número de position	Texte	Nombre	Unité	Fac- teur sca- laire	Montant de la po- sition
01.01.2022	31.01.2022	454	35.01.02.01.1	SOLVALINE N Compresse pour plaies 5x5cm 100 pcs	0,01	45,0	1	0,45
Notes explicatives: 1 pièce de la position doit être fac- turée. Attention: le calcul doit toujours se référer à l'unité du numéro de position de la LiMA (et non à l'unité GTIN).		Quantité/unité définie dans la LiMA: par pièce	Le texte men- tionne 100 pièces.	= 0,01 pièce (le numéro de position se facture à la pièce!)	= max. MMR soins pour 100 pièces		En termes pure- ment comptables: 0.01 pièce= CHF 0,005 (0,01x0,45)	
<i>Correct:</i>					1	0,45		0,45

01.01.2022	31.01.2022	454	15.01.03.00.1	Protection EGO-SAN Anatomic Plus bleu (30 pièces)	90	42,55	1	127,65
Notes explicatives: 90 protections de la position doivent être facturées.			Quantité/unité définie dans la LiMA: par an	Le texte mentionne 30 protections.	= 2700 protections	= prix pour 1 emballage de 30 pièces		En termes purement comptables: nombre 90 x unité CHF 42,55 = 3829,50
<i>Correct:</i>					3 emballages ou 90 protections	42,5 (emballage) 1,4183 (par protection)		127,65 127,65

01.01.2022	31.01.2022	454	03.05.03.01.1	SEROFINE Aiguilles 29G Easy-pod Auto-injecteur 100 pcs	150	22,50	1	33,75
Notes explicatives: 150 pièces de la position doivent être facturées. Attention: le calcul doit toujours se référer à l'unité du numéro de position de la LiMA (et non à l'unité GTIN).			Quantité/unité définie dans la LiMA: pour 100 pièces	Le texte mentionne 100 protections	= 15000 pièces	Prix pour 100 pièces, max. MMR soins		En termes purement comptables: nombre 150 x unité 22,50 = CHF 3375.
<i>Correct:</i>					1,5	22,50		33,75

Du	Au	Code de tarif	Numéro de position	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
01.01.2022	31.01.2022	454	35.05.02.01.1	SUPRASORB H mince 5x5cm 10 pce	0,2	38,4	1	7,68
Notes explicatives: 2 pièces de la position doivent être facturées. Attention: le calcul doit toujours se référer à l'unité du numéro de position de la LiMA (et non à l'unité GTIN).			Quantité/unité définie dans la LiMA: par pièce	Le texte mentionne 10 pièces	= 0,2 pièce (le numéro de position se facture à la pièce!)	= max. MMR soins pour 10 pièces		En termes purement comptables: 0,2 pièce = CHF 0,77 (0,2x3,84)
<i>Correct:</i>					2	3,84		7,68

Remarques:

- Lors de la facturation du code tarifaire 454, il faut indiquer dans le texte le produit effectivement utilisé.
- Pour chaque produit différent, le numéro de position LiMA correspondant n'est indiqué qu'une fois par facture de manière agrégée. Il faut indiquer la première et la dernière date de consommation («Du» et «Au»).
- Pour les moyens et appareils, il faut indiquer sous «Unité» le prix effectif (prix d'achat (qui peut contenir un rabais) plus les coûts de logistique, de stockage et d'administration) ou le montant maximal de remboursement (MMR soins).
- Pour les produits LiMA assortis de limites de prix annuelles, il faut facturer les produits effectivement utilisés et vérifier les limites (par ex. pour 15.01.02.00.1 – Moyens absorbants pour l'incontinence grave, MMR soins par an/prorata).
La facturation est possible jusqu'à ce que la limite définie dans la LiMA soit atteinte.
 - Unité = prix effectif
 - Nombre = quantité utilisée à facturer
- Pour les emballages partiels ou les quantités partielles, la quantité utilisée doit être indiquée sous «Nombre». Par ex.: Nombre = 0,75 s'il faut facturer 30 pièces d'un emballage de 40 pièces.
- Le montant de la position qui en résulte doit être arrondi à deux chiffres après la virgule (centimes).

4.2 Médicaments

S'il est convenu contractuellement que des médicaments peuvent être facturés en supplément, il faut utiliser le code de tarif 402 (GTIN – médicaments et dispositifs médicaux). La facturation doit être effectuée comme suit:

- Le médicament ne doit être indiqué dans la facture qu'une seule fois par GTIN. Il faut indiquer la première et la dernière date de consommation («Du» et «Au»).
- Pour les emballages partiels, il faut indiquer la quantité effectivement utilisée via le nombre d'emballages (pas les tablettes individuelles). Pour les emballages partiels, la quantité utilisée doit être indiquée sous «Nombre». Par ex.: Nombre = 0,75 s'il faut facturer 30 pièces d'un emballage de 40 pièces.
- Le prix de l'emballage doit être mentionné sous «Unité».
- Les éventuels rabais doivent être indiqués sous «Facteur scalaire» (par ex. 0,85 pour un rabais de 15%).
- Selon la définition, les facteurs d'une position de facturation (par ex. nombre, prix) doivent être indiqués de façon très précise dans la facture. Le montant de la position qui en résulte doit être arrondi à deux chiffres après la virgule (centimes).

Exemple:

Du	Au	Code de tarif	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
----	----	---------------	--------------------	-------	--------	-------	------------------	------------------------

01.09.2020	30.09.2020	402	7680475040157	Tablettes DAFAL- GAN 500 mg	2,5	2,4500	0,98	6,000
------------	------------	-----	---------------	--------------------------------	-----	--------	------	-------

5 Tarifs et positions tarifaires

Outre le code tarifaire, il faut également utiliser un code pour identifier la prestation facturée (position tarifaire). Les partenaires contractuels sont convenus d'utiliser les positions tarifaires indiquées ci-après.

Ce chapitre présente les tarifs et positions tarifaires utilisés pour le remboursement des prestations de soins légaux. Ces tarifs et positions tarifaires représentent toutes les variantes de remboursements possibles compte tenu des dispositions légales.

5.1 Attribut «unit» indiqué sous «unité»

Selon le Forum Datenaustausch, la valeur d'une prestation est indiquée sous l'attribut «unit». Pour toutes les prestations de soins correspondant aux tarifs à appliquer, l'attribut «unit» est le prix de la prestation et il est indiqué sous «Unité» dans les exemples ci-après.

5.2 Facteur scalaire au niveau de la position

Les rabais de médicaments ainsi que les parts cantonales (SAT) doivent être indiqués au moyen du facteur scalaire (external_factor). Une seule réduction au niveau du montant de la position n'est pas autorisée.

Exemple: 2% de rabais sur le prix de l'emballage

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	N° de séance	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
01.09.2020	30.09.2020	402	7680475040157	vide	Comprimés DA-FALGAN 500 mg	2,5	2,4500	0,98	6,000

5.3 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des prestations de soins ambulatoires

Code tarifaire	Position tarifaire	Description	Prix à l'heure (CHF) selon l'OPAS	Prix à la minute (CHF)
532	53201	Evaluation, conseils et coordination selon l'art. 7a al. 1 let. a OPAS	76,90	1,2816666667
	53202	Examens et traitements selon l'art. 7a al. 1 let. b OPAS	63,00	1,0500000000

Code tarifaire	Position tarifaire	Description	Prix à l'heure (CHF) selon l'OPAS	Prix à la minute (CHF)
	53203	Soins de base selon l'art. 7a al. 1 let. c OPAS	52,60	0,8766666667

5.3.1 Calcul des minutes

Pour les prestations de soins facturées avec un tarif au temps, il faut indiquer le nombre de minutes consacrées à chaque prestation. Ces minutes doivent être de «véritables» minutes, soit une heure = 60 minutes.

Les différentes prestations sont facturées à la minute et les positions tarifaires sont donc définies par minute. **Les positions tarifaires sont facturées en étant arrondies à 5 minutes.** Dans le champ «Nombre», il faut saisir le nombre de minutes, par ex. 5, 10, 15 minutes, etc. Le remboursement minimal de 10 minutes s'entend pour chaque intervention (art. 7a al. 2 OPAS).

Remarque concernant les différences entre les besoins déclarés et la facture:

Avec la déclaration des besoins effectuée selon la convention administrative, les besoins prévisibles sont communiqués sans tenir compte des unités de temps remboursées selon l'art. 7a al. 2 OPAS. Du fait de cette disposition (unités de temps de 5 minutes et au moins 10 minutes par intervention), des différences entre les besoins prévisibles et les besoins facturés sont donc possibles.

5.3.2 Chiffres après la virgule dans l'unité des minutes

Les montants pris en charge par les assureurs-maladie ont été adaptés au 1^{er} janvier 2020. Pour les soins ambulatoires, les montants horaires sont les suivants:

- a) pour l'évaluation, les conseils et la coordination CHF 76,90
- b) pour les examens et les traitements CHF 63,00
- c) pour les soins de base CHF 52,60

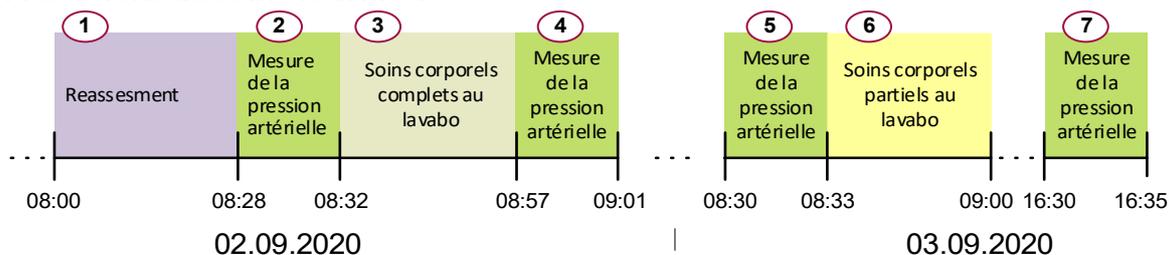
Les prix à la minute pour a) et c) ne peuvent plus être arrondis à cinq centimes près comme c'était le cas jusqu'à présent. C'est la raison pour laquelle l'unité de temps doit être indiquée avec la plus grande précision possible.

Exemple						
<i>Prestation</i>		<i>Montant</i>	<i>Montant</i>	<i>Nombre</i>	<i>Montant</i>	<i>Montant</i>
<i>Date</i>	<i>Prestation</i>	<i>par heure</i>	<i>par minute</i>	<i>de minutes</i>	<i>sans arrondi</i>	<i>arrondi à 0,01</i>
13.06.2020	10 minutes de soins de base	52.60	0.8766666667	10	8.7666666667	8.77
	5 minutes de conseils	76.90	1.2816666667	5	6.4083333333	6.41
	10 minutes de soins de base	52.60	0.8766666667	10	8.7666666667	8.77
15.06.2020	15 minutes de soins de base	52.60	0.8766666667	15	13.1500000000	13.15
	5 minutes de conseils	76.90	1.2816666667	5	6.4083333333	6.41
	10 minutes de traitements	63.00	1.0500000000	10	10.5000000000	10.50
17.06.2020	20 minutes de soins de base	52.60	0.8766666667	20	17.5333333333	17.53
	10 minutes de traitements	63.00	1.0500000000	10	10.5000000000	10.50
20.06.2020	10 minutes de soins de base	52.60	0.8766666667	10	8.7666666667	8.77
	15 minutes de traitements	63.00	1.0500000000	15	15.7500000000	15.75
	5 minutes de conseils	76.90	1.2816666667	5	6.4083333333	6.41
					Total juin	112.97
					arrondi à 0,05	112.95

Le montant par minute indiqué sous «Unit» dans le standard de facturation ne doit pas être arrondi à cet endroit. Il faut indiquer au moins quatre chiffres après la virgule. L'arrondi n'est effectué qu'après avoir multiplié le montant par minute et le nombre de minutes.

Exemple:

Prestations de soins fournies:



Explications pour le calcul des minutes

Dans le champ «Nombre», il faut saisir le nombre de minutes, par ex. 5, 10, 15 minutes, etc. Le remboursement minimal de 10 minutes s'entend **pour chaque** intervention (art. 7a al. 2 OPAS).

Du	Code tarifaire	Position tarifaire	Prestation	Unité	Nombre	Montant de la position
02.09.2020	532	53201	Evaluation, conseils et coordination	1,2816666667	30	38,45
02.09.2020	532	53202	Examens et traitements	1,0500000000	10	10,50
02.09.2020	532	53203	Soins de base	0,8766666667	25	21,92

5	03.09.2020	532	53202	Examens et traitements	1,0500000000	5	5,25
6	03.09.2020	532	53203	Soins de base	0,8766666667	30	26,30
7	03.09.2020	532	53202	Examens et traitements	1,0500000000	10	10,50

Indication du nombre de minutes sur la facture:

1	28 minutes. Evaluation, conseils et coordination le 2 septembre 2020 → 30 minutes
2 4	4 + 4 minutes. Examens et traitements pour <u>la même</u> intervention le 2 septembre 2020 = 8 minutes → 10 minutes.
3	25 minutes de soins de base le 2 septembre 2020 → 25 minutes.
5	3 minutes d'examens et de traitements pour la <u>première</u> intervention du 3 septembre 2020 → 5 minutes.
6	25 minutes de soins de base le 3 septembre 2020 → 30 minutes
7	5 minutes d'examens et de traitements pour la <u>deuxième</u> intervention du 3 septembre 2020 → Remboursement minimal: 10 minutes.

Chaque intervention doit être saisie sur une **ligne de facturation distincte** (ligne de la position). Les prestations identiques fournies lors de différentes interventions ne doivent pas être regroupées sur la même ligne de facturation. Par exemple, les points 5 et 7, qui contiennent la même position fournie le même jour, ne peuvent pas être cumulés sur la même ligne puisqu'ils ont été réalisés lors de deux interventions différentes.

Présentation **non correcte** pour plusieurs interventions réalisées le même jour:

5 7	3 + 5 minutes d'examens et de traitements pour les deux interventions du 3 septembre 2020 = 8 minutes → 10 minutes.
-----	---

5.4 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement de prestations de soins stationnaires

Le tarif 960 est utilisé pour les trois systèmes de remboursement (BESA, RAI-NH, PLAISIR).

Tarif	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix par échelon en CHF
960	96001	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	9,6000
	96002	De 21 à 40 minutes de soins requis	19,2000
	96003	De 41 à 60 minutes de soins requis	28,8000
	96004	De 61 à 80 minutes de soins requis	38,4000

	96005	De 81 à 100 minutes de soins requis	48,0000
	96006	De 101 à 120 minutes de soins requis	57,6000
	96007	De 121 à 140 minutes de soins requis	67,2000
	96008	De 141 à 160 minutes de soins requis	76,8000
	96009	De 161 à 180 minutes de soins requis	86,4000
	96010	De 181 à 200 minutes de soins requis	96,0000
	96011	De 201 à 220 minutes de soins requis	105,6000
	96012	Plus de 220 minutes de soins requis	115,2000
	96051	Classification en suspens	Selon convention
	96052	Décédé avant la classification	Selon convention
	96053	Hospitalisation de courte durée	Selon convention

Les prestations sont saisies en regroupant les jours successifs sur une ligne. A chaque interruption (vacances, week-end, séjour hospitalier, etc.), une nouvelle ligne est utilisée (calendrier).

Dans le champ «Nombre» de la position de facturation, il faut indiquer le nombre de jours pendant lesquels des soins ont été fournis.

Exemple:

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Montant de la position
01.09.2020	05.09.2020	960	96001	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	5	9,6000	48,00
10.09.2020	30.09.2020	960	96001	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	21	9,6000	201,60

5.5 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement dans le cas des structures de soins de jour ou de nuit

5.5.1 Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon les échelons/forfaits

Code de tarif	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix par échelon en CHF
963	96301	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	9,6000
	96302	De 21 à 40 minutes de soins requis	19,2000
	96303	De 41 à 60 minutes de soins requis	28,8000
	96304	De 61 à 80 minutes de soins requis	38,4000
	96305	De 81 à 100 minutes de soins requis	48,0000
	96306	De 101 à 120 minutes de soins requis	57,6000

Code de tarif	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix par échelon en CHF
	96307	De 121 à 140 minutes de soins requis	67,2000
	96308	De 141 à 160 minutes de soins requis	76,8000
	96309	De 161 à 180 minutes de soins requis	86,4000
	96310	De 181 à 200 minutes de soins requis	96,0000
	96311	De 201 à 220 minutes de soins requis	105,6000
	96312	Plus de 220 minutes de soins requis	115,2000
	96350	Forfaits individuels	Selon convention

Exemple:

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	N° de séance	Texte	Nombre	Unité	Montant de la position
01.09.2020	05.09.2020	963	96301	vide	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	5	9,6000	48,00
10.09.2020	30.09.2020	963	96301	vide	Jusqu'à 20 minutes de soins requis	21	9,6000	201,60

Les prestations sont saisies en regroupant les jours successifs sur une ligne. A chaque interruption (vacances, week-end, séjour hospitalier, etc.), une nouvelle ligne est utilisée (calendrier).

Dans le champ «Nombre» de la position de facturation, il faut indiquer le nombre de jours pendant lesquels des soins ont été fournis.

5.5.2 Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon le temps consacré

Ce tarif n'a le droit d'être utilisé que si des conventions correspondantes sont en vigueur ([cf. arrêt du tribunal arbitral du canton de Berne du 20 novembre 2015](#)).

Code tarifaire	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix selon convention
964	96401	Evaluation, conseils et coordination Selon l'art. 7 al. 2 let. a OPAS	
	96402	Examens et traitements Selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS	
	96403	Soins de base Selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS	
	96404	Tarif mixte pour tout	

5.6 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des soins aigus et de transition

Selon les conventions actuelles, les prestations sont facturées par l'intermédiaire d'un forfait à l'unité, d'un forfait au temps consacré ou d'un forfait par échelon.

Néanmoins, il existe trois tarifs différents pour les soins aigus et de transition afin de pouvoir tenir également compte des structures futures:

- Tarif 965, tarif basé sur des échelons: 12 échelons, structure analogue à celle des prestations de soins stationnaires (960)
- Tarif 966, tarif au temps consacré: tarif au temps consacré, structure analogue à celle des prestations de soins ambulatoires (532) (prix et somme arrondie selon la convention)
- Tarif 967, tarif basé sur des forfaits: le contenu des forfaits est défini contractuellement.

Les dispositions contractuelles individuelles définissent lequel de ces trois tarifs est utilisé.

Prix et clé de répartition des coûts

Les soins aigus et de transition sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré (art. 25a al. 2 LAMal).

Dans le cadre de la déclaration des besoins ou de l'échelon de soins attribué et de la facture, il convient d'indiquer:

- le montant total convenu (canton et assureur) pour le «prix à l'unité»
- la clé de répartition définie pour la part prise en charge par le répondant des coûts.

5.6.1 Remboursement des soins aigus et de transition selon les échelons

Tarif	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix selon convention
965	96501	SAT Jusqu'à 20 minutes de soins requis	
	96502	SAT De 21 à 40 minutes de soins requis	
	96503	SAT De 41 à 60 minutes de soins requis	
	96504	SAT De 61 à 80 minutes de soins requis	
	96505	SAT De 81 à 100 minutes de soins requis	
	96506	SAT De 101 à 120 minutes de soins requis	
	96507	SAT De 121 à 140 minutes de soins requis	
	96508	SAT De 141 à 160 minutes de soins requis	
	96509	SAT De 161 à 180 minutes de soins requis	
	96510	SAT De 181 à 200 minutes de soins requis	
	96511	SAT De 201 à 220 minutes de soins requis	
	96512	SAT Plus de 220 minutes de soins requis	

Exemple:

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Part du répondant des coûts	Montant de la position
01.09.2020	05.09.2020	965	96505	SAT De 81 à 100 minutes de soins requis	5	138,50	0,45	311,63
10.09.2020	12.09.2020	965	96505	SAT De 81 à 100 minutes de soins requis	3	138,50	00:45	186,98

Les prestations sont saisies en regroupant les jours successifs sur une ligne. A chaque interruption (vacances, week-end, séjour hospitalier, etc.), une nouvelle ligne est utilisée (calendrier).

5.6.2 Remboursement des soins aigus et de transition selon le temps consacré

Code tarifaire	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix selon convention
966	96601	Evaluation, conseils et coordination selon l'art. 7 al. 2 let. a OPAS	
	96602	Examens et traitements selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS	
	96603	Soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS	
	96604	Tarif mixte pour tout	

Exemple:

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Part du répondant des coûts	Montant de la position
01.09.2020	01.09.2020	966	96602	Examens et traitements	10	1,833	0,45	8,25
01.09.2020	01.09.2020	966	96603	Soins de base	20	1,666	00:45	14,99
02.09.2020	02.09.2020	966	96603	Soins de base	30	1,666	0,45	22,49
03.09.2020	03.09.2020	966	96601	Evaluation, conseils et coordination	20	1,916	0,45	17,24
03.09.2020	03.09.2020	966	96603	Soins de base	10	1,666	0,45	7,50

04.09.2020	04.09.2020	966	96603	Soins de base	20	1,66 6	0,45	14,99
05.09.2020	05.09.2020	966	96602	Examens et traitements	10	1,83 3	0,45	8,25
10.09.2020	10.09.2020	966	96602	Examens et traitements	10	1,83 3	0,45	8,25
10.09.2020	10.09.2020	966	96603	Soins de base	10	1,66 6	00:45	7,50
11.09.2020	11.09.2020	966	96602	Examens et traitements	15	1,83 3	0,45	12,37
11.09.2020	11.09.2020	966	96603	Soins de base	30	1,66 6	00:45	22,49
12.09.2020	12.09.2020	966	96603	Soins de base	10	1,66 6	0,45	7,50

5.6.3 Remboursement des soins aigus et de transition selon les forfaits

Code tarifaire	Position tarifaire	Intitulé de la position tarifaire	Prix selon convention
967	96701	SAT 1	
	96702	SAT 2	
	96703	SAT 3	
	96704	SAT 4	
	96705	SAT 5	
	96706	SAT 6	
	96707	SAT 7	
	96708	SAT 8	
	96709	SAT 9	
	96710	SAT 10	
	96711	SAT 11	
	96712	SAT 12	

Remarques:

- Le tarif 967 doit être utilisé pour les forfaits SAT convenus par contractuellement, qui, contrairement au tarif 965, ne dépendent pas d'une classification selon l'art. 7a al. 3 OPAS.
- Il convient de définir contractuellement si seul un forfait (SAT 1) ou plusieurs forfaits différents sont possibles.

Exemple:

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Part du répondant des coûts	Montant de la position
01.09.2020	05.09.2020	967	96701	SAT 1	5	Selon convention	0,45	

10.09.2020	12.09.2020	967	96701	SAT 1	3	Selon convention	0,45	
------------	------------	-----	-------	-------	---	------------------	------	--

Les prestations sont saisies en regroupant les jours successifs sur une ligne. A chaque interruption (vacances, week-end, séjour hospitalier, etc.), une nouvelle ligne est utilisée (calendrier).

5.7 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des «Forfaits accessoires pour EMS»

Les autres prestations, telles que les produits figurant dans la LiMA, les médicaments, les thérapies, etc., peuvent être facturées sur la base des codes tarifaires officiels correspondants **dès lors qu'une convention a été signée** avec les assureurs-maladie.

5.7.1 Tarif «Forfaits accessoires pour EMS»

S'il est convenu contractuellement que certaines prestations peuvent être facturées en supplément, le tarif 970 (forfaits accessoires pour EMS) est utilisé.

La position tarifaire pour les différences d'arrondi peut être utilisée par tous les fournisseurs de prestations autorisés à facturer des prestations de soins.

Tarifziffer	Tarifposition_Text_F	Gültig_von	Gültig_bis
97001.001	Forfaits pour moyens auxiliaires selon LiMA	01.01.2016	31.12.9998
97002.004	Forfaits pour médicaments	04.01.2016	31.12.2025
97003.001	Forfaits pour prestations médicales	01.01.2016	31.12.9998
97004.001	Forfaits pour thérapies	01.01.2016	31.12.9998
97005.001	Forfaits pour analyses de laboratoire	01.01.2016	31.12.9998
97010.001	Forfaits pour autres prestations	01.01.2016	31.12.9998
97020.010	Systèmes de traitement des plaies par pression négative, location phase 1	01.01.2016	31.12.9998
97020.011	Systèmes de traitement des plaies par pression négative, location phase 2	01.01.2016	31.12.9998
97020.012	Systèmes de traitement des plaies par pression négative, location phase 3	01.01.2016	31.12.9998
97020.013	Systèmes de traitement des plaies par pression négative, location phase 4	01.01.2016	31.12.9998
97030.001	Gripper pour Port-A-Cath	01.01.2016	31.12.9998
97030.002	Aiguilles pour Port-A-Cath	01.01.2016	31.12.9998
97080.999	Autres moyens auxiliaires hors LiMA	01.01.2016	31.12.9998
97090.001	Différence d'arrondi	01.01.2016	31.12.9998
7901	Conseils en allaitement	01.01.2011	31.12.9998
7902	Matériel	01.01.2011	31.12.9998
97001		01.01.2011	31.12.2025
97002		01.01.2011	31.12.2025
97003		01.01.2011	31.12.2025
97004		01.01.2011	31.12.2025
97010		01.01.2011	31.12.2025
97020.001		01.01.2011	31.12.2025
97020.002		01.01.2011	31.12.2025
97020.003		01.01.2011	31.12.2025
97020.004		01.01.2011	31.12.2025
97020.999		01.01.2011	31.12.2025
97030.01		01.01.2011	31.12.2025

Tarif 970 V1.5 du 30.6.2024

Remarques:

- Pour les règles d'arrondi (concernant par ex. la quantité/les unités de temps), il convient de se référer aux conventions correspondantes.
- La prestation est indiquée pour la période de facturation définie dans la convention (mensuelle par ex.) en précisant le premier et le dernier jour du mois.

Exemple:

Du	Au	Code tari- faire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Montant de la posi- tion
01.09.2020	30.09.2020	970	97030,002	Aiguilles pour Port- A-Cath (12 unités)	0,166667	p. ex. 52,2000	8,70

5.7.2 Produits figurant dans la liste des moyens et appareils

Si cela est convenu contractuellement, les moyens et appareils peuvent être facturés de manière forfaitaire. Les dispositions de la convention s'appliquent.