

## TarifDesign

# Guide pour la facturation électronique des prestations stationnaires LCA

Version	1.1
Date	Septembre 2023
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
29.06.2023	1.0	TarifDesign (Reto Blunski)	Version initiale
07.07.2023	1.01	TarifDesign (Reto Blunski)	Correction de la version 5.2.4
26.09.2023	1.1	TarifDesign (Reto Blunski)	Ajouts au chapitre 6 Précisions mineures

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Buts.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bases fondamentales, exclusion du champ d'application et conditions générales 5</b>	
2.1	Documents existants et bases fondamentales .....	5
2.2	Exclusion du champ d'application .....	6
2.3	Points nécessitant un accord contractuel entre assureurs et fournisseurs de prestations dans le cadre de la convention .....	6
<b>3</b>	<b>Principes de base .....</b>	<b>8</b>
3.1	Champ d'application .....	8
3.2	Primauté de la convention.....	8
3.3	Regroupement de cas / Définition de la notion de cas .....	8
<b>4</b>	<b>Livraison de données structurées – En-tête de la facture .....</b>	<b>10</b>
4.1	Élément «body» .....	10
4.2	Élément «body/tiers_payant» .....	10
4.3	Élément «vvg» .....	12
4.4	Élément Traitement «treatment» .....	12
4.5	Élément «treatment/xtra_hospital/stationary» .....	13
<b>5</b>	<b>Livraison de données structurées – Positions détaillées .....</b>	<b>16</b>
5.1	Tarifs admis.....	16
5.2	Tarif 930 – Précisions particulières pour l'utilisation .....	17
5.3	Informations relatives aux médecins impliqués .....	22
5.4	Livraison des informations AOS .....	24
5.5	Classement des positions détaillées.....	25
5.6	Traitement des absences .....	26
5.7	Règles d'arrondi .....	26
<b>6</b>	<b>Cas spéciaux .....</b>	<b>27</b>
6.1	Changement du codage AOS après la facturation LCA .....	27
6.2	Transferts.....	27
6.3	Réadmissions .....	27
6.4	Changement de classe de soins G <-> SP <-> P au cours du cas.....	27
6.5	Séjours répartis sur deux années différentes.....	28
6.6	Prestations centrales non fournies en totalité.....	28

6.7	Sous-assurance/surassurance .....	29
6.8	Congés.....	29
6.9	Rabais .....	30
6.10	Factures intermédiaires / acomptes .....	30

## 1 Buts

- Uniformisation de la facturation électronique pour les coûts des prestations de soins délivrées par des fournisseurs de prestations stationnaires selon la LCA, en complément de l'AOS (somatique aiguë, réadaptation, psychiatrie).
- Elaboration de spécifications claires et documentées sur lesquelles peuvent s'appuyer aussi bien les fournisseurs de prestations lors de la facturation LCA stationnaire que les répondants des coûts lors de l'examen des factures LCA stationnaires.
- Clarification de toutes les questions donnant lieu à interprétation et de tous les détails concernant la facturation LCA stationnaire.
- Conformité avec le cadre de référence de la branche ASA et les exigences formulées dans le «cahier des charges Facturation» du GT 3 du projet de l'ASA.
- Dans tous les cas possibles et pertinents: assurer la conformité et la compatibilité avec les règles et définitions en vigueur dans les normes AOS applicables (SwissDRG, ST Reha, TARPSY).
- Présentation de solutions illustrées par des exemples de cas concrets de facturation LCA.

## 2 Bases fondamentales, exclusion du champ d'application et conditions générales

### 2.1 Documents existants et bases fondamentales

- Règles sectorielles de l'ASA  
[Grandes lignes sectorielles sur les «Prestations supplémentaires selon la LCA» | ASA](#)
- Avenant au cadre de référence de la branche: Prestations médicales complémentaires LCA  
[https://www.svv.ch/sites/default/files/2021-11/20211113\\_SVV\\_Folgeprojekt-Mehrleistungen-VVG\\_Zusatzdokument\\_Final\\_FR.pdf](https://www.svv.ch/sites/default/files/2021-11/20211113_SVV_Folgeprojekt-Mehrleistungen-VVG_Zusatzdokument_Final_FR.pdf)
- Cahier des charges Facturation ASA
- SwissDRG et TARPSY: Règles et définitions  
[Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY](#)
- ST Reha: Règles et définitions  
[Règles et définitions pour la facturation des cas selon ST Reha](#)
- Forum Datenaustausch, Facture 4.5 Facture standard  
[Forum Datenaustausch: Facture 4.5 \(forum-datenaustausch.ch/fr/\)](#)
- Guides existants sur la facturation électronique
  - TarifDesign: Guide pour la facturation des prestations de soins:  
<https://www.sasis.ch/fr/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?eintragid=11484&selectedMenuId=0&secondLevelMenuId=0>
  - TarifDesign: Guide pour la facturation des factures intermédiaires et d'acomptes pour les cas hospitaliers stationnaires  
<https://www.sasis.ch/fr/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?eintragid=11898&selectedMenuId=0&secondLevelMenuId=0>
- Critères de conformité du projet ASA

## 2.2 Exclusion du champ d'application

Le présent guide ne traite explicitement aucune question concernant:

- la facturation de la fourniture de prestations ambulatoires: celle-ci est couverte par le TARMED, le TARDOC, etc.
- la facturation pour les soins stationnaires qui relèvent de l'AOS: celle-ci est couverte par SwissDRG, TARPSY et ST Reha
- la conformité FINMA de contrats LCA et de modèles tarifaires utilisés
- les sanctions à prendre en cas de non-respect des règles du présent guide. Lorsqu'une facture est reçue et qu'elle n'est pas conforme aux directives de ce guide, il incombe à chaque assureur individuel de décider à sa discrétion si ladite facture doit être payée ou rejetée.

## 2.3 Points nécessitant un accord contractuel entre assureurs et fournisseurs de prestations dans le cadre de la convention

Dans le but d'optimiser l'efficacité de la facturation, il est recommandé de définir les points suivants dans la convention LCA conclue entre les assureurs et les fournisseurs de prestations:

Point à intégrer dans la convention	Remarque
Référence au présent guide	Dans les conventions LCA, il est recommandé d'établir que la facturation doit s'effectuer selon les règles définies dans la version actuelle du présent guide (en intégrant une référence à ce dernier).
Obligations de transparence, de documentation et de preuve incombant au fournisseur de prestations	Les obligations de transparence, de documentation et de preuve résultant du cadre de référence de la branche et des critères de conformité de l'ASA et incombant au fournisseur de prestations doivent être reprises dans la convention LCA. Les informations suivantes s'avèrent particulièrement pertinentes pour l'établissement de la facture: <ul style="list-style-type: none"> <li>- GLN et nom du médecin responsable du cas (cf. paragraphes 5.3.1 et 5.3.2)</li> <li>- Informations AOS relatives à la facture LCA actuelle (cf. paragraphe 5.4)</li> </ul>
Facturation électronique selon la procédure du Tiers Payant avec copie aux patients	Règle de principe pour la facturation électronique selon le Tiers Payant et disposition contractuelle éventuelle attribuant la responsabilité au fournisseur de prestations de transmettre la copie au patient. (Cette modalité n'est par ailleurs définie nulle part dans la LCA; le règlement LAMal existant n'est pas pertinent pour la LCA.)
Numéro(s) RCC et GLN du site	Pour chaque site du fournisseur de prestations stationnaires, la convention doit énumérer avec quel numéro RCC et quel GLN du site la facture doit être établie.
Positions tarifaires	Positions tarifaires à utiliser pour la facturation LCA

Disposition concernant le regroupement de cas	La convention doit préciser le mode de regroupement employé pour les cas LCA. Pour ces derniers également, il est recommandé d'appliquer les règles de regroupement de cas valables dans l'AOS (selon Swiss-DRG, TARPSY et ST Reha).
Single Invoice et numéros de cas	<p>Dans la mesure du possible, le principe «Single Invoice» doit faire l'objet d'un accord contractuel.</p> <p>Dans les cas où ce principe est impossible à suivre, il convient de définir une disposition réglant clairement la livraison de numéros de cas uniformes (@acid, @case_id) (cf. point 3.3.2).</p>
Traitement des forfaits journaliers le jour de sortie avec transfert, etc.	La convention doit comporter des dispositions précisant dans quels cas le jour de sortie est facturable ou non, et selon quelles modalités précises. Il n'existe pas de directives universellement applicables à cet égard.

## 3 Principes de base

### 3.1 Champ d'application

Les précisions spécifiées dans le présent document au sujet de la facturation sont applicables aux cas réunissant la totalité des conditions suivantes:

- facturation de fournisseurs de prestations stationnaires dans les domaines: Somatique aiguë, Réadaptation, Psychiatrie pour traitements stationnaires à l'attention de l'assurance complémentaire dans le cadre de la procédure du Tiers Payant
- facturation de prestations complémentaires en complément de l'AOS, pour lesquelles il existe une couverture selon la LCA permettant la prise en charge des coûts chez le répondant des coûts auquel la facture est adressée.
- un accord contractuel a été convenu entre le fournisseur de prestations et l'assurance aux termes duquel une facturation intervient selon la procédure du «Tiers Payant» par transfert de données électronique conformément au standard actuel «General Invoice» du Forum Datenaustausch (actuellement version 4.5).
- le processus de garantie des coûts/garantie de prise en charge, faisant éventuellement l'objet d'un accord contractuel, a été réalisé au préalable ou n'est pas nécessaire pour le cas spécifique conformément à la convention applicable.

Si une facture est émise sous forme papier, selon la procédure du Tiers Payant ou du Tiers Garant, les dispositions figurant dans le présent document sont applicables par analogie.

### 3.2 Primauté de la convention

La facturation directe selon la LCA des prestations stationnaires par la procédure du Tiers Payant est admise à la seule condition que le fournisseur de prestations et le répondant des coûts aient conclu un accord contractuel.

En cas de divergences entre la convention LCA et les directives figurant dans le présent guide, les dispositions prévues par la convention LCA prévalent.

### 3.3 Regroupement de cas / Définition de la notion de cas

#### 3.3.1 Regroupement de cas dans le temps par analogie avec l'AOS Swiss-DRG/ST Reha/TARPSY

En l'absence de dispositions explicitement contraires dans la convention, les définitions de cas de la structure tarifaire (SwissDRG, ST Reha, TARPSY) valable sur le territoire national à la date de sortie sont déterminantes pour la facturation LCA stationnaire. Par conséquent, la définition de la notion de cas et les règles de regroupement de cas de l'AOS sont également valables pour les factures LCA correspondantes. Pour la facturation LCA stationnaire, cela signifie par exemple que deux admissions peuvent être regroupées en un cas si et seulement si ce regroupement est également admis selon l'AOS (cf. documents «Règles et définitions pour la facturation des cas» de SwissDRG SA).

Si deux cas sont regroupés en un seul après que la facturation LCA a déjà eu lieu, par exemple suite à une réclamation de l'AOS, et que ce regroupement conduit à une correction des factures AOS pertinentes, alors il convient de corriger les factures LCA correspondantes par analogie.

Il est recommandé d'inscrire cette règle de définition du cas dans la convention. Il est important de prévoir une disposition stipulant les modalités de regroupement de cas LCA lorsque la facturation utilise des positions tarifaires basées sur un baserate et des forfaits par cas (p. ex. lors de la facturation de prestations médicales supplémentaires, du choix d'un hôpital hors canton ou du libre choix d'un hôpital conventionné).

### **3.3.2 Single Invoice – Factures de médecins agréés**

La facturation doit s'effectuer en conformité avec le principe «Single Invoice», lequel doit faire l'objet d'un accord contraignant dans les conventions LCA:

**Single Invoice:** *toutes les prestations LCA d'un cas stationnaire, y compris toutes les prestations stationnaires associées fournies par les médecins salariés et médecins agréés impliqués, sont facturées par le fournisseur de prestations stationnaires sur une seule facture LCA.*

Toute dérogation à ce principe doit être réglée dans la convention. Le présent guide ne formule aucune directive de facturation pour cette exception.

## 4 Livraison de données structurées – En-tête de la facture

Les spécifications et règles du standard actuel «General Invoice» du Forum Datenaustausch (version actuelle V4.5) s'appliquent en principe à tous les éléments de données décrits dans les paragraphes ci-dessous. Les spécifications dans le schéma (xsd) du Forum Datenaustausch doivent impérativement être respectées; par conséquent tous les documents XML livrés doivent toujours observer les critères «well-formed» et «valid» par rapport au schéma.

Les spécifications ci-dessous se limitent à préciser les éléments et attributs pour lesquels le standard ne permet pas de déterminer clairement quelles valeurs doivent être livrées à quel moment précis et selon quelles modalités. Par conséquent, ce document ne contient pas l'intégralité des éléments et attributs à livrer.

Lorsque des éléments et attributs doivent obligatoirement être livrés dans le standard, mais qu'ils sont désignés non pertinents (à ignorer «ignored») ci-après pour les factures traitées dans le présent guide, il convient de choisir judicieusement les valeurs par défaut à livrer pour que le document XML soit «valid» malgré tout.

### 4.1 Élément «body»

<b>@role</b>	«hospital» valeur fixe (également pour réadaptation/psychiatrie)
<b>@place</b>	«hospital» valeur fixe (également pour réadaptation /psychiatrie)

### 4.2 Élément «body/tiers\_payant»

<b>biller</b>	Désigne la personne physique ou morale qui émet la facture. Important: la plupart du temps, le «biller» n'est pas forcément toujours identique avec «//esrQR/creditor». On indique dans l'élément «biller» qui émet la facture, mais dans le champ «//esrQR/creditor» doit obligatoirement figurer le nom et le lieu du titulaire du compte bancaire correspondant à l'IBAN indiqué sur la facture QR.
<b>biller/@ean_party</b>	Numéro GLN du factueur référencé selon <a href="#">RefData</a>
<b>biller/@zsr</b>	Si l'entité émettrice de la facture possède un numéro RCC, celui-ci doit être indiqué ici; dans la négative, il ne faut pas livrer cet élément car il s'agit d'un champ facultatif dans le standard.
<b>biller/@speciality</b>	«ignored»: contenu du champ à ignorer
<b>biller/@uid_number</b>	«ignored»: livraison facultative Numéro d'identification des entreprises UID/IDE de l'entreprise émettrice de la facture
<b>biller/(company person)/address/</b>	à traiter par analogie à l'AOS, pas d'exigences spéciales pour les factures LCA
<b>referrer</b>	«ignored» à ignorer dans le contexte LCA stationnaire

<b>debitor</b>	«ignored» (mais à livrer obligatoirement conformément au standard): dans le contexte LCA stationnaire -> copie des informations figurant dans le tag <b>insurance</b>
<b>provider</b>	«obligatoire» Fournisseur de prestations et site correspondant du fournisseur de prestations qui a fourni la prestation.
<b>provider/@zsr</b>	à livrer «obligatoirement». Identifie <b>le fournisseur de prestations</b> au moyen du numéro RCC issu de la base de données RCC de SASIS SA. Il est défini dans la convention quel numéro RCC doit être utilisé dans la facturation pour quel fournisseur de prestations, pour quelles prestations LCA et pour quel site.
<b>provider/@ean_party</b>	à livrer «obligatoirement». Numéro GLN du <b>site du fournisseur de prestations</b> conformément au mandat de prestations AOS du canton correspondant Le numéro GLN livré dans ce champ doit remplir les conditions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il doit exister et être actif dans le registre <a href="http://RefData.ch">RefData.ch</a>.</li> <li>- Il est défini dans la convention quel numéro GLN doit être utilisé dans la facturation pour quel site et quelles prestations LCA.</li> <li>- A partir du 1.1.2024: le numéro GLN doit être enregistré comme un site actif de ce fournisseur de prestations dans le fichier de données des numéros RCC utilisés comme «Provider» du registre RCC de SASIS</li> </ul>
<b>@speciality</b>	«ignored» à ignorer
<b>insurance</b>	l'assurance à qui la facture est adressée.
<b>insurance/@ean_party</b>	numéro GLN de l'assurance selon <a href="http://RefData">RefData</a>
<b>patient</b>	le patient traité  Pour identifier clairement le patient traité, les identificateurs ci-dessous sont utilisés avec la priorité suivante: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. numéro AVS (patient/@ssn)</li> <li>2. date de naissance de l'assuré (patient/@birthdate)</li> <li>3. numéro d'assuré de l'assurance ((/kvg vvg)/@insured_id)</li> <li>4. numéro de la carte d'assuré (patient/card/card_id)</li> <li>5. informations complémentaires sous forme de texte (nom, prénom, sexe, NPA, lieu)</li> </ol> Toutes les informations disponibles doivent être livrées dans la facture. Les données obligatoires conformément au standard XML qui doivent être livrées en tout cas et sans exception sont: date de naissance, nom, prénom, NPA et lieu.
<b>insured</b>	«facultatif» Élément facultatif / «insured» définit l'adresse de la mère d'un nouveau-né. L'adresse de la mère doit être indiquée uniquement si les conditions suivantes sont remplies:

	la position DRG des prestations AOS sur lesquelles est basée la facturation définit une naissance et le patient est le nouveau-né.  Les mêmes identificateurs que pour / «patient» sont valables
<b>guarantor</b>	«obligatoire» conformément au standard XML, normalement à ignorer («ignored») par les répondants des coûts destinataires de la facture. Représentant légal du patient, normalement le patient lui-même (c.-à-d. une copie des données issues de /«patient») ou pour les mineurs, l'un des parents.
<b>employer</b>	à ignorer («ignored»)

### 4.3 Élément «vvg»

<b>vvg/@insured_id</b>	Numéro d'assuré attribué par l'assurance: à livrer si disponible (cf. indication dans le paragraphe patient)
<b>vvg/case_id</b>	<b>Numéro de cas attribué par l'assurance</b> facultatif (peut aussi être obligatoire si un accord contractuel correspondante a été conclu) contient un numéro de cas préalablement défini et transmis par l'assurance, communiqué à l'hôpital notamment dans le processus de la garantie des coûts/prise en charge des coûts (analogue au numéro de cas dans la LAA). <b>ATTENTION:</b> à ne pas confondre avec //treatment/@acid – pour cet élément, un numéro de cas du fournisseur de prestations est communiqué.
<b>vvg/case_date</b>	facultatif et normalement à ignorer («ignored») à ne livrer qu'en cas d'accord contractuel spécifique – la valeur à livrer doit être spécifiée dans la convention.

### 4.4 Élément Traitement «treatment»

<b>treatment/@date_begin</b>	Premier jour du traitement y compris horodatage de la totalité du traitement (pour les cas spéciaux, voir les règles du paragraphe 6)
<b>treatment/@date_end</b>	Dernier jour du traitement y compris horodatage de la totalité du traitement (pour les cas spéciaux, voir les règles du paragraphe 6). <b>Important:</b> lors de la facturation avec des forfaits «nuit», le jour de sortie doit aussi être obligatoirement livré ici (avec comme conséquence que le nombre de nuits facturé dans ce cas est inférieur de 1 à la durée de la période date_begin/date_end).
<b>treatment/@gestation_week13</b>	ne doit pas être livré pour les prestations LCA, à ignorer «ignored»

<b>treatment/canton</b>	à livrer par analogie avec l'AOS
<b>treatment/@treatment</b>	fixe pour les cas stationnaires «stationary»
<b>treatment/@reason</b>	à livrer par analogie avec l'AOS
<b>treatment/@apid</b>	ne doit pas être livré, à ignorer «ignored»
<b>treatment/@acid</b>	<p>ID du cas administratif du fournisseur de prestations: ID du cas principal tel qu'il figure dans le logiciel du fournisseur de prestations, normalement identique à l'acid indiqué sur la facture AOS correspondante</p> <p>Cet ID de cas est attribué par le logiciel du fournisseur de prestations stationnaires et doit être livré sur toutes les factures appartenant au même cas stationnaire. Cela s'applique en particulier aussi aux prestations stationnaires de médecins agréés décomptées séparément.</p> <p>Définition XML de ce champ: <b>acid</b> is an optional <b>administrative case identification</b> of the main software, defined exclusively for the exchange with the insurers.</p>
<b>treatment/xtra_hospital/stationary</b>	Ce sous-élément de <treatment> doit être obligatoirement livré en cas de factures stationnaires → voir paragraphe 4.5
<b>treatment/diagnosis</b>	à ignorer, sauf disposition contraire

## 4.5 Élément «treatment/xtra\_hospital/stationary»

Dans ce sous-élément de «treatment», il faut livrer les données suivantes:

<b>stationary/ @hospitalization_date</b>	<p>Date d'hospitalisation Normalement toujours identique à celle de «treatment»/@date_begin</p> <p>Les exceptions doivent faire l'objet d'un accord contractuel.</p>
<b>stationary/ @treatment_days</b>	<p><b>Nombre de jours de traitement</b> Conformément à la définition du standard XML, il faut indiquer ici le nombre de jours de traitement. Etant donné que dans le domaine stationnaire LCA la facturation est réalisée au moyen du tarif 930, les règles de calcul «non-SwissDRG» sont applicables, c.-à-d. qu'à la fois le jour d'admission et le jour de sortie sont comptés (dénombrement obligatoire selon les statistiques de jour). Le nombre de jours d'absence entiers non facturés est déduit du nombre de jours de traitement.</p> <p><b>Conséquences majeures et exemples:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pour le même cas somatique aigu, le «nombre de jours de traitement» qui figure dans l'en-tête de la facture AOS est inférieur d'1 unité au nombre livré sur la facture LCA correspondante (étant donné que la facture AOS doit être livrée conformément à la règle «Swiss-DRG» - dénombrement selon les statistiques de nuit).</li> <li>2. Si la convention LCA a été conclue avec des forfaits de nuit (dénombrement selon les statistiques de nuit), le</li> </ol>

	<p>nombre de forfaits de nuit facturés dans la position détaillée de la facture LCA est inférieur d'1 unité au nombre de jours de traitement figurant dans l'en-tête de la facture LCA.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pour un traitement du 2.3.au 10.3., il faut livrer la valeur «9» aussi bien en somatique aiguë, qu'en réadaptation et en psychiatrie.</li> <li>4. Dans l'exemple figurant au point 3., si le patient est sorti le matin du 04.03. et a été de nouveau admis l'après-midi du 06.03., il faut livrer le nombre «8» (le seul jour entier sans traitement étant le 05.03.).</li> </ol> <p>D'autres exemples peuvent être trouvés dans le document d'accompagnement. L'exemple 6 (réadaptation, transfert à la sortie) et l'exemple 8 (hors canton, division générale) sont à noter plus particulièrement.</p>
<b>stationary/ @hospitalization_mode</b>	<p>à livrer avec la valeur de donnée identique à celle figurant dans la facture AOS correspondante de ce cas:</p> <p><b>valeurs admises:</b> cantonal, noncantonal_indicated, noncantonal_nonindicated</p>
<b>stationary/ @hospitalization_type</b>	<p>à livrer avec la valeur de donnée identique à celle figurant dans la facture AOS correspondante de ce cas:</p> <p><b>valeurs admises:</b> regular, emergency</p>
<b>stationary/ @class</b>	<p>Classe: la classe de traitement réellement fourni dans ce cas, codée selon les catégories: private, semi_private, general</p> <p>Si la classe a changé pendant le séjour, il faut indiquer la classe la plus élevée parmi celles appliquées.</p> <p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les produits Flex, il faut livrer la classe choisie et appliquée dans ce cas.</li> <li>- Si le patient a d'abord séjourné en division «générale» puis en division «privée», il faut indiquer «private».</li> </ul>
<b>stationary/ @section_major</b>	à livrer avec la valeur de donnée identique à celle figurant dans la facture AOS correspondante de ce cas (Bfs Section Code)
<b>stationary/ @has_expense_loading</b>	à ignorer (conformément à la valeur par défaut XML «true»)
<b>stationary/     administion_type     discharge_type     provider_type     bfs_residence_before_ad...     bfs_decision_for_dis...     bfs_redidence_after_dis...</b>	à livrer avec la valeur de donnée identique à celle figurant dans la facture AOS correspondante de ce cas
<b>stationary @case_detail</b>	<p>Tous les «case_detail» de la facture AOS correspondante doivent être livrés avec les valeurs identiques à celles figurant dans la facture AOS correspondante de ce cas.</p> <p><b>Remarque:</b> pour les factures LCA également, il faut livrer dans le champ «tariff_type» et «code» de «case_detail» les positions</p>

tarifaires AOS correspondantes (SwissDRG 010, ST Reha 020,  
TARPSY 030).

## 5 Livraison de données structurées – Positions détaillées

L'élément «service\_ex» n'étant pas admis dans le domaine stationnaire, il convient d'utiliser l'élément «//services/service» pour les positions détaillées dans les factures LCA stationnaires.

### 5.1 Tarifs admis

Pour facturer électroniquement des prestations selon les directives du Forum Datenaustausch, il faut attribuer à chaque prestation un code de facturation issu d'un [tarif connu](#).

En principe, dans la facturation LCA stationnaire selon le principe du Tiers Payant, seules sont admises les positions prévues dans l'accord contractuel entre le fournisseur de prestations et l'assurance. Si l'accord contractuel prévoit explicitement des positions provenant d'autres tarifs que ceux mentionnés ci-dessous, alors ces modalités prévalent sur celles exposées dans le présent guide. Une assurance peut rejeter des factures LCA qui contient des positions tarifaires non conformes à l'accord contractuel.

La facturation LCA stationnaire prévoit des positions provenant des tarifs suivants:

Code du tarif	Nom	Objet
<a href="#">930</a>	Tarif hospitalier pour les prestations stationnaires selon la LCA	Tarif principal pour la facturation de prestations selon la LCA pour les cas stationnaires en complément de l'AOS
<b>en supplément comme codes auxiliaires, pour la livraison de données AOS</b>		
<b>010</b>	SwissDRG	Pour livrer les informations AOS appartenant au cas LCA respectivement facturé, en indiquant toujours la «quantité=0» et le «montant=0», voir paragraphe 5.4
<b>020</b>	ST Reha	Pour livrer les informations AOS appartenant au cas LCA respectivement facturé, en indiquant toujours la «quantité =0» et le «montant=0», voir paragraphe 5.4
<b>030</b>	TARPSY	Pour livrer les informations AOS appartenant au cas LCA respectivement facturé, en indiquant toujours la «quantité =0» et le «montant=0», voir paragraphe 5.4

D'autres tarifs gérés et publiés par des tiers, p. ex. tarifs spécifiques aux assureurs-maladie, Medicalculis, PS25 ou similaires, ne peuvent être utilisés que s'il existe un accord contractuel correspondant.

### **IMPORTANT: aucune position ambulatoire ne doit figurer sur une facture stationnaire LCA**

Etant donné que le standard de facturation XML prescrit explicitement dès l'en-tête dans le champ «treatment/@treatment» de déclarer s'il s'agit d'un cas ambulatoire ou stationnaire, il est impossible de facturer des prestations ambulatoires dans des factures stationnaires.

Les systèmes des assureurs-maladie rejetteraient automatiquement les factures stationnaires contenant des positions issues de tarifs explicitement ambulatoires. Pour cette raison, il convient de facturer séparément d'éventuelles positions ambulatoires.

## 5.2 Tarif 930 – Précisions particulières pour l'utilisation

Le tarif 930 «Tarif hospitalier pour prestations stationnaires selon la LCA» contient à partir de la version 6.04 les positions de facturation permettant une facturation électronique de prestations stationnaires fournies en supplément de l'AOS en conformité avec le cadre de référence de la branche publié par l'ASA. Ces positions de facturation permettent de facturer séparément les prestations supplémentaires médicales, cliniques et d'hôtellerie/de confort en soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie, comme les dispositions du cadre de référence de la branche le requièrent de manière contraignante, tout du moins pour les soins somatiques aigus.

Dans les conventions LCA conformes au cadre de référence de la branche, les accords contractuels ne doivent contenir que des positions issues du tarif 930, désignées dans la colonne catégorie «W» par une version  $\geq 6.00$ . Les positions issues de versions antérieures ne doivent être utilisées que dans des cas exceptionnels.

Sauf dans des cas exceptionnels clairement documentés pour les positions du chapitre 999, la valeur prescrite dans le tarif doit toujours être livrée avec les données en indication de la position détaillée (colonne M/N/O: ABRECHNUNGSZIFFERTEXT\_D/F/I).

Le tarif est structuré par des chapitres qui attribuent clairement aux positions les genres de prestations supplémentaires conformément au cadre de référence de la branche:

Chapitre 001-099	<b>Prestations supplémentaires médicales</b>
001	Pour les prestations supplémentaires médicales – à n'utiliser que dans les cas où aucune des structures tarifaires explicitement définies ci-dessous n'est appliquée.
002	Prestations supplémentaires médicales – selon la structure tarifaire ABM
003	Prestations supplémentaires médicales – selon la structure tarifaire SMN
Chapitre 100 (-199)	<b>Prestations supplémentaires cliniques</b>
Chapitre 200 (-299)	<b>Prestations supplémentaires Hôtellerie/Confort</b>
Chapitre 300-399	<b>Coûts suscités par le choix d'un hôpital particulier</b>
300	Choix de l'hôpital hors canton
310	Libre choix d'un hôpital conventionné
Chapitre 400-499	<b>Forfaits complets et forfaits partiels Prestations supplémentaires</b> Dans le domaine de la réadaptation et de la psychiatrie, mais aussi dans divers domaines spécialisés de la somatique aiguë (par ex. dans les cliniques palliatives), les accords contractuels prévoient parfois des forfaits regroupant des prestations supplémentaires médicales, cliniques et hôtellerie/confort dans un seul forfait. Des combinaisons quelconques de 2 des trois genres de prestations supplémentaires peuvent aussi être rencontrées.
400	Forfaits complets Prestations supplémentaires – les genres de prestations supplémentaires sont tous les 3 contenus dans un forfait
410, 420, 430	Chapitre pour les positions combinant dans un forfait 2 des 3 genres de prestations supplémentaires (le chapitre et les positions ne sont publiés qu'en présence d'un besoin concret)

Chapitre 999	<b>Positions pro forma</b> Uniquement destinées à transmettre des informations supplémentaires. Doivent toujours être livrées avec «Quantité/Quantity=0» et «Montant=0».
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5.2.1 Unité des prestations

Il existe dans le tarif différents «unités/modes de dénombrement» selon lesquels des positions peuvent être facturées. Sur la base du format numérique «mmm.nnnn.oo.pp», l'«unité» est codée sur deux positions marquées en rouge et doit être utilisée conformément au tableau suivant:

Codage	Unité	Informations pour la facturation
<b>.01xx.</b>	Positions basées sur un baserate	<p>Le montant total de la position est calculé en multipliant le costweight (CW) par un baserate négocié (BR).</p> <p><b>Costweight / PT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ: «service/unit» (point tarifaire/PT)</li> <li>Le costweight provient de la prestation AOS correspondante. Le cas échéant, il est identique au costweight de la position DRG/ST REHA/TARPSY, référencée dans le champ «code_réf/ref_code» (cette corrélation est documentée dans le tarif 930 colonne K «Verkettung zu...»).</li> <li>L'accord contractuel peut prévoir des costweights maximaux et/ou minimaux, de façon à limiter l'indice de pondération pour la facturation selon la LCA (voir exemple 5).</li> <li>Pour les modèles de tarifs spéciaux applicables aux médecins agréés (p. ex. «ABM-Chapitre 002 positions catégorie B» ou SMN-Chapitre 003) le costweight/le nombre de points tarifaires est dérivé d'un autre tableau non accessible au public (l'accès au tableau est réservé aux participants sous licence de ce modèle). Le nombre correct de points tarifaires / le costweight est déterminé à partir des données de ces tableaux au moyen de l'indication: «AOS-DRG» et «rôle du médecin».</li> </ul> <p><b>Baserate / VPT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ: «service/unit_factor» (valeur du point tarifaire / VPT)</li> <li>provient de la convention LCA entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</li> <li>En cas de modèle tarifaire «ABM», on parle ici du «facteur ABM».</li> </ul> <p>Le champ «service/quantity» (quantité) est transmis avec la valeur 1.</p>
<b>.02xx.</b>	Forfaits journaliers	<p>Le montant total de la position est calculé en multipliant le nombre de jours par le montant du forfait journalier.</p> <p><b>Nombre de jours:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/quantity» (quantité)</li> </ul> <p><b>Prix forfaitaire par jour:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>provient de la convention LCA entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</li> </ul> <p>Le champ «service/unit_factor» est transmis avec la valeur fixe 1 (ou omis: selon le standard XML, la valeur par défaut 1 est alors valable).</p> <p>Les règles relatives aux modalités de décompte du jour de sortie dans des cas spécifiques (transfert, sortie vers le domicile, congés, etc.) doivent être définies dans la convention LCA entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</p>
<b>.03xx.</b>	Forfaits de nuit	<p>Le montant total de la position est calculé en multipliant le nombre de nuits par le montant du forfait de nuit.</p> <p><b>Nombre de nuits:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/quantity» (quantité)</li> </ul> <p><b>Prix du forfait de nuit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT)</li> <li>provient de la convention LCA entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</li> </ul> <p>Le champ «service/unit_factor» est transmis avec la valeur fixe 1 (ou omis: selon le standard XML, la valeur par défaut 1 est alors valable).</p>
<b>.04xx.</b>	Forfaits par cas	<p>Montant fixe par cas – normalement, le montant total de la position est identique au forfait par cas.</p> <p><b>Prix forfaitaire par cas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT)</li> <li>provient de la convention entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</li> <li>Le champ «service/unit_factor» est transmis avec la valeur fixe 1</li> </ul> <p><b>En cas d'utilisation de points tarifaires et de valeurs de point tarifaire (p. ex. modèle ABM et SMN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avec le modèle de tarifs ABM (Chapitre 002 positions avec la catégorie B) et SMN, la facturation est réalisée sur la base de points tarifaires et de valeurs de point tarifaire (facteur ABM).</li> <li>Le nombre de points tarifaires (issus du tableau tarifaire non accessible au public) est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT).</li> <li>Le champ VPT (service/unit_factor) sert à transmettre la valeur de point tarifaire négociée ou le facteur ABM</li> </ul> <p>Le champ «service/quantity» est transmis avec la valeur fixe 1.</p>
<b>.05xx.</b>	Forfaits d'événement	<p>Le montant total de la position se calcule en multipliant le nombre d'événements et le montant par forfait d'événement. Si les événements (p. ex. consilium) n'ont pas lieu à des dates consécutives, le forfait doit être facturé séparément pour chaque date d'événement et non avec une date du/au. Si le même forfait a été fourni par différents médecins</p>

		<p>et qu'il est facturable pour chaque médecin, le même principe est valable pour chaque médecin, sinon il est impossible de faire figurer le nom du médecin (cf. exemple 13).</p> <p><b>Nombre d'événements:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/quantity» (quantité)</li> </ul> <p><b>En cas de prix forfaitaire par événement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT)</li> <li>provient de la convention entre le fournisseur de prestations et l'assurance.</li> <li>Le champ «service/unit_factor» est transmis avec la valeur fixe 1.</li> </ul> <p><b>En cas d'utilisation de points tarifaires et de valeurs de point tarifaire (p. ex. modèle ABM et SMN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de points tarifaires (issus du tableau tarifaire non accessible au public) est transmis dans le champ «service/unit» » (point tarifaire / PT).</li> <li>Le champ VPT (service/unit_factor) sert à transmettre la valeur de point tarifaire négociée ou le facteur ABM</li> </ul>
<b>.10xx.</b>	autres/sans logique	conformément à l'accord contractuel

### 5.2.2 Position de référence «service/@ref\_code»

Dans le champ «service/@ref\_code», il est possible conformément au standard XML de communiquer sur la même facture une référence concernant une autre position. Dans le contexte du présent guide, ce champ doit être rempli dans les cas suivants:

- Positions avec référence à un baserate (voir 5.2.1 positions basées sur un baserate) pour créer un rapport avec la position AOS (voir paragraphe 5.4)
- Position «999.1100.00.00» avec informations supplémentaires facultatives sur des médecins impliqués

Dans le champ «position de référence» (champ «service/@ref\_code») est livrée la position tarifaire (champ «service/@code») à laquelle la position actuelle fait référence.

voir exemples 1-13 (sauf l'exemple 12)

### 5.2.3 Calendrier

Les champs «date\_begin» et «date\_end» de la position correspondent en principe au début et à la fin de la fourniture de prestation effective à laquelle la position se rapporte.

- Lorsque la même prestation a été fournie plusieurs jours de suite sans interruption, elle doit être transmise comme une position détaillée avec mention de la quantité et de la date\_du/au.
- Si la prestation a été fournie avec une interruption, c.-à-d. qu'elle n'a pas été fournie pendant au moins un jour (p. ex. en raison de congés), alors les périodes avant et après le congé doivent être livrées comme deux positions détaillées distinctes.

- Lorsque les positions détaillées incluent des forfaits par cas et des positions avec logique baserate, il faut reprendre la date de début et de fin « date\_begin/end » du cas global (//treatment/@date\_begin|@date\_end).

Exemples pertinents:

- Exemple 1: cas normal
- Exemple 5: cas avec 3 jours de séjour en soins intensifs au début, réadmission et nouveau séjour en soins intensifs pendant la 2<sup>e</sup> partie du cas

#### 5.2.4 Facteur externe «//service/@external\_factor»

L'attribut «external\_factor» permet d'indiquer un coefficient correspondant à des rabais qui doivent figurer sur la facture selon un accord contractuel. Si cet attribut n'est pas livré, la valeur par défaut «1.0» est appliquée selon le standard XML.

Autres utilisations du champ «external\_factor»:

- Pour la position détaillée spécifique à l'AOS avec le code tarifaire 010/020/030 qui est livrée à titre d'information sur la facture LCA stationnaire (voir paragraphe 5.4), on indique dans le champ «external\_factor» la clé de répartition entre le canton et l'assurance (plus particulièrement: le pourcentage pris en charge par l'assurance AOS, normalement 0,45 / 45%).
- Lors de la facturation d'un hôpital conventionné, on indique dans le champ «external\_factor» la part du baserate prise en charge par l'assurance LCA (voir exemple 10).
- Si un accord contractuel prévoit qu'un forfait réduit défini dans une convention doit être facturé dès lors que toutes les prestations centrales constituant un forfait de prestation supplémentaire n'ont pas été fournies, il faut indiquer la part facturée, p. ex. 0,7 dans le cas d'une facturation de 70%, dans le champ «external\_factor» du forfait de prestation supplémentaire correspondant.

L'«external\_factor» doit être pris en compte dans le calcul du montant de la position conformément à la formule du standard XML:

$$\text{amount} = \text{external\_factor} * \text{quantity} * \text{TP} * \text{TPV}$$

equations are calculated in full precision and the result rounded to two significant decimal places. This procedure is the reason for storing the multipliers (external\_factor, quantity, TP, TPV) in full precision.

#### 5.2.5 //service/xtra\_drg/@cost\_fraction

Cette indication est pertinente uniquement pour la position détaillée spécifique aux informations AOS (voir paragraphe 5.4), si la facture est répartie entre plusieurs assurances sociales. Dans ce cas, il convient d'indiquer dans ce champ la part prise en charge par l'AOS. Normalement, cette indication n'est pas fournie et la valeur par défaut 1.0 est reprise conformément au standard XML.

## 5.3 Informations relatives aux médecins impliqués

Conformément au cahier des charges de l'ASA pour la facturation LCA stationnaire, il convient de livrer les informations suivantes sur les médecins impliqués:

<p><u>Question:</u></p> <p>Quelles indications sur les médecins faut-il faire apparaître sur la facture de prestations?</p>
<p><u>Réponse/prescription:</u></p> <p>Les seules indications qui doivent apparaître sont les détails sur les médecins pertinents pour la facturation, qui sont transmis au format XML en vigueur et sont utiles pour le contrôle des factures. Pour les indications sur les médecins, la règle est la suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si un forfait pour les prestations supplémentaires médicales a été convenu, il faut indiquer le GLN et le nom du médecin responsable du cas dans les données se référant à la position de la prestation.</li> <li>- Si plusieurs médecins ont fourni des prestations qui sont décomptées individuellement, alors il faut faire figurer le GLN et le nom du médecin exécutant pour chaque position correspondante de la facture.</li> </ul>

### 5.3.1 Médecin responsable et médecin exécutant (provider\_id, responsible\_id)

Dans le standard XML, les champs «service/@provider\_id» et «service/@responsible\_id» sont prévus pour fournir ces indications. Techniquement, ces deux champs sont définis comme obligatoires. Par conséquent, ils doivent toujours être livrés et contenir un numéro GLN qui doit être inscrit dans le registre [MedReg](#).

Dans le contexte du présent guide, les deux champs doivent être remplis selon les modalités suivantes:

- Pour les positions qui contiennent des **prestations supplémentaires médicales** et peuvent être attribuées **précisément à un médecin**:
  - o provider\_id: GLN de ce médecin exécutant
  - o responsible\_id: GLN du médecin responsable du cas
- Pour les positions qui contiennent des **prestations supplémentaires médicales** et **impliquent la participation de plusieurs médecins** (p. ex. en cas de forfaits pour des prestations supplémentaires médicales):
  - o provider\_id et responsible\_id: GLN du médecin responsable du cas
- Pour des positions ne contenant **AUCUNE prestation médicale supplémentaire**
  - o provider\_id et responsible\_id: GLN du site d'établissement du fournisseur de prestations (copie de //provider/@ean figurant dans l'en-tête de la facture)

Position de facturation	Exemples	responsible_id (responsable)	provider_id (exécutant)
Forfait pour prestations supplémentaires médi-	001.0100.10.00 Prestations supplémentaires médicales - baserate – somatique aigu	GLN du médecin responsable du cas	GLN du médecin responsable du cas
	001.0400.10.00 Prestations supplémentaires médicales – forfait par cas – somatique aigu		

cales de tous les/plu- sieurs médecins du cas en commun			
Forfaits pour prestations supplémentaires médi- cales d'un rôle de mé- decin spécifique	003.0110.10.00 Prestations supplémentaires médicales Structure tarifaire SMN – Anesthé- sie  002.0110.10.00 Prestations supplémentaires médicales Structure tarifaire ABM – Forfait In- tervention / traitement continu par le respon- sable du cas	GLN du médecin res- ponsable du cas  GLN du médecin res- ponsable du cas	<b>GLN de l'«anes- thésiste»</b>  GLN du médecin responsable du cas»
Positions pour presta- tions supplémentaires cliniques et hôtellerie et toutes les autres posi- tions	100.0200.10.00 Prestations supplémentaires cli- niques – forfait journalier – somatique aigu	<b>GLN du site</b> (copie de //provider/@ean)	GLN du site
Réadaptation et psy- chiatry (p. ex en cas de forfaits partiels et for- faits globaux)	400.0200.20.20 Prestations supplémentaires – forfait journalier - réadaptation – privé  410.0200.30.10 Confort clinique et hôtellerie- Prestations supplémentaires – forfait journa- lier - Psychiatrie – semi-privé	GLN du médecin res- ponsable du cas  <b>GLN du site</b> (copie de //provider/@ean)	GLN du médecin responsable du cas  GLN du site

Si par exemple après un regroupement de cas, il y a plusieurs médecins responsables ou médecins traitants différents qui correspondent à une position de forfait, il faut indiquer respectivement le premier médecin responsable ou médecin traitant.

En cas d'accord contractuel dans la convention, il est possible pour favoriser la transparence de livrer sur la facture sous une forme humainement lisible des noms et des rôles d'autres médecins impliqués dans un forfait en ajoutant des positions supplémentaires de facture pro forma à la position «999.1100.00.00 Information autres médecins impliqués». Cette information permet par exemple d'indiquer d'autres responsables du cas s'il y en a.

### 5.3.2 Nom du médecin – champ «//service/@remark»

Dès lors que les positions détaillées contiennent des prestations supplémentaires médicales, il faut indiquer dans le champ «remarque» (//service/@remark) de la position détaillée le prénom, le nom et le GLN du médecin respectivement mentionné dans le champ «service/@provider\_id». Cette indication confère aux patients plus de transparence sur la personne qui a fourni la prestation, comme l'exige explicitement le cadre de référence de la branche.

Dans ce cas, le champ «service/@remark» doit être livré avec les indications suivantes:

1. **Label fixe:** DE: «Erbracht durch: » / FR: «Fourni par: » / IT: «Fornito da: »
2. <prénom> <nom> ,
3. <numéro GLN>
4. facultatif: ; autres remarques / remarks

**Exemples:**

DE (keine weitere Bemerkung):

«Erbracht durch: Christine Muster, 7601000729149»

FR:

«Fourni par: Christine Muster, 7601000729149; autre remarque»

IT:

«Fornito da: Christine Muster, 7601000729149; e un'altra osservazione»

Le nom du médecin doit être livré pour toutes les positions qui contiennent des prestations supplémentaires médicales. Pour toutes les positions détaillées ne contenant aucune prestation supplémentaire médicale, il n'est pas nécessaire de livrer le nom du médecin.

Le nom du médecin indiqué doit correspondre à celui inscrit au registre [MedReg](#) pour ce numéro GLN.

Il est possible d'indiquer éventuellement une remarque complémentaire sur la position détaillée à la suite de l'information sur le médecin dans le champ Remarque, en la séparant par un point-virgule «;». Le nombre total de signes autorisé est de 350 au maximum.

## 5.4 Livraison des informations AOS

Selon le cadre de référence de la branche LCA et des directives de la FINMA, les informations suivantes issues de la facture AOS correspondante doivent être livrées en cas de facturation LCA stationnaire pour permettre le contrôle de la facture LCA. -.

### Informations AOS à transmettre obligatoirement sur chaque facture LCA:

- le code et la désignation DRG / PCG / RCG
- la durée de séjour
- le costweight effectif CW de la facture AOS
- le baserate
- la clé de répartition

### A transmettre le cas échéant et si l'information est pertinente pour le contrôle de la facture

- le lieu d'admission (surtout les urgences en soins intensifs/intermédiaires),
- la durée de séjour en soins intensifs/intermédiaires

Etant donné que des champs spécifiques n'ont pas encore été créés pour ces informations, ni dans le standard en vigueur «XML GeneralInvoice 4.5» ni dans le projet actuel de la future version 5.0, ces données sont livrées en procédant de la façon suivante:

#### A) Données de base AOS:

pour les informations désignées ci-dessus «à transmettre obligatoirement»:

Il faut insérer une position supplémentaire de facturation en créant une «copie» exacte de la position du Tarif 010 / 020 / 030 de la facture AOS, mais avec la «quantité=0» et par conséquent le «montant=0». Cette position doit être insérée en premier dans la facture. Tous les autres champs hormis la quantité et le montant doivent être

livrés à l'identique de la facture AOS correspondante.

La clé de répartition canton/assurance doit être livrée avec l'attribut «external\_factor» (sans avoir toutefois d'incidence réelle sur le calcul du montant de la position puisque la Quantity = 0 et par conséquent le montant = 0 aussi.).

Une éventuelle répartition des coûts avec une autre assurance (p. ex. AA, AI) doit également être livrée dans le champ xtra\_drg/cost\_fraction.

**B) En cas d'un ou de plusieurs séjours en soins intensifs/intermédiaires:**

Il faut insérer une position supplémentaire de facturation «999.1000.00.00 Pour mémoire soins intensifs et soins intermédiaires/unité de surveillance» à partir de laquelle la période d'un séjour en soins intensifs/intermédiaires peut être transmise au moyen des données «service/@date\_begin» et «service/@date\_end». Pour plusieurs séjours en soins intensifs/intermédiaires interrompus, la position doit être livrée plusieurs fois (par exemple en cas de transfert soins intensifs/intermédiaires → service → soins intensifs/intermédiaires → service)

Les champs «quantity /quantité», «unit/PT» et «amount/montant» doivent être livrés avec la valeur 0. L'attribut unit\_factor est ignoré.

**C) En cas d'admission d'urgence avec durée de séjour supérieure à 1 journée au service des urgences:**

Il faut insérer une position supplémentaire de facturation «999.1000.00.00 Pour mémoire Urgences» à partir de laquelle le jour/la période du séjour au service des urgences peut être transmis au moyen des données «service/@date\_begin» et «service/@date\_end».

Les champs «quantity /quantité», «unit/TP» et «amount/montant» doivent être livrés avec la valeur 0. L'attribut unit\_factor est ignoré.

voir exemples 3 et 4

## 5.5 Classement des positions détaillées

Les positions détaillées doivent être classées dans l'ordre logique suivant:

1. Chronologiquement selon la date de début dans l'ordre croissant (service/@date\_begin)
2. Selon le code tarifaire, dans l'ordre croissant, interprété comme une chaîne de caractères (service/@tariff\_type)
3. Selon la position tarifaire, dans l'ordre croissant, interprété comme une chaîne de caractères (service/@code)

Exemple: Dans un cas complexe avec séjour en soins intensifs au début et sortie intermédiaire, cela donne le résultat suivant si les prestations médicales supplémentaires sont rémunérées au moyen d'un forfait par cas et/ou d'un baserate:

- |                                                                     |                                  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Position détaillée AOS avec montant 0                            | Forfait par cas pour cas complet |
| 2. Position pour prestation supplémentaire médicale                 | Forfait par cas pour cas complet |
| 3. Position pro forma pour séjour en soins intensifs/intermédiaires | Période en soins intensifs       |
| 4. Position pour prestation supplémentaire clinique                 | 1 <sup>er</sup> séjour partiel   |
| 5. Position pour prestation supplémentaire Hôtellerie / Confort     | 1 <sup>er</sup> séjour partiel   |
| 6. Position pour prestation supplémentaire clinique                 | 2 <sup>e</sup> séjour partiel    |
| 7. Position pour prestation supplémentaire Hôtellerie / Confort     | 2 <sup>e</sup> séjour partiel    |

Les positions classées sont transmises au moyen du champ «service/record\_id».

voir aussi les explications sur le classement des positions dans tous les exemples relatifs au guide.

## 5.6 Traitement des absences

Pour les positions traitées selon le système des forfaits par cas/baserate, le cas complet doit être livré comme une position détaillée pour toute la période.

Pour les positions traitées selon la logique des forfaits journaliers/de nuit, les différents séjours partiels doivent être livrés comme une seule position détaillée par analogie avec case\_detail en indiquant les données effectives date\_begin/date\_end.

Les modalités de rémunération du jour de sortie (conditions et quand/comment) doivent faire l'objet d'un accord contractuel.

voir:

- Exemple 3: cas avec réadmission après 3 jours passés au domicile
- Exemple 4: cas avec séjour en soins intensifs au début, transfert en division privée le 4<sup>e</sup> jour et réadmission regroupée après 3 jour
- Exemple 5: cas avec 3 jours en soins intensifs au début, réadmission et séjour en soins intensifs pendant la 2<sup>e</sup> partie du cas

## 5.7 Règles d'arrondi

Les règles d'arrondi du standard de facturation du Forum Datenaustausch (cf. generalInvoicerequest - Rules for the rounding procedure) sont applicables à la transmission électronique. La présentation sur les formulaires imprimés est également établie selon les règles du Forum Datenaustausch.

## 6 Cas spéciaux

### 6.1 Changement du codage AOS après la facturation LCA

Si l'adaptation de la facture AOS, p. ex. en raison d'une adaptation du codage DRG, entraîne une modification de la prestation LCA, notamment parce que le costweight de la facture AOS change et qu'on utilise des tarifs LCA basé sur le baserate, alors il faut annuler la facture LCA et envoyer une facture corrigée.

Si l'adaptation de la facture AOS n'entraîne aucune modification de la prestation LCA, il n'est pas nécessaire d'annuler la facture LCA et de procéder à un nouveau décompte.

### 6.2 Transferts

En cas de transfert, les modalités de décompte du jour de sortie/d'entrée doivent faire l'objet d'un accord contractuel. Selon les dispositions de cet accord, la facturation doit être effectuée conformément aux exemples ci-dessous.

- a) Si les modalités de l'accord prévoient que le jour de sortie est rémunéré.

Exemple 6a: Réadaptation – Transfert à la sortie (si les modalités de l'accord prévoient que le jour de sortie est rémunéré dans la LCA en cas de transfert)

- b) Si les modalités de l'accord prévoient que le jour de sortie N'EST PAS rémunéré en cas de transfert.

Exemple 6b: Réadaptation – Transfert à la sortie (si les modalités de l'accord prévoient que le jour de sortie n'est pas rémunéré dans la LCA en cas de transfert)

### 6.3 Réadmissions

Sauf disposition contraire dans l'accord contractuel, les règles de regroupement de cas applicables dans l'AOS en cas de réadmissions le sont aussi dans la LCA. Les traitements stationnaires regroupés en un cas dans l'AOS doivent également être traités comme un cas dans la LCA et leur facturation s'effectue par conséquent en une seule facture selon le principe «Single Invoice».

### 6.4 Changement de classe de soins G <-> SP <-> P au cours du cas

En cas de changement de la classe de soins au cours du cas, notamment parce que le patient a été traité dans la division générale jusqu'à réception de la garantie de prise en charge des coûts et n'a été transféré qu'ultérieurement dans la division privée, les périodes correspondantes doivent être indiquées sur la facture de la façon suivante:

- **Positions basées sur un baserate et forfaits par cas:**

Sauf disposition contraire dans l'accord contractuel, les prestations décomptées selon une logique baserate/forfaits par cas sont facturées sur la base de la classe de soins fournis la plus élevée.

Exemple: cas comportant 9 jours de soins, dont 3 «générale» et 6 «privée»:

Décompte avec la position:  
001.0100.10.20 prestation médicale supplémentaire - baserate – somatique  
aiguë - privée

- **Forfaits journaliers/Forfaits de nuit**

Ils doivent être indiqués pour les périodes comportant différentes classes de soins, en mentionnant à part les positions détaillées respectives avec les codes corrects, le calendrier et la quantité conformément aux jours de soins fournis selon la classe de soins.

**Important:** dans ce cas, il ne faut pas décompter deux fois le jour du changement de classe de soins.

Les cas associés à des «prestations centrales non fournies en totalité» sont traités spécifiquement au paragraphe 6.6.

Les cas associés à une sous-assurance ou à une surassurance sont traités spécifiquement au paragraphe 6.7.

Voir exemple 7

## 6.5 Séjours répartis sur deux années différentes

Par analogie avec les règles de l'AOS, la facturation selon la LCA stationnaire ne procède pas en principe de regroupement de cas sur plusieurs années. Sauf disposition contraire dans l'accord contractuel, les règles applicables dans l'AOS sont valables dans la LCA par analogie: les tarifs, prix et règles en vigueur le jour de la sortie sont applicables.

## 6.6 Prestations centrales non fournies en totalité

Si plusieurs prestations centrales ont été convenues contractuellement dans un forfait et que ces prestations n'ont pas toutes été fournies en totalité dans un cas à facturer, le cadre de référence de la branche ASA prévoit que le forfait ne peut pas être intégralement facturé.

Le contrat LCA doit préciser dans quelle mesure un forfait peut être partiellement facturé et, si oui, établir la part dudit forfait pouvant être facturée tout en définissant la déduction / réduction applicable dans chaque cas concret.

Si aucune autre disposition n'a été convenue dans le contrat concernant la facturation d'une telle réduction, celle-ci doit être facturée comme suit via une duplication de la même position tarifaire.

1. Position détaillée avec le code du forfait et le montant intégral de ce dernier tel qu'il a été convenu contractuellement
2. Position détaillée **avec le même code, mais avec un montant négatif** et un libellé adapté expliquant la réduction de la manière suivante: «Réduction <Désignation de l'objet de la réduction> suite à <Raison justifiant la réduction>»

Exemple:

Position	Libellé	Dès	Jusqu' à	No mb re	PT	Mon- tant
<b>200.0300.10.20</b>	Prestations supplémentaires hôtellerie-confort - Forfaits de nuit - Soins somatiques aigus - Privé	02.03.2023	07.03.2023	5	200	1000
<b>200.0300.10.20</b>	Réduction sur les prestations supplémentaires hôtellerie-confort en raison d'un séjour en soins intensifs/intermédiaires	3.3.23	5.3.23	2	-120	-240
<b>999.1000.00.00</b>	Pour mémoire Soins intensifs/intermédiaires / Unité de surveillance	3.3.23	5.3.23	2	0	0

Cf. également l'exemple 11.

L'utilisation d'une position d'abattement globale permettant de réduire d'autres positions tarifaires n'est pas explicitement prévue car cela empêcherait l'affectation automatique aux différents types de coûts lors du traitement des factures.

## 6.7 Sous-assurance/surassurance

Le terme «sous-assurance» est employé afin de désigner les situations où un patient est par exemple assuré en division semi-privée, mais traité à sa demande en division privée en supportant lui-même les coûts excédant sa classe d'assurance.

Le terme «surassurance» est employé afin de désigner les situations où un patient est par exemple assuré en division privée, mais traité à sa demande en division générale.

Les CGA/CPA des produits d'assurance LCA proposés peuvent beaucoup varier sur ce point, ce qui implique de recourir à différentes procédures de traitement.

Dans ces conditions, il n'est donc pas possible d'établir de règle générale applicable à toutes les situations.

Les procédures de facturation doivent être soit réglées contractuellement dans le contrat LCA, soit convenues au cas par cas dans le cadre du processus de garantie de prise en charge des coûts.

## 6.8 Congés

La facturation des cas intégrant des congés ou toute autre interruption pertinente est traitée de manière exhaustive aux points ci-après du présent document. Les informations essentielles figurent dans les deux paragraphes en gras.

- Paragraphe 4.4 Début du traitement / Fin du traitement
- Paragraphe 4.5 Nombre de jours de traitement (treatment\_days)
- Paragraphe 4.5 case\_detail
- **Paragraphe 5.2.3 Calendrier**
- **Paragraphe 5.6 Traitement des absences**

## 6.9 Rabais

Compte tenu de la grande diversité des rabais applicables et des différences structurelles qui les caractérisent, il est impossible d'établir de guide général pour l'imputation de rabais dans la facturation.

A cet égard, il convient de retenir les points suivants:

- Par principe, en cas de rabais contractuellement convenu, le mode de facturation/rémunération doit également être convenu dans le contrat.
- En cas de réductions dues à des prestations centrales non fournies en totalité, il convient de considérer le chapitre 1.1.
- Du point de vue du standard XML, la solution à privilégier systématiquement afin d'appliquer une réduction sur une position en raison d'un rabais consiste à utiliser l'attribut @external\_factor.

## 6.10 Factures intermédiaires / acomptes

Par principe, les factures d'acomptes et les factures intermédiaires ne sont pas autorisées dans le domaine LCA stationnaire.

Les exceptions doivent être convenues au cas par cas entre le fournisseur de prestations et l'assurance, par exemple pour les hospitalisations de très longue durée. Pour le traitement de telles exceptions, il est recommandé, dans la mesure du possible et du raisonnable, de suivre les instructions figurant dans le [Guide pour la facturation des factures intermédiaires et d'acomptes](#) de TarifDesign.