FORUM DATENAUSTAUSCH

Guide pour la facturation des prestations de soins

Version	2.3
Date	Septembre 2026
Valable à compter du	22 septembre 2026
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 1er 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.
04.08.2026	2.3	Fachorgan	Tous les catalogues tarifaires externalisés. Les études de cas LiMA adaptées. Le point de désaccord au début et à la fin du traitement a été supprimé.

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 5
3.1 Fournisseurs de prestations 5
3.2 Prestations 5
3.3 Remboursement 5

4 Aperçu des tarifs 7
4.1 Rémunération des moyens et appareils selon la LiMA 7
4.2 Médicaments 12

5 Tarifs et positions tarifaires 14
5.1 Attribut «unit» indiqué sous «unité» 14
5.2 Facteur scalaire au niveau de la position 14
5.3 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des prestations de soins ambulatoires 14
5.3.1 Calcul des minutes 14
5.3.2 Chiffres après la virgule dans l'unité des minutes 15
5.4 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement de prestations de soins stationnaires 17
5.5 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement dans le cas des structures de soins de jour ou de nuit 17
5.5.1 Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon les échelons/forfaits 17
5.5.2 Remboursement pour les structures de soins de jour ou de nuit, selon le temps consacré 18
5.6 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des soins aigus et de transition 18
5.6.1 Remboursement des soins aigus et de transition selon les échelons 19
5.6.2 Remboursement des soins aigus et de transition selon le temps consacré 19
5.6.3 Remboursement des soins aigus et de transition selon les forfaits 19
5.7 Tarifs et positions tarifaires pour le remboursement des «forfaits accessoires pour EMS» 20
5.7.1 Tarif «Forfaits accessoires pour EMS» 20
5.7.2 Produits figurant dans la liste des moyens et appareils 21

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 1er octobre 2021.

Afin de garantir le bon déroulement de la facturation, le Forum Datenaustausch recommande 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 Fachorgan sous forme de propositions. Les membres du Fachorgan examinent les propositions, coordonnent la concertation entre les parties prenantes et intègrent les modifications décidées 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.
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. Il n'est pas nécessaire de mentionner cette différence sur la facture. Si elle est néanmoins indiquée, 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. 25*a* 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. 7*a* 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. 7*a* al. 3	Règle le remboursement des prestations de soins fournies par les EMS.
OPAS art. 7*a* al. 4	Règle le remboursement des prestations de soins fournies dans des structures de soins de jour ou de nuit.
OPAS art. 7*b*	Contrairement aux soins définis ci-dessus selon l'art. 7*a* 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. 7*b* OPAS), mais ne prescrit ni la structure ni le montant des contributions, qui doivent être définies dans des conventions tarifaires individuelles. Par conséquent, plusieurs structures tarifaires sont possibles.

	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 ambulatoires c. Forfaits avec une structure analogue à celle des soins ambulatoires mais avec des prix, des règles d'arrondi, etc., définis différemment contractuellement d. 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 LAMal	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)*		(X)*		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 supplémentaires (LiMA, ...) 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 1er janvier 2022 – les modifications de la LiMA doivent être prises en compte):

(Les indications relatives au produit et à son conditionnement figurant dans les notes explicatives servent à illustrer l'exemple. La facturation se fonde sur l'unité et les limitations de la position LiMA concernée.)

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**	Adhésif non-tissé Largeur 10 cm	10	1,08	1	10,80
Notes explicatives: *10 mètres de la position (Bande non tissée adhésive HYPAFIX 10cmx10m rouleau) doivent être facturés.*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: au m*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives n'a pas d'incidence 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**	Aiguille à injection pour stylo	1,5	22,50	1	33,75
Notes explicatives: *150 pièces de la position (SEROFINE Aiguilles 29G Easypod Auto-injecteur 100 pcs) doivent être facturées.*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: pour 100 pièces*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives n'a pas d'incidence 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**	Moyens absorbants pour l'incontinence sévère	3	42,55	1	127,65
Notes explicatives: *3 emballages (Protection EGOSAN Anatomic Plus bleu (30 pcs)) sont facturés* *=> seul le matériel d'incontinence de même catégorie peut figurer sur la même facture. Pas de mélange des catégories d'incontinence moyenne, sévère et totale.*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives n'a pas d'incidence 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**	Moyens absorbants pour l'incontinence totale	90	1,4183	1	127,65
Notes explicatives: *Les protections (Protection EGOSAN Anatomic Plus bleu) 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, sévère et totale*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives n'a pas d'incidence 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**	Matériel pour soins de colostomie et de fistule, par stomie/fistule	1	50,40	1	50,40
Notes explicatives: *1 emballage (Bandes de fixation Brava élastiques 20 pcs) est facturé*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: coûts par an (au prorata)*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives n'a pas d'incidence sur la facturation.*	*= 1 emballage*	*Prix par emballage* *Attention: respecter la limite*		*Montant de la facture pour 1 emballage =* *nombre x unité*

Exemples de positions LiMA incorrectement facturées (état LiMA au 1er 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**	Adhésif non-tissé Largeur 10 cm	0,1	10,8	1	1,08
Notes explicatives: *1 mètre de la position (CURAFIX H Pansement adhésif de fixation large Rouleau 10cmx10m) 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*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives mentionne un conditionnement de 10 m.*	*= 10 cm (le numéro de position se facture au m!)*	*= max. MMR soins pour 10 m*		*En termes purement mathématiques: 10 cm = CHF 0,11 (0,1x1,08)*
Correct:					*1*	*1,08*		*1,08*

Du	Au	Code de tarif	Numéro de position	Texte	Nombre	Unité	Facteur scalaire	Montant de la position
01.01.2022	31.01.2022	**454**	**35.01.02.01.1**	Compresses imprégnées/enduites, stériles, 5x5cm	0,01	45,0	1	0,45
Notes explicatives: *1 pièce de la position (SOLVALINE N Compresse pour plaies 5x5cm 100 pcs) doit être facturée.* *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*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives mentionne un conditionnement de 100 pcs.*	*= 0,01 pièce (le numéro de position se facture à la pièce!)*	*= max. MMR soins pour 100 pièces*		*En termes purement comptables: 0,01 pièce= CHF 0,0045 (0,01x0,45)*
Correct:					*1*	*0,45*		*0,45*

01.01.2022	31.01.2022	**454**	**15.01.03.00.1**	Moyens absorbants pour l'incontinence totale	90	42,55	1	127,65
Notes explicatives: *90 protections (Protection EGOSAN Anatomic Plus bleu (30 pcs)) de la position doivent être facturées.*			*Quantité/unité définie dans la LiMA: par an*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives mentionne un conditionnement de 30 pcs.*	*= 2700 protections*	*= prix pour 1 emballage de 30 pièces*		*En termes purement comptables: nombre 90 x unité CHF 42,55 = 3829,50*
Correct:					*3 emballages ou* *90 protections*	*42,55 (emballage)* *1,4183 (par protection)*		*127,65* *127,65*

01.01.2022	31.01.2022	**454**	**03.05.03.01.1**	Aiguille à injection pour stylo	150	22,50	1	33,75
Notes explicatives: *150 pièces de la position (SEROFINE Aiguilles 29G Easypod Auto-injecteur 100 pcs) 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*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives mentionne un conditionnement de 100 pcs.*	*= 15000 pièces*	*Prix pour 100 pièces, max. MMR soins*		*En termes purement comptables: nombre 150 x unité 22,50 = CHF 3375.*
Correct:					*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**	Pansements hydrocolloïdes, stériles 5x5 cm	0,2	38,4	1	7,68
Notes explicatives: *2 pièces de la position (SUPRASORB H mince 5x5cm 10 pce) 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*	*La description du produit figurant dans les notes explicatives mentionne un conditionnement de 10 pcs.*	*= 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)*
Correct:					*2*	*3,84*		*7,68*

Remarques:

- Lors de la facturation du code tarifaire 454, il faut indiquer dans le texte la désignation selon LiMA.
- 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) sans toutefois dépasser 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 sévère, 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	Comprimés DA-FALGAN 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 catalogues tarifaires et les positions tarifaires sont publiés dans les données de référence du Forum Datenaustausch. Les sections suivantes présentent les renvois correspondants ainsi que des explications et des exemples de facturation.

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 réduction appliquée uniquement au 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 DAFALGAN 500 mg	2,5	2,4500	0,98	6,000

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

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 532.

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 au multiple de cinq minutes supérieur**. 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. 7*a* 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. 7*a* 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 1er 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.

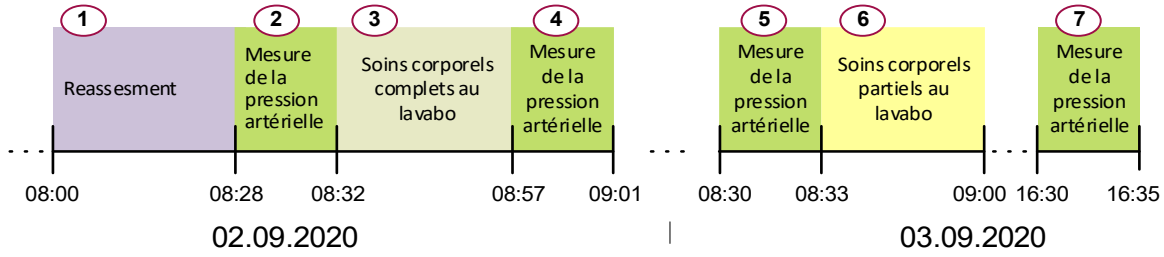
Exemple

Prestation Date	*Prestation*	*Montant par heure*	*Montant par minute*	*Nombre de minutes*	*Montant sans arrondi*	*Montant arrondi à 0,01*
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. 7*a* al. 2 OPAS).

Du	Au	Code tarifaire	Position tarifaire	Prestation	Unité	Nombre	Montant de la position
1 02.09.2020	02.09.2020	532	53201	Evaluation, conseils et coordination	1,2816666667	30	38,45
2 4 02.09.2020	02.09.2020	532	53202	Examens et traitements	1,0500000000	10	10,50
3 02.09.2020	02.09.2020	532	53203	Soins de base	0,8766666667	25	21,92
5 03.09.2020	03.09.2020	532	53202	Examens et traitements	1,0500000000	5	5,25
6 03.09.2020	03.09.2020	532	53203	Soins de base	0,8766666667	30	26,30
7 03.09.2020	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 **la même** 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 **première** intervention du **3 septembre 2020** → **5** minutes.
6	**27** minutes de soins de base le **3 septembre 2020** → **30** minutes
7	**5** minutes d'examens et de traitements pour la **deuxième** 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).

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 960.

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

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 963.

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).
Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 964.

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. 25*a* 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

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 965.

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	0,45	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

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 966.

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	0,45	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	1,666	0,45	14,99
05.09.2020	05.09.2020	966	96602	Examens et traitements	10	1,833	0,45	8,25
10.09.2020	10.09.2020	966	96602	Examens et traitements	10	1,833	0,45	8,25
10.09.2020	10.09.2020	966	96603	Soins de base	10	1,666	0,45	7,50
11.09.2020	11.09.2020	966	96602	Examens et traitements	15	1,833	0,45	12,37
11.09.2020	11.09.2020	966	96603	Soins de base	30	1,666	0,45	22,49
12.09.2020	12.09.2020	966	96603	Soins de base	10	1,666	0,45	7,50

5.6.3 Remboursement des soins aigus et de transition selon les forfaits

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 967.

Remarques:

- Le tarif 967 doit être utilisé pour les forfaits SAT convenus contractuellement, qui, contrairement au tarif 965, ne dépendent pas d'une classification selon l'art. 7*a* 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.

Voir Forum Datenaustausch - Données de référence Tarif 970.

Remarques:

- Pour les règles de facturation (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 tarifaire	Position tarifaire	Texte	Nombre	Unité	Montant de la position
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.