



Informations détaillées relatives à la procédure de consultation et à la version 1.0 des forfaits ambulatoires

1. Introduction

La société solutions tarifaires suisses SA a finalisé la version 1.0 du tarif et l'a transmise le 26 juin 2023 à l'«Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA» (OTMA SA), conformément à la planification. Cette version 1.0 sera soumise avec TARDOC au Conseil fédéral fin 2023 pour approbation et introduite en 2025.

Une part importante des travaux effectués pour la version 1.0 consistait à tenir compte des commentaires provenant de la consultation sur la version 0.3. De début février à fin mars 2023, solutions tarifaires suisses SA a recueilli les avis des membres des partenaires tarifaires FMH, H+, santésuisse, curafutura et CTM/SCTM. Au total, plus de 1000 feedbacks sont parvenus. Nous tenons à remercier ici tous les participants. Ils ont grandement contribué à la finalisation du système de forfaits ambulatoires.

Chaque réponse a été analysée individuellement, examinée et triée en fonction d'une possible mise en œuvre. Ci-dessous, nous synthétisons les principales modifications qui ont été apportées pour la version 1.0 à la suite de la procédure de consultation.

2. Domaine d'application

Dans le cadre de la procédure de consultation, les sociétés de discipline médicale ont formulé des réserves concernant les forfaits dans le domaine du diagnostic fonctionnel. Elles ont fait remarquer qu'intégrer le diagnostic fonctionnel irait à l'encontre du principe suivant, convenu en 2022 entre les partenaires tarifaires H+, santésuisse et FMCH:

- *Le système de forfaits ambulatoires s'applique en particulier aux prestations fournies dans les infrastructures qui requièrent des ressources importantes.*
- *Le tarif à la prestation s'applique en particulier aux prestations fournies dans des infrastructures simples.*

Le conseil d'administration de solutions tarifaires suisses SA a décidé de prendre en compte cette demande et d'adapter en conséquence le domaine d'application du système de forfaits ambulatoires. Par rapport à la version 0.3, cela a entraîné une réduction de contacts-patients de 30% dans le secteur des cabinets privés. Dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier, la part des contacts-patients concernés est réduite de 10% environ.

Parts de contacts-patients			
	v1.0	v0.3	v0.2
Cabinets privés	5.2%	7.5%	14.3%
Ambulatoire hospitalier	18.5%	21.1%	36.3%

Tableau 1: Degré de couverture Tarif forfaitaire patient, parts de contacts-patients. Source: solutions tarifaires suisses SA, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; version 1.0.

La comparaison entre les parts de contacts-patients (cf. tableau 1) et de revenus selon TARMED (cf. tableau 2) montre qu'au fil des versions 0.2, 0.3 et 1.0 une concentration significative a été effectuée sur les prestations fournies dans des infrastructures qui requièrent des ressources importantes.

Parts de revenus selon TARMED			
	v1.0	v0.3	v0.2
Cabinets privés	20.4%	27.2%	40.7%
Ambulatoire hospitalier	43.9%	49.0%	64.9%

Tableau 2: Degré de couverture Tarif forfaitaire patient, parts de revenus selon TARMED. Source: solutions tarifaires suisses SA, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; version 1.0.

Cela reflète une des revendications centrales de H+: lever la rupture tarifaire à l'interface entre l'ambulatoire et le stationnaire et améliorer la perméabilité entre les deux secteurs. Le transfert vers l'ambulatoire n'est supportable pour les hôpitaux que si les prestations y sont indemnisées de manière équitable. La condition nécessaire est une tarification qui soit orientée sur les données de coûts réelles. Un prix adéquat est indispensable en plus d'une structure tarifaire fondée sur des données (cf. chap. 4).

Une autre revendication clé de H+ est que, dans la mesure du possible, des domaines de prestations complets (p. ex. chirurgie, radiothérapie, médecine nucléaire, CT-scan, RMN, endoscopie) relèvent du domaine d'application du système de forfaits ambulatoires. La tarification par forfaits et l'introduction de quelques examens et traitements isolés seulement auraient pour graves inconvénients:

- pas d'amélioration significative de la tarification dans le domaine ambulatoire hospitalier en vue;
- charge administrative et pour le personnel très importante et disproportionnée car il ne serait pas évident, à première vue, de déterminer si une prestation relève du domaine d'application du tarif à la prestation ou du système de forfaits ambulatoires;
- charge administrative et pour le personnel très importante et disproportionnée, en particulier pour la saisie des prestations, car deux systèmes tarifaires s'appliqueraient au même domaine de prestations;
- l'objectif de simplification ne serait pas atteint;
- l'investissement pour le changement de système ne serait pas justifié.

La version 1.0 comprend donc aussi des forfaits pour des prestations qui sont fournies assez rarement, typiquement à l'interface entre l'ambulatoire et le stationnaire. Le tableau 3 montre que 1% à peine des contacts-patients est évalué dans des groupes de cas comptant <100 contacts-patients. Il est important pour H+ que de tels cas rares relèvent précisément du domaine d'application du système de forfaits ambulatoires et soient, grâce aux données accumulées au cours des années à venir, tarifées de manière adéquate sur la base des données réelles de prestations et de coûts des hôpitaux.

Contacts-patients par groupe de cas	Nombre de groupes de cas évalués	Part de contacts-patients	Part casemix
> 10'000	24	69%	42%
> 1'000	69	23%	34%
> 100	193	7%	21%
> 30	94	1%	3%
≤ 30	70	0%	0%

3. Catalogue

solutions tarifaires suisses SA a examiné individuellement chacune des 1000 réponses. Lorsqu'elles étaient étayées par les données de coûts et de prestations, il en a été tenu compte dans la version 1.0. Ce processus a abouti par exemple aux modifications suivantes:

- reclassement de prestations tirées de certains Capitula dans le pré-Capitulum;
- intégration de nouveaux critères de séparation;
- reclassement de certaines positions tarifaires dans d'autres tableaux et ainsi attribution à d'autres groupes de cas.

Une part importante des feedbacks portait sur la pédiatrie. Pour cette raison, ce thème est traité dans un point séparé (chap. 4).

L'analyse et le traitement des remarques des sociétés de discipline médicales et des hôpitaux ont permis d'améliorer encore l'homogénéité médicale. Le critère R^2 notamment sert habituellement à mesurer la qualité du système (valeur située entre 0 et 1, la qualité la plus élevée tendant vers le 1). Pour la version d'introduction 1.0, R^2 s'élève à 0.8. À titre de comparaison, R^2 atteint 0.757 pour la 12^e version de la structure tarifaire stationnaire SwissDRG.

4. Pédiatrie

Au cours du processus de perfectionnement, tous les forfaits de la pédiatrie ont été examinés à l'aune des critères d'âge et de qualité de la reproduction. Là où c'était pertinent, les forfaits ont été différenciés au moyen de critères d'âge sur la base de données. La pédiatrie est groupée dans des forfaits mieux rémunérés non pas explicitement, via le critère de l'âge, mais, implicitement, via la forme d'anesthésie, car les enfants et les patients en situation de handicap ou présentant des états d'anxiété ont des structures de coûts très similaires. Dans de telles configurations, la forme d'anesthésie conduit souvent à une meilleure homogénéité qu'une séparation stricte et explicite sur la base des âges. Il serait donc erroné de se fier à la désignation d'un forfait pour tirer des conclusions quant à la prise en considération de la pédiatrie dans la version 1.0.

La circoncision, avec les deux forfaits C12.03A (avec anesthésie par un anesthésiste) et C12.03B, constitue un bon exemple de la différenciation implicite selon les âges dans la version 1.0. La médiane de la pyramide des âges du forfait C12.03A se situe à 12 ans alors que celle du forfait C12.03B est à 58 ans.

En moyenne, les cas pédiatriques atteignent un CMI plus élevé de 20% environ que les cas de la médecine des adultes. La différenciation minutieuse de la pédiatrie se reflète également dans le degré de financement concernant le collectif de patients «enfants et adolescents (moins de 18 ans)» qui atteint exactement 100% dans la version 1.0 (en appliquant le Baserate hypothétique pour des bénéficiaires nuls).

Le tarif forfaitaire relève le défi de refléter correctement la pédiatrie sans créer des incitations indésirables dans la fourniture des soins prodigués aux plus jeunes. Par rapport aux adultes, les interventions et les examens sur les enfants et les adolescents sont effectués plus fréquemment sous anesthésie. Afin d'éviter des narcoses répétées, plusieurs interventions peuvent être combinées au cours de la même opération. La clarification 11 dans les Modalités d'application traite ce thème: l'exemple donné précise que deux contacts-patients peuvent être facturés pour l'intervention combinée qui est présentée.

5. Formation des prix et rémunération

Au cours de la consultation, des questions ont été soulevées concernant la formation des prix et la rémunération. Il faudra attendre l'application des prix à la structure pour connaître le tarif et déterminer le montant du produit. En outre, le produit dépend dans la phase d'introduction de l'aménagement de la neutralité des coûts (mise en œuvre de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal).

Sur la base de la version 1.0 du Catalogue de groupes de cas ambulatoires et des Modalités d'application, les partenaires tarifaires H+ et tarifsuisse négocient une convention complète qui recouvre les aspects de la formation des prix indispensables pour la phase d'introduction et qui réponde à la revendication des utilisateurs concernant la stabilité financière. Par ailleurs, H+ va exiger et négocier systématiquement un supplément de prix afin que le sous-financement chronique dans le secteur de l'ambulatoire hospitalier puisse être peu à peu levé durant la phase de neutralité des coûts également. Une reconduction de la valeur du point TARMED, historiquement beaucoup trop basse, n'est pas acceptable pour la branche. Rappelons que cette valeur ne comprend pas les coûts d'utilisation des immobilisations et le financement de la formation de base et postgraduée.

L'annexe E du contrat de structure tarifaire définit la méthode de calcul des prix de départ neutres en termes de produits. Sur le principe, des prix de départ neutres en termes de produits doivent être définis au niveau des cantons aussi bien pour les hôpitaux que pour les médecins et les institutions selon l'art. 35 LAMal. Les fournisseurs, et donc les hôpitaux et les cliniques, offrant une large palette de prestations peuvent demander des prix de départ individuels. En outre, les partenaires tarifaires peuvent prévoir dans leurs conventions tarifaires un ajustement des prix de départ au cours de la phase de neutralité des coûts, une disposition qui est en cours de négociations entre H+ et tarifsuisse dans le cadre des discussions sur la formation des prix.

Au niveau national, le principe «un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires» (art. 59c al. 1 let. 1 OAMal) s'appliquera durant la phase de neutralité des coûts de trois ans. Il prévoit que les coûts par assuré et par patient évolueront dans une fourchette déterminée. Afin que l'effet du changement de modèle tarifaire puisse être isolé, l'influence des facteurs exogènes sur l'évolution des coûts sera largement éliminée grâce à une procédure statistique d'ajustement des risques. Par ailleurs, l'évolution des coûts ne sera pas analysée uniquement à l'échelle nationale mais aussi régionale (grandes régions, selon l'OFS). Cela permettra de prendre des mesures de correction adaptées aux causes au niveau régional si le changement de modèle tarifaire devait aboutir à des coûts supplémentaires.

La feuille de route adoptée pour l'évolution de la structure tarifaire contribue également à la stabilité. La version d'introduction du catalogue de groupes de cas ambulatoires sera appliquée durant les deux premières années. Des adaptations du catalogue, et les modifications des coûts relatifs qui en résulteront, sont prévues pour 2027 au plus tôt. Une structure tarifaire fondée sur des données et une formation des prix basée sur les coûts sont indispensables au financement équitable et durable du secteur de l'ambulatoire hospitalier.

6. Modalités d'application

Les avantages du tarif forfaitaire ne peuvent se manifester que si la représentation conforme des prestations dans le catalogue des groupes de cas ambulatoires est complétée par des règles compréhensibles. Les feedbacks de la procédure de consultation ont donné l'occasion de revoir et de compléter les Modalités d'application afin que l'application entraîne peu de questions de la part des répondants des coûts et que le système pose des incitations judicieuses. Le document modifié permet de visualiser de manière transparente ces changements. Il peut être consulté sur le [site Web de solutions tarifaires suisses SA](#). Dans ce cadre, les compléments dans le chapitre 1.4.3 sur le regroupement de contacts-patients en un seul et même contact-patient méritent d'être mentionnés, de même que d'autres exemples à l'annexe 2.

Dans la version 1.0, les Modalités d'application comprennent des règles et des exemples explicites de regroupement:

- de plusieurs contacts-patients du même fournisseur de prestations sur deux jours consécutifs (p. ex. laboratoire du sommeil, séjour aux urgences au-delà de minuit);
- de plusieurs contacts-patients de fournisseurs de prestations différents lorsque les prestations sont en relation directe (p. ex. intervention par un médecin agréé avec anesthésie par un médecin de l'hôpital).

Un exemple de facturation d'interventions combinées durant une anesthésie par un anesthésiste est présenté dans le chapitre consacré à la médecine pédiatrique.

Dans un souci de cohérence, la version 1.0 règle plus clairement quel fournisseur de prestations doit coder un diagnostic pour ses contacts-patients. On garantit ainsi que la question du regroupement de plusieurs contacts-patients concernant la même personne puisse être résolue le même jour.

7. Codage

En étroite collaboration avec H+, solutions tarifaires suisses SA a élaboré les «Grundsätze zur ambulanten Kodierung» ainsi que les «Richtlinien für ambulante Kodierung» (traduction en cours). Ces documents prévoient notamment que le codage dans le domaine ambulatoire ne nécessite pas de personnel spécialisé. Ils mentionnent aussi d'autres principes:

- codage de 1 diagnostic max.;
- codage de procédures seulement si nécessaire pour la différenciation, là où une procédure est suffisante en règle générale.

Ce principe est justement pris en compte dans les «Richtlinien für ambulante Kodierung» dans la mesure où seules sont mentionnées les règles nécessaires à l'application du système. Ces directives sont ainsi plus concises que dans le domaine stationnaire et sont illustrées par plusieurs exemples. On a veillé à aboutir au bon groupe de cas même en cas de variations individuelles du codage. Un tarif forfaitaire a été créé qui offre de la sécurité dans la tolérance du codage. La simplicité du système est ainsi garantie.

Là où les utilisateurs ont encore à disposition des groupes basés sur TARMED pour la simulation de la version 1.0, c'est le codage au moyen de la CIM-10 et de la CHOP qui interviendra lors de l'introduction du système tarifaire et se limitera à l'avenir à cette structure tarifaire.

8. Comptabilité analytique

Les processus de saisie, de codage et de facturation des prestations médicales dans les hôpitaux sont étroitement liés aux structures tarifaires. Il en va de même pour la comptabilité analytique (REKOLE®) et l'évaluation de l'engagement des ressources qui en découle.

La fin de TARMED sera l'occasion dans la comptabilité analytique d'abandonner les points tarifaires pour l'évaluation des ressources et de les remplacer par des valeurs conventionnelles reconnues, comme le temps de la prestation, le temps d'utilisation des locaux et leur définition nationale.

Une phase d'introduction échelonnée au niveau national de ces nouvelles valeurs et de leur définition doit être organisée. L'affaire est urgente car il n'est pas envisageable que les hôpitaux doivent introduire d'un seul coup au 1^{er} janvier 2025 une telle modification dans leur comptabilité, compte tenu des importants investissements et du manque de personnel qualifié. Afin que cette phase puisse être mise en œuvre et que l'évaluation des ressources puisse être effectuée

au moyen de la valeur «temps», une solution transitoire s'impose qui soit fondée sur des durées normatives de prestations et d'utilisation des locaux.

Au niveau de la comptabilité analytique et en particulier de la définition du cas administratif, des adaptations sont également prévisibles. En relation avec la définition du répondant des coûts et de la conduite du cas, le cas administratif correspond au cas tarifaire. Dans le domaine tarifaire, le cas tarifaire correspond au contact-patient facturable. Ce dernier peut être distingué sans ambiguïté des autres contacts-patients facturables au moyen de forfaits ambulatoires et des prestations fournies et facturées à l'acte.