



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

FAQ Système tarifaire cohérent

État au 04.01.2024

1 Forfaits ambulatoires

1.1 Mécanisme de base

| | |
|---|---|
| Qu'est-ce que les forfaits ambulatoires? | Les forfaits ambulatoires désignent un système tarifaire qui consiste en une structure sur le modèle de SwissDRG (catalogue présentant les coûts relatifs) et un prix à négocier par les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie. |
| Combien y a-t-il de forfaits ambulatoires? | La version 1.0 compte 454 forfaits. On les trouve dans le Catalogue des forfaits ambulatoires. |
| Comment savoir quel forfait facturer? | Les forfaits ambulatoires sont déterminés sur la base du diagnostic et de la procédure appliquée. Le diagnostic conduit à un capitulum (chapitre) et la procédure (ainsi que d'autres caractéristiques telles que l'âge, le sexe, etc.) mène au bon groupe de cas. Ce processus ne se fait pas manuellement, mais au moyen d'un groupeur. |
| Qu'est-ce qu'un groupeur et comment fonctionne-t-il? | Le groupeur est un organigramme ou un arbre de décision complet. Il permet d'attribuer les contacts-patients au bon groupe de cas sur la base du diagnostic, de la procédure et d'autres caractéristiques (comme l'âge du patient par exemple). L'arbre de décision peut être consulté au format HTML dans le Manuel de définition. |

| | |
|---|--|
| <p>Quelles prestations sont comprises dans les forfaits?</p> | <p>Selon le chapitre 1.5 des Modalités d'application, le groupe de cas ainsi que les prestations facturables séparément représentent de manière exhaustive les prestations imputables du contact-patient facturable. Un tel contact-patient peut ainsi être facturé au moyen d'un forfait ambulatoire et des prestations facturables séparément. D'autres facturations séparées ne sont pas possibles.</p> <p>Les prestations suivantes peuvent être facturées séparément:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les produits sanguins stables et labiles, - les produits thérapeutiques fournis, - les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le Catalogue des forfaits ambulatoires. |
| <p>Pourquoi les forfaits ambulatoires ont-ils été élaborés sur la base de TARMED?</p> | <p>Les forfaits ambulatoires ont été élaborés sur la base des données réelles de coûts et de prestations ambulatoires. En d'autres termes, les données de prestations (facturation, positions TARMED) et de coûts (selon REKOLE) de cas ambulatoires facturés ont été relevées et évaluées.</p> <p>Les positions tarifaires (par ex. TARMED) n'ont été utilisées que pour l'identification des cas.</p> |
| <p>Les forfaits ne comprennent-ils que des prestations médicales? Les implants / médicaments / analyses de laboratoire sont-ils compris dans les forfaits?</p> | <p>Toutes les prestations d'un contact-patient sont en principe comprises dans les forfaits. Les prestations non médicales également, les médicaments, le matériel, les implants, les prestations de laboratoire, etc.</p> <p>Certains implants bien définis peuvent néanmoins être facturés séparément. Le Catalogue des forfaits ambulatoires précise dans quels groupes de cas une facturation séparée est possible.</p> <p>Les analyses de laboratoire sont incluses dans les forfaits. La facturation des analyses est réglementée à l'art. 59 OAMal et devra être modifiée au moment de l'introduction des forfaits ambulatoires.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Les prestations du personnel infirmier sont-elles prises en compte?</p> | <p>Oui, les prestations du personnel infirmier sont aussi comprises dans les forfaits ambulatoires. Celles-ci entrent également dans le calcul des forfaits ambulatoires avec les coûts effectifs. Elles ne sont donc soumises à aucune limitation, comme c'est le cas dans les tarifs à la prestation: l'ensemble des coûts intervenus sont pris en compte pour la tarification.</p> |
| <p>Pourquoi les implants ne sont-ils facturables séparément que pour certains groupes de cas?</p> | <p>Les implants ne sont facturables séparément que pour les groupes de cas au sein desquels cette règle aboutit à une meilleure homogénéité. Il s'agit uniquement des groupes de cas dans lesquels les différences de prix des implants sont responsables de la dispersion des coûts.</p> |
| <p>Que signifie exactement la règle selon laquelle les produits thérapeutiques fournis sont facturés séparément?</p> | <p>Le terme «produits thérapeutiques» recouvre les médicaments et les dispositifs médicaux (art. 2 LPTh). Si ceux-ci sont remis au patient dans le cadre du traitement ambulatoire, ils peuvent être facturés en sus du forfait ambulatoire.</p> |
| <p>Des forfaits spécifiques sont-ils prévus pour le traitement des enfants?</p> | <p>Lors de l'élaboration des forfaits par cas, on a toujours vérifié si le traitement des enfants entraînait des coûts plus élevés. Dans la plupart des cas, il est apparu que l'âge, à lui seul, n'était pas un critère décisif mais plutôt l'anesthésie supplémentaire qui était indispensable. Pour cette raison, l'anesthésie pratiquée par un anesthésiste est un critère de délimitation souvent appliqué et elle est donc prévue dans le Catalogue des forfaits ambulatoires. Cela permet en outre de rémunérer correctement les traitements prodigués non seulement aux enfants mais aussi à d'autres patients qui, pour diverses raisons, requièrent une anesthésie supplémentaire qui entraîne des coûts plus élevés.</p> |

1.2 Bases de données

| | |
|--|--|
| <p>Pourquoi seules les données de prestations et de coûts des hôpitaux ont-elles été utilisées?</p> | <p>Avec la solution de branche reconnue REKOLE (révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations), l'uniformité du modèle de comptabilité analytique des hôpitaux est garantie au niveau national. La certification REKOLE confirme que le calcul des coûts et des prestations de ces hôpitaux correspond aux principes en vigueur en économie d'entreprise. Les données de coûts au niveau du patient sont ainsi comparables. REKOLE est reconnue légalement.</p> <p>Grâce à l'utilisation de ces données, le système de forfaits ambulatoires repose en conséquence sur une base de données complète, standardisée et reconnue par la loi.</p> <p>À l'heure actuelle, les cabinets privés ne disposent pas de données analogues au niveau du patient (en d'autres termes, des données de coûts par cas). Dès qu'une telle méthode sera introduite et que les données seront disponibles, elles pourront être prises en considération dans les calculs du système de forfaits ambulatoires.</p> |
| <p>Pourquoi n'a-t-on pas utilisé les données de tous les hôpitaux?</p> | <p>Au moment des relevés, le cadre législatif rendant obligatoire la livraison des données n'était pas encore en vigueur. Lors du développement de la version 1.0, la livraison des données s'est donc faite sur une base volontaire.</p> <p>La version 1.0 a été développée grâce aux données de 47 hôpitaux: quelque 850'000 cas ambulatoires ont été analysés, un volume comparable à celui sur lequel reposait l'introduction de SwissDRG en 2012.</p> <p>L'art. 47a al. 5 LAMal prévoit que tous les fournisseurs de prestations pourront être tenus de transmettre les données nécessaires de prestations et de coûts dès l'introduction des forfaits ambulatoires. Les données de tous les fournisseurs de prestations pourront donc être prises en compte pour la poursuite du développement du système tarifaire.</p> |

| | |
|--|---|
| Comment les forfaits ont-ils été évalués? | La version 1.0 du système de forfaits ambulatoires a été développée avec les données des années 2019 – 2021. Il est important de noter qu’il s’agit là de données réelles, effectives et non pas d’estimations quantitatives ou de chiffres reposant sur des avis de spécialistes. |
| Puis-je simuler mes propres cas pour l’application des forfaits? | Oui. Le groupeur de simulation permet à chaque fournisseur de prestations de simuler l’application des forfaits ambulatoires à ses cas réels qui ont été facturés selon TARMEDE. Les cas individuels peuvent être simulés au moyen du groupeur de cas individuels. |
| Pourquoi aucun détail supplémentaire n’est-il fourni sur les données utilisées? | Des informations complètes sur la base de données sont disponibles dans l’Explorateur de données. Les hôpitaux ont participé à titre volontaire à cette livraison supplémentaire de données. Celle-ci a fait l’objet d’un contrat séparé de livraison qui prévoit que les données ne peuvent être utilisées que pour le développement des forfaits ambulatoires et qu’elles ne peuvent pas être rendues publiques. |
| Que signifie «groupes de cas non évalués»? Où peut-on les consulter? | Les groupes de cas non évalués existent là où les volumes de données sont trop faibles pour procéder à une évaluation correcte. Ils sont identifiables dans le Catalogue des groupes de cas ambulatoires par l’absence de coût relatif. |

1.3 Codage ambulatoire / saisie des prestations

| | |
|---|--|
| Que signifie «codage ambulatoire» des cas? | Pour procéder à l’attribution des contacts-patients, le groupeur se réfère tant à la procédure selon la CHOP qu’au diagnostic selon la CIM-10. La préparation de ces informations constitue le «codage ambulatoire» du contact-patient. Elle repose sur les Lignes directrices pour le codage ambulatoire. |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Le codage ambulatoire fonctionne-t-il comme dans le secteur stationnaire sous SwissDRG?</p> | <p>Les deux types de codage ont en commun la description du contact-patient au moyen de la procédure et du diagnostic. Cependant, le codage est nettement plus simple dans le secteur ambulatoire car il nécessite moins d'indications pour le groupage, les règles sont beaucoup plus simples et il peut intervenir directement pendant ou après le contact-patient.</p> |
| <p>Des spécialistes du codage ambulatoire doivent-ils être engagés dès maintenant? Existe-t-il un nouveau profil professionnel «codeuses/codeurs pour le secteur ambulatoire»?</p> | <p>Le codage du diagnostic et de la procédure est nettement moins compliqué dans le domaine ambulatoire que dans le stationnaire car, dans la majorité des cas, seuls un diagnostic et une procédure sont pertinents pour l'attribution à un forfait (des exceptions sont possibles). En principe, le personnel qui s'occupe actuellement de la saisie des prestations pour le tarif à la prestation dans l'ambulatoire pourra aussi saisir les diagnostics et les procédures. L'introduction du codage pour l'ambulatoire entraînera au départ une charge supplémentaire. Mais une fois qu'il sera établi, la tâche sera nettement réduite par rapport à aujourd'hui, avec un tarif à la prestation très étendu et le corpus de règles qui lui est associé.</p> |
| <p>Pourquoi aucun diagnostic secondaire n'est-il pris en compte?</p> | <p>Les diagnostics secondaires ne sont pas pris en compte dans la version 1.0 parce que, jusqu'à présent, seuls la procédure (prestation TARMED) et le diagnostic principal étaient pertinents dans le domaine ambulatoire. Il est techniquement possible que, lors de la poursuite du développement des forfaits ambulatoires, les diagnostics secondaires puissent être pris en compte. Cela ne pourra intervenir que sur la base de données réelles, comme pour toutes les autres adaptations de la structure.</p> |
| <p>Les contacts-patients qui sont facturés au moyen du tarif à la prestation doivent-ils être aussi codés?</p> | <p>Oui. Les contacts-patients qui sont facturés au moyen du tarif à la prestation reposent aussi sur un diagnostic. C'est ainsi uniquement que la réunion des contacts-patients en un contact-patient facturable peut être valablement vérifiée. Sous TARDOC également, il est prévu que le diagnostic soit présenté.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Les cabinets médicaux doivent-ils aussi saisir les données CHOP et CIM-10?</p> | <p>Oui. Les procédures selon la CHOP et les diagnostics selon la CIM-10 sont aussi nécessaires dans les cabinets médicaux pour la facturation des contacts-patients au moyen des forfaits ambulatoires.</p> |
| <p>Y a-t-il une différence entre le diagnostic utilisé en médecine et le diagnostic pour le codage ambulatoire, resp. pour la facturation?</p> | <p>Oui. Le diagnostic utilisé quotidiennement en médecine n'est pas forcément formulé selon la CIM-10. Le diagnostic pour le codage ambulatoire en revanche doit recourir au format CIM-10 afin que le contact-patient facturable puisse être défini correctement.</p> <p>Il peut aussi y avoir éventuellement une différence dans le moment du diagnostic. Le diagnostic pour le codage ambulatoire décrit l'état pendant ou immédiatement après le contact-patient qui a justifié le traitement et / ou l'auscultation du patient (cf. Lignes directrices pour le codage ambulatoire). Il peut donc arriver que le diagnostic utilisé en médecine soit modifié plus tard sur la base de nouveaux diagnostics.</p> <p>Comme le diagnostic au moment du traitement est déterminant pour le codage, ces modifications ultérieures ne doivent pas être prises en compte pour la facturation.</p> |

1.4 Développement des forfaits ambulatoires

| | |
|--|---|
| Comment les forfaits ambulatoires ont-ils été développés? | <p>Les hôpitaux et les cliniques ont livré les données de coûts et de prestations des cas effectifs de patients en ambulatoire. Ces cas ont été groupés en fonction de leur similarité médicale. Via un logiciel ad hoc, ces cas groupés ont été encore répartis dans des groupes affinés afin qu'il en découle des groupes de cas aussi homogènes que possible. L'homogénéité porte d'une part sur la fourniture de prestations médicales et d'autre part sur les coûts des cas au sein de chaque groupe.</p> <p>Dans le cadre de l'actualisation régulière (en principe annuelle) de la structure tarifaire, il sera possible de contrôler, sur la base des données les plus récentes, si le groupement des cas doit être modifié ou encore affiné pour parvenir à une homogénéité supérieure des coûts. Cela pourrait passer par la prise en considération de facteurs tels que l'âge, les procédures, les médicaments, etc.</p> |
|--|---|

2 TARDOC

2.1 Diagnostics

| | |
|--|---|
| Est-ce que les diagnostics doivent être saisis dans TARDOC? | Oui. Les partenaires tarifaires de TARDOC en ont convenu ainsi. |
|--|---|

3 Système cohérent

3.1 Contact-patient et contact-patient facturable

| | |
|--|--|
| Qu'est-ce qu'un contact-patient? | <p>Lire à ce propos la définition figurant au chapitre 1.4.1 du document «Modalités d'application» sur le site Web de solutions tarifaires suisses SA (état: juin 2023, pour la version 1.0):</p> <p><i>Un contact-patient est défini comme la rencontre physique ou téléphonique entre un patient et un «fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire» qui réalise, dans ce cadre, une mesure diagnostique ou thérapeutique en faveur de ce patient.</i></p> <p><i>Ces prestations doivent être attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation. Une prestation sur un échantillon ou sur une préparation ne constitue pas un contact-patient.</i></p> <p><i>Les comptes rendus, les consiliums cliniques et d'imagerie ainsi que les comités oncologiques/d'experts médicaux/interdisciplinaires sont gérés comme un contact-patient, même s'ils ne donnent pas lieu à une rencontre physique entre le patient et le «fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire».</i></p> |
| Expertises/consiliums/tumorboard: pourquoi ces cas correspondent-ils à un contact-patient à part entière? | <p>Dans les trois situations – expertises, consiliums et tumorboards – il s'agit de prestations qui peuvent être fournies en présence ou en l'absence du patient. La définition comme contact-patient à part entière tient compte de cette particularité.</p> |
| Pourquoi la réunion de contacts-patients est-elle nécessaire? | <p>Sans la réunion des contacts-patients dont les diagnostics aboutissent au même capitulum, il y aurait une forte incitation à répartir le traitement entre plusieurs fournisseurs de prestations. Une telle division ne serait pas dans l'intérêt du patient et n'irait pas non plus dans le sens d'un traitement mené par un nombre de professionnels aussi réduit que possible.</p> |

| | |
|---|---|
| Existe-t-il un aperçu ou une liste des disciplines qui sont exclues de la réunion des contacts-patients? | Oui. Sont exclus de la réunion des contacts-patients les services qui fournissent des prestations sur prescription médicale comme les services de transport et de sauvetage. La liste se trouve à l'Annexe 1 des Modalités d'application. |
|---|---|

3.2 Détermination de la structure tarifaire

| | |
|--|---|
| Comment puis-je savoir, en tant qu'utilisateur, si le cas doit être facturé au moyen du tarif à la prestation ou des forfaits ambulatoires? | La position trigger est déterminante. Si une position trigger est saisie dans un contact-patient facturable, cela conduit automatiquement et impérativement à la facturation d'un forfait ambulatoire. |
| Qu'est-ce qu'une position trigger? | Les positions trigger sont les positions CHOP qui déclenchent l'attribution dans un groupe de cas. Si une position trigger est saisie dans un contact-patient facturable, cela conduit toujours à la facturation au moyen des forfaits ambulatoires. |
| Que se passe-t-il lorsque plusieurs positions trigger sont saisies dans un même contact-patient? | Si plusieurs positions trigger sont saisies, c'est leur rang dans l'arbre de décision, resp. dans le groupeur, qui est déterminant. Selon l'ordre dans lequel se succèdent les positions trigger, l'une ou l'autre, ou encore la combinaison des deux positions, conduit au groupe de cas à facturer. |
| Les fournisseurs de prestations peuvent-ils choisir entre la facturation au moyen des forfaits ambulatoires et le tarif à la prestation? Quelles règles déterminent le choix de la «bonne» structure tarifaire? | Non, les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts ne peuvent pas choisir la structure tarifaire à appliquer. Il convient donc de vérifier pour chaque contact-patient facturable s'il comprend une position trigger. Une position trigger conduit toujours à la facturation au moyen des forfaits ambulatoires. |
| Les prestations fournies dans le cadre de la consultation d'anesthésie quelques jours avant l'intervention peuvent-elles être facturées dans un contact-patient séparé? | Oui. Dans le setting ambulatoire, l'anesthésie est considérée comme une prestation indépendante. Une réunion de contacts-patients avec diagnostics dans le même capitulum intervient seulement pour les prestations fournies le même jour. |

3.3 Attribution des prestations

| | |
|---|---|
| Durant combien de temps un rapport doit-il être attribué au contact-patient correspondant? | Il n'y a pas de limite à l'attribution des rapports au contact-patient correspondant. |
| Comment le système reconnaît-il à quel contact-patient les prestations de laboratoire doivent être attribuées? | En principe, les prestations de laboratoire sont identifiées et attribuées au moyen du numéro de demande. |

3.4 Procédure

| | |
|---|--|
| La saisie des prestations intervient-elle avant ou après la décision sur le choix de la structure tarifaire à appliquer? | <p>La saisie des prestations/le codage ambulatoire intervient avant la décision sur la structure tarifaire à appliquer.</p> <p>La saisie des prestations/le codage ambulatoire intervient pendant ou immédiatement après le contact-patient (cf. Lignes directrices pour le codage ambulatoire, chap. 1.1). L'application de l'une ou de l'autre structure tarifaire dépend de la saisie d'une position CHOP trigger dans le contact-patient facturable. La saisie des prestations/le codage ambulatoire constitue donc la base de décision pour le choix de la structure tarifaire.</p> |
|---|--|

3.5 Facturation

| | |
|--|---|
| Est-il possible d'inscrire plusieurs forfaits ambulatoires sur la même facture? | <p>Cela dépend des possibilités techniques du software utilisé. La poursuite du développement des forfaits ambulatoire fait appel aux données réelles de coûts et de prestations. S'il est possible techniquement de délimiter les coûts par contact-patient, même lorsque plusieurs contacts-patients sont compris dans un cas administratif, alors plusieurs forfaits ambulatoires peuvent être inscrits sur une même facture.</p> <p>Les règles dans le cadre du standard xml ne sont pas encore fixées.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Comment se présenteront les factures xml? | Cette problématique n'a pas encore été clarifiée avec tous les partenaires tarifaires. Pour cette raison, aucune information n'est encore disponible à ce sujet. |
|--|--|

3.6 Exemples d'application

| | |
|---|---|
| Un patient se présente aux urgences avec des symptômes neurologiques. Il est examiné par un urgentiste, une neurologue et un neurochirurgien. En outre, un CT est effectué au service de radiologie. Après plusieurs heures sous surveillance, le patient rentre à la maison. Dans ce cas, est-ce que «seul» le forfait CT est facturé? | Oui. Comme toutes les spécialités traitent le même diagnostic, tous les contacts-patients des différents services spécialisés sont réunis dans un seul contact-patient facturable. Un contact-patient facturable est facturé soit au moyen d'un forfait ambulatoire soit au moyen de TARDOC. Dans ce cas, seul le forfait ambulatoire CT peut être facturé en dépit des examens antérieurs. La différenciation avec l'institut de radiologie, qui effectue des CT électifs, intervient au niveau du prix. |
| Position C30.15C IRM ou CT individuelle, aux ultrasons: on observe fréquemment dans ce groupe de cas des urgences entraînant un diagnostic initial par ultrasons, souvent suivi lors de la suite du traitement par un diagnostic élargi par CT ou IRM. Dans le domaine des soins ambulatoires dans les cabinets médicaux, une subdivision intervient couramment: l'examen par ultrasons est effectué au cabinet et le CT/IRM dans un institut de radiologie. Est-ce que ces prestations sont réunies dans un seul contact-patient facturable ou dans deux contacts-patients facturables distincts? | Ces examens sont séparés en deux contacts-patients facturables car il y a deux fournisseurs de prestations distincts. Il ne s'agit pas de prestations qui sont en relation directe au niveau de la fourniture. |

4 Calendrier

5 Détermination du prix

| | |
|---|---|
| Comment les prix des forfaits sont-ils calculés? | <p>Dans le système des forfaits ambulatoires, la structure et le prix sont séparés.</p> <p>La structure représente chaque prestation dans une juste relation aux autres sur la base des coûts effectifs. Ce rapport correspond au coût relatif. L'organisation tarifaire est responsable de la structure.</p> <p>Le coût relatif (structure) est multiplié par un montant en francs (prix). Le coût relatif multiplié par le prix donne la rémunération du fournisseur de prestations. Le prix est négocié entre les partenaires tarifaires ou leurs membres (p. ex. l'hôpital avec les organisations d'assureurs maladie). Cette négociation se déroule hors de l'organisation tarifaire. Cette dernière publie pour chaque forfait les coûts relatifs ainsi que les valeurs clés sur les coûts.</p> |
|---|---|