



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Synthèse des interactions et des propositions de solution dans le domaine de la gestion du cas, de la saisie des prestations, de la comptabilité par unité finale d'imputation et de l'évaluation des ressources lors de l'application du système tarifaire cohérent

L'abandon de la structure tarifaire TARMED est prévu pour l'année 2025. TARMED doit être remplacé par un système tarifaire cohérent comprenant des forfaits ambulatoires (dans le genre de SwissDRG) et le tarif à la prestation TARDOC (similaire à TARMED). Le présent document décrit les principales interactions dans le domaine de la gestion du cas, de la saisie des prestations et de la comptabilité par unité finale d'imputation ainsi que l'avancement des solutions dans la comptabilité par unité finale d'imputation.

1 Contexte et dépendances

Les processus de **saisie, de codage et de facturation** des prestations médicales à l'hôpital sont étroitement liés et dépendent de la structure tarifaire appliquée. Y sont également rattachées la **comptabilité par unité finale d'imputation** et l'évaluation de l'utilisation des ressources qui en découle. Les exigences minimales posées à la comptabilité par unité finale d'imputation des hôpitaux suisses sont régies dans REKOLE[®], en particulier les règles d'évaluation de l'engagement des ressources.

Cette **évaluation de l'engagement des ressources** se base sur une valeur «temps» dans quelques centres de charges, sur la condition minimale du nombre de points résultant de la structure tarifaire correspondante dans d'autres cas. À partir des données de la comptabilité par unité finale d'imputation sont créées les bases pour l'**évaluation relative de structures tarifaires déterminées (SwissDRG, TARPSY, ST Reha)** ainsi que pour les **négociations tarifaires**.

Pour les hôpitaux, des données de coûts fiables et réalistes sont essentielles en vue des négociations tarifaires. Elles le sont pour tous les acteurs dans la perspective de l'**évolution des structures tarifaires**. Cela permet de garantir que l'évaluation de l'engagement des ressources dans le développement des structures tarifaires est constamment en accord avec l'évolution du type et de l'intensité des soins prodigués aux patients.

2 La saisie des prestations au cœur de la comptabilité analytique

Pour la comptabilité analytique, une saisie complète des prestations, liée aux centres de charges et aux unités finales d'imputation, ainsi qu'une évaluation objective de l'engagement des ressources est incontournable. Afin de pouvoir déterminer et enregistrer les coûts

engendrés par le traitement d'un patient, ces derniers doivent être définis et délimités sans ambiguïté. Ces coûts peuvent être ainsi évalués.

La saisie des prestations doit être complète: elle ne porte pas seulement sur les prestations facturables mais aussi sur celles qui ne le sont pas. La saisie des prestations ne sert pas, au premier chef, à l'établissement de la facture mais à l'évaluation des moyens de production engagés et constitue ainsi le cœur d'une comptabilité des coûts complets. La détermination des prix dans les assurances sociales doit se fonder sur cette comptabilité des coûts complets.

Il existe différentes façons de saisir une prestation. L'énumération suivante est classée selon un degré de détail et un investissement décroissants:

- La mesure du temps réel relève le temps effectif consacré à l'exécution d'un travail, par exemple au moyen de rapports en minutes ou en heures.
- La mesure du temps normatif relève le temps normatif prédéfini (fondé sur des mesures précédentes proches de la réalité) consacré à l'exécution d'un travail, par exemple au moyen de minutes ou d'heures normatives liées à l'exploitation. Recourt effectivement à ce système des structures tarifaires comme TARMED dans la mesure où elles sont développées systématiquement (palette de prestations) et où les valeurs normatives sur lesquelles elles reposent sont actualisées.
- D'autres structures tarifaires non-fondées sur le temps saisissent les positions tarifaires (points) auxquelles sont attribuées les prestations.

2.1 Mise en œuvre actuelle au moyen des points tarifaires dans les évaluations des hôpitaux et des ressources

Comme TARMED comprend toutes les prestations, par exemple des interventions qui ne peuvent pas être fournies en ambulation (p. ex. pose d'une endoprothèse de la hanche), celui est utilisé en partie seulement pour l'évaluation de l'engagement des ressources dans la comptabilité analytique. Cette utilisation soulève aujourd'hui la critique justifiée suivante selon laquelle TARMED et les valeurs normatives/évaluations qu'il comprend sont fortement périmés.

→ Il en résulte que TARMED n'entrera plus en ligne de compte après son remplacement par les forfaits ambulatoires et TARDOC.

Un transfert vers TARDOC à titre de base d'évaluation des ressources serait envisageable en théorie mais entraînerait les conséquences indésirables suivantes:

- Pour l'évaluation des ressources, TARDOC présenterait les mêmes faiblesses que celles que nous connaissons aujourd'hui avec l'utilisation de TARMED: pas d'actualisation des valeurs normatives enregistrées dans TARMED, pas de représentation des nouveaux types de fourniture des prestations, etc.
- TARDOC 1.3.2. a le même champ d'application que TARMED et pourrait être utilisé de la même manière. Dans le système tarifaire cohérent (TARDOC et forfaits ambulatoires), le TARDOC complet ne sera pas introduit. Il faut en conclure que seule la partie réellement appliquée de TARDOC (TARDOC light) sera actualisée. On aboutira au bout de quelques années à la même situation qu'aujourd'hui: les valeurs normatives enregistrées dans TARDOC ne seront pas actualisées et l'évaluation de l'engagement des ressources se fondera sur des données dépassées et éloignées de la réalité.
- Pour les contacts-patients (traitement de patients) qui sont facturés au moyen de forfaits ambulatoires, la saisie de la prestation fournie doit être effectuée au moyen de la procédure CHOP. Si l'évaluation de l'engagement des ressources nécessite comme avant les points tarifaires de TARDOC, il faudra, pour chaque contact-patient, saisir aussi bien la procédure CHOP que les prestations TARDOC, resp, les PT TARDOC.

→ Un transfert vers TARDOC à titre de base d'évaluation des ressources n'est donc pas souhaitable.

3 Nouvelle solution pour l'évaluation des ressources

La fin de TARMED offre l'occasion d'abandonner les points tarifaires en tant qu'unité d'évaluation pour l'engagement des prestations et de les remplacer par des valeurs de référence conventionnelles et reconnues: temps (temps de la prestation, d'utilisation des locaux et/ou d'utilisation des appareils) et la valeur temps définie au niveau national. L'évaluation de l'engagement des ressources est ainsi indépendant du type de cas (ambulatoire/stationnaire).

Ce changement implique diverses réflexions (p. ex. harmonisation nationale de la définition de la valeur temps) qui sont actuellement déjà en cours et qui entraîneront une intervention de grande ampleur dans la solution de branche nationale REKOLE®. Le passage de l'unité d'évaluation des prestations médicales du point tarifaire (TARMED) au temps implique les travaux suivants:

- Pour 15 à 20 CC obligatoires, il convient de vérifier si des groupes de charges par nature doivent être redéfinis parce que, par exemple, le temps de la prestation médicale est différent de celui de l'utilisation des locaux (tant dans sa durée que dans son intensité). Toutes les valeurs temps doivent être définies pour les domaines d'activité en question de telle manière qu'une application uniforme au niveau national soit possible et garantie.
- Le recours aux temps d'utilisation des appareils en tant que solution IT automatisée doit être examiné.
- Les valeurs temps à définir au niveau national sont soumises jusqu'à la fin 2023 à la commission REK pour approbation, de même que la date à partir de laquelle elles seront obligatoires (décision REK).
- La formation du personnel concerné doit être planifiée.

Expérience faite, ces travaux exigent beaucoup de temps et la mise en œuvre dans les hôpitaux implique des efforts importants. Pour cette raison, une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025 n'est pas réalisable. Une phase d'introduction échelonnée doit est prévue.

Cette phase d'introduction échelonnée au niveau national garantit que les prestations fournies dans un secteur d'activité définis sont évaluées de la même manière et qu'un entretien adéquat de la structure tarifaire est assuré. De même, elle permet de coordonner la procédure de certification REKOLE® avec la phase d'introduction. Selon les prévisions, le plan d'introduction doit s'étendre sur 3 ans. Il sera également approuvé par la commission REK.

4 Solution de transition

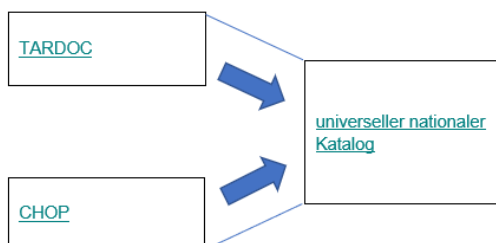
Parce qu'on ne peut plus se référer à TARMED pour l'évaluation des ressources, que TARDOC ne s'y prête pas non plus et que l'introduction de valeurs de référence reconnues n'est pas possible d'ici au 1^{er} janvier 2025, il est nécessaire de prévoir une solution de transition dès cette date.

Avec l'introduction du système tarifaire cohérent, la saisie des prestations doit répondre encore à d'autres exigences afin de garantir l'équilibre entre la charge de travail et l'utilité.

- **Saisie à double non-souhaitable:** Au début d'un contact-patient, le recours à telle ou telle structure tarifaire n'est pas forcément évident pour le fournisseur de prestations. Il n'apparaît pas raisonnable de confier cette décision au fournisseur au moment de la saisie. *Ex.: Si le contact-patient est facturé au moyen de TARDOC, je dois saisir la position tarifaire A / si des forfaits ambulatoires sont appliqués, je dois saisir le CHOP X.* Une double saisie à titre préventif ne paraît pas non plus raisonnable.
- **Domaine d'application:** Le domaine d'application des forfaits ambulatoires peut varier d'année en année en fonction des versions. Une adaptation et une formation annuelles du personnel afin que les prestations soient correctement saisies sont très coûteuses et sujettes à des erreurs.

4.1 Catalogue (des prestations) universel et national (volet de la solution lié à la saisie des prestations)

Afin d'éviter que la décision en matière de structure tarifaire (tarif à la prestation ou forfaits ambulatoires) incombe au fournisseur de prestations et afin de garantir une facturation uniforme au niveau national, un catalogue universel et national est nécessaire. Celui-ci est «universel» dans le sens qu'il décrit la prestation indépendamment de la structure tarifaire qui sera appliquée par la suite. Ce catalogue universel et national découle d'une simplification de TARDOC et de la CHOP.



Exemple de simplification de TARDOC: Lorsqu'il est indiqué dans la saisie de la prestation où la prestation sera prodiguée (au domicile du patient ou dans l'infrastructure médicale), la position tarifaire à utiliser est claire.

Position TAR-DOC	Texte TARDOC	Catalogue universel national
AA.00.0010	Consultation médicale, 5 premières min	Consultation, par min
AA.00.0020	+Consultation médicale, pour chaque min supplémentaire	
AA.00.0030	Visite, 5 premières min	
AA.00.0040	+Visite, pour chaque min supplémentaire	

Exemple de simplification de la CHOP: Au lieu des 7 codes CHOP finaux à 6 positions, le CHOP surligné en jaune est utilisé.

Wundversorgung (93.51-93.59)

78.10	Anlegen eines Fixateur externe, n.n.bez.
78.11	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen)
78.11.0	Detail der Subkategorie 78.11
78.11.00	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez.
78.11.10	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.11	Offene Reposition einer einfachen Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.12	Offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur von Klavikula und Skapula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.20	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.21	Offene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.99	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), sonstige
78.12	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen)
78.12.0	Detail der Subkategorie 78.12
78.12.00	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez. [L]

En plus de la description de la prestation (catalogue universel national), d'autres caractéristiques sont indiquées lors de la saisie:

- Type de fournisseur de prestations (groupe professionnel/fonction) (médecin, personnel infirmier ou paramédical, etc.)
- Spécialité (chirurgie de la main, rhumatologie, physiothérapie, etc.)
- Ressources réelles ou temps normatif lié à l'exploitation nécessaires pour la fourniture de la prestation (temps de la prestation médicale, temps d'utilisation des locaux, autres durées).
- Infrastructure/lieu de la fourniture (salle de consultation, à domicile chez le patient, salle d'opération, etc.).
- Indications sur le patient (âge, diagnostic, sexe, etc.)

Le catalogue universel national entraîne divers effets:

- La personne qui saisit la prestation n'a pas besoin de savoir quelle structure tarifaire sera utilisée pour la facturation du contact-patient. Le catalogue est applicable de manière universelle. La saisie des prestations est simplifiée.
- À partir des informations du catalogue universel national et des autres informations saisies (voir ci-dessus), les positions TARDOC peuvent être générées ou le contact-patient peut être traité dans le groupeur des forfaits ambulatoires.
- Le catalogue universel national est dépendant des structures tarifaires nationales. Il peut donc être appliqué de manière uniforme à l'échelle nationale.
- L'application universelle à l'échelle nationale permet d'économiser des ressources lors de l'exploitation du catalogue car celui-ci ne doit être établi qu'une seule fois.
- En cas de modifications de la structure tarifaire (dans l'idéal une fois par an), des adaptations du catalogue ne sont pas forcément nécessaires. Divers changements comme des modifications des limitations peuvent être appliquées à l'interface entre le catalogue et la facturation. Cela réduit l'investissement à consentir chaque année.
- Si les domaines d'application de TARDOC et des forfaits ambulatoires sont décalés, les éventuelles modifications peuvent être effectuées dans le catalogue universel national et il n'est pas nécessaire de former individuellement les fournisseurs de prestations.

4.2 Temps normatifs nationaux (volet de la solution lié à l'évaluation des ressources)

Afin que la phase d'introduction nécessaire pour les valeurs de référence reconnues puisse être franchie, il convient dès le 1^{er} janvier 2025:

- d'associer aux codes CHOP trigger des temps normatifs nationaux, et
- et d'utiliser pour les positions TARDOC les PSR/utilisation des locaux déjà enregistrés.

D'ici au 1^{er} janvier 2025, un groupe d'experts va entreprendre cette évaluation pour chaque code CHOP et l'associer au code. Doivent uniquement être pris en compte les codes trigger de prestations ne figurant pas dans des centres de charges, qui aujourd'hui déjà présentent les prestations au moyen de temps réels (p. ex. salle d'OP ou salle de cathétérisme cardiaque).

Ces temps normatifs valables à l'échelle nationale seraient «réinscriptibles», afin que tous les hôpitaux suisse puissent inscrire dans la CHOP leurs valeurs d'exploitation (temps effectif de la prestation et d'utilisation des locaux) dès que le passage à la saisie du temps liée à l'exploitation sera intervenue à côté de la valeur temps reconnue à l'échelle nationale (phase d'introduction échelonnée).

5 Précision sur la définition de l'unité finale d'imputation (plus petite unité comptabilisable) dans l'ambulatorio hospitalier

Les exigences minimales de REKOLE® font en principe foi.

En relation avec la définition de l'unité finale d'imputation et avec la gestion du cas, le cas administratif correspond au cas tarifaire. Sous l'empire des forfaits ambulatoires, le cas administratif équivaut au contact-patient facturable. Ce dernier est décrit de manière détaillée dans les Modalités d'application.

Le tableau suivant synthétise la règle de définition de l'unité finale d'imputation pour les forfaits ambulatoires:

GRUNDREGEL REKOLE® Kostenträgerdefinition für ambulante Pauschalen		V0.4/05.07.2023
administrativer Fall REKOLE® (= tarifarischer Fall)	=	mittels ambulanter Pauschale abrechenbarer Patientenkontakt
abrechenbarer Patientenkontakt	=	physisches oder fernmündliches Treffen zwischen Leistungserbringer und Patient (=Patientenkontakt)
	=	Zusammenfassung von Patientenkontakten, wenn Patientenkontakte am selben Tag erfolgen und ihre Behandlungsdiagnose dem gleichen Capitulum zugeordnet werden.
Spezialregel für bestimmte Leistungen		
Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden innert max. 30 Tage dem Patientenkontakt zugeordnet, der diese Leistungen auslöst.		Eingriffs- & Verlaufsberichte
		Pathologie- (Probeanalyse) und Laborleistungen
		Weitere Leistungen (z. B. nachträgliche ärztliche Auskünfte)
Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet		von Versicherten verlangte Berichte
Folgende erbrachte Leistungen <u>mit oder ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet		Gutachten
		interdisziplinäres Board
		Akten- / Bildkonsilium

6 Étapes

Quoi?	Quand?	Qui?
Catalogue national <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concept ▪ Élaboration du catalogue ▪ Élaboration des règles ▪ Mise en œuvre technique ▪ Publication 	Jusqu'à... <ul style="list-style-type: none"> ▪ septembre 2023 ▪ février 2024 ▪ février 2024 ▪ février 2024 ▪ mars 2024 	H+ dép. Tarifs
REKOLE® <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de l'unité finale d'imputation ▪ Exigences minimales centres de charges (définition valeur temps) ▪ Adoption du plan d'introduction échelonné de la nouvelle valeur temps (commission REK) ▪ Lancement de la phase d'introduction de la nouvelle valeur temps 	Jusqu'à... <ul style="list-style-type: none"> ▪ août 2023 ▪ décembre 2023 ▪ décembre 2023 ▪ du 1.1.2025 au 1.1.2028 	H+ dép. Gestion économique

<p>Solution transitoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepts ▪ Détermination des CHOP concernés ▪ Définition des valeurs temps pour la CHOP 	<p>Jusqu'à...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ octobre 2023 ▪ décembre 2023 ▪ mars 2024 	<p>H+ dép. Tarifs</p>
---	--	-----------------------