



solutions  
tarifaires  
suisses

## **Systeme de forfaits ambulatoires**

—  
Séance d'information  
Fabricants de systèmes

*9 mai 2023*

**Sarah Stierlin**



**Cheffe de projet**  
*solutions tarifaires*  
*suisses SA*

**01**

**Salutation et introduction**

**02**

**Entrée en matière et point de la situation**

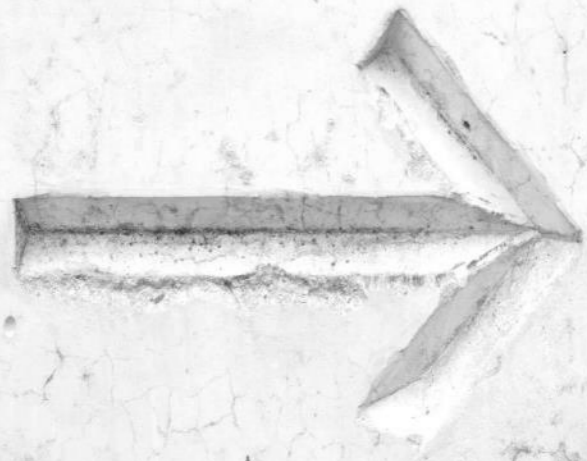
**03**

**Mécanique de base et interfaces avec TARDOC**

**04**

**Conclusion et suite à donner**

## Objectifs de la séance



1. Transmission de connaissances de base sur le système de forfaits ambulatoires.
2. Aide à la préparation technique pour l'introduction du système de forfaits ambulatoires.

## Informations pratiques



Durée de la  
manifestation  
**09:00-11:00**



Déroulement en allemand



Publication des  
slides en français et  
en allemand



Enregistrement et  
publication des  
séances  
d'information



Durant la  
présentation,  
questions dans  
le Chat

**Sarah Stierlin**



**Cheffe de projet**  
*solutions tarifaires*  
*suisses SA*

01

Salutation et introduction

02

**Entrée en matière et point de la situation**

03

Mécanique de base et interfaces avec TARDOC

04

Conclusion et suite à donner

# Les forfaits ambulatoires sont dans la dernière ligne droite - coup d'œil rétrospectif

2020

2021

2022

2023

2024

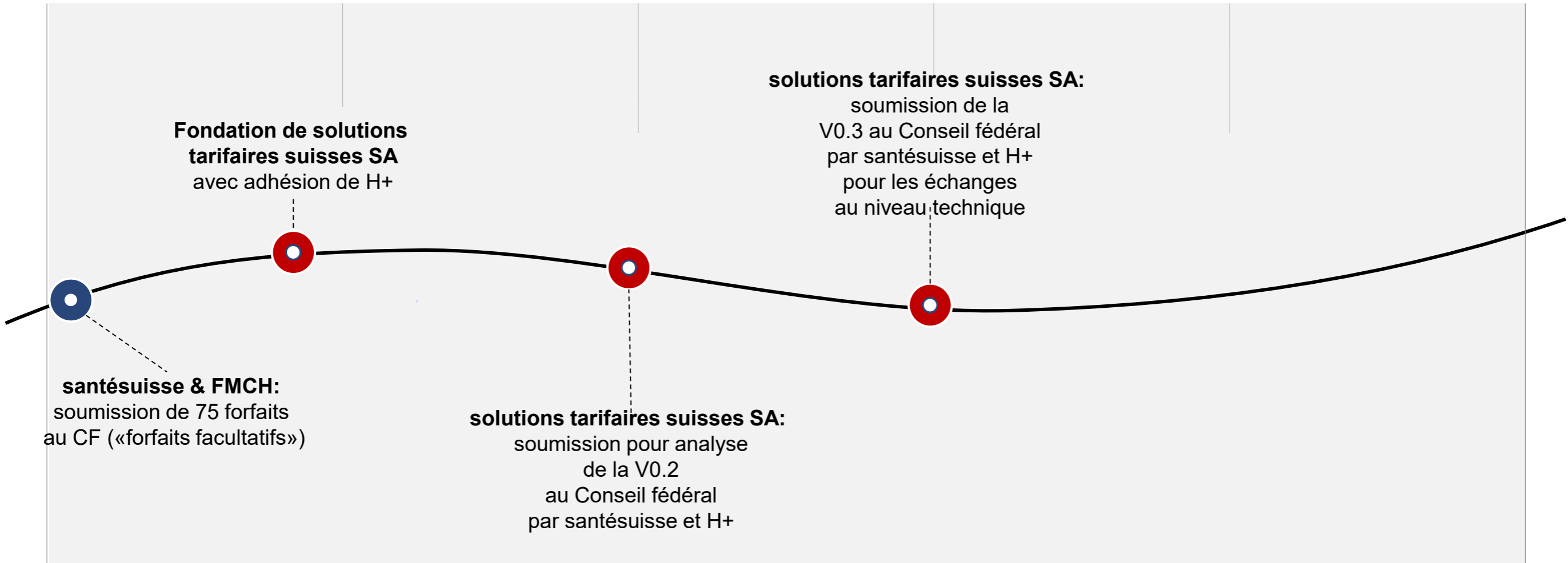
2025

**Fondation de solutions  
tarifaires suisses SA**  
avec adhésion de H+

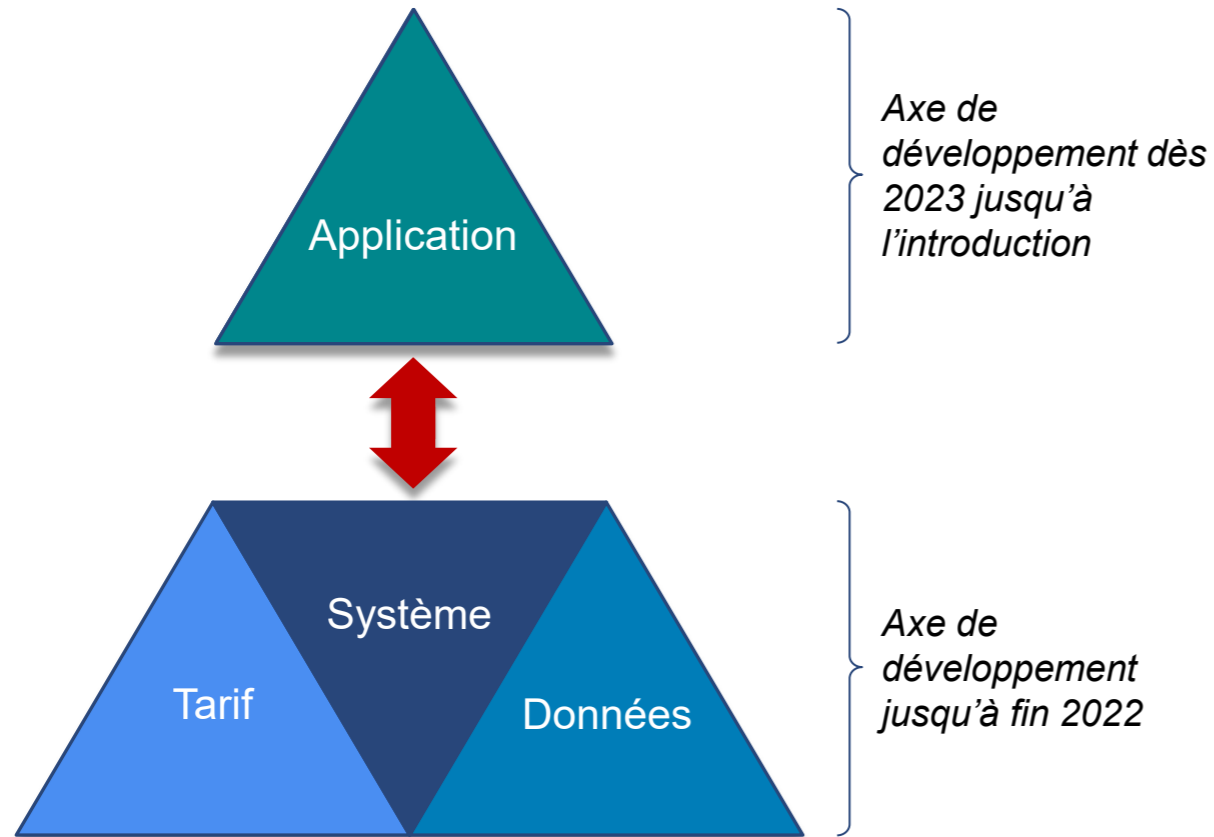
**solutions tarifaires suisses SA:**  
soumission de la  
V0.3 au Conseil fédéral  
par santésuisse et H+  
pour les échanges  
au niveau technique

**santésuisse & FMCH:**  
soumission de 75 forfaits  
au CF («forfaits facultatifs»)

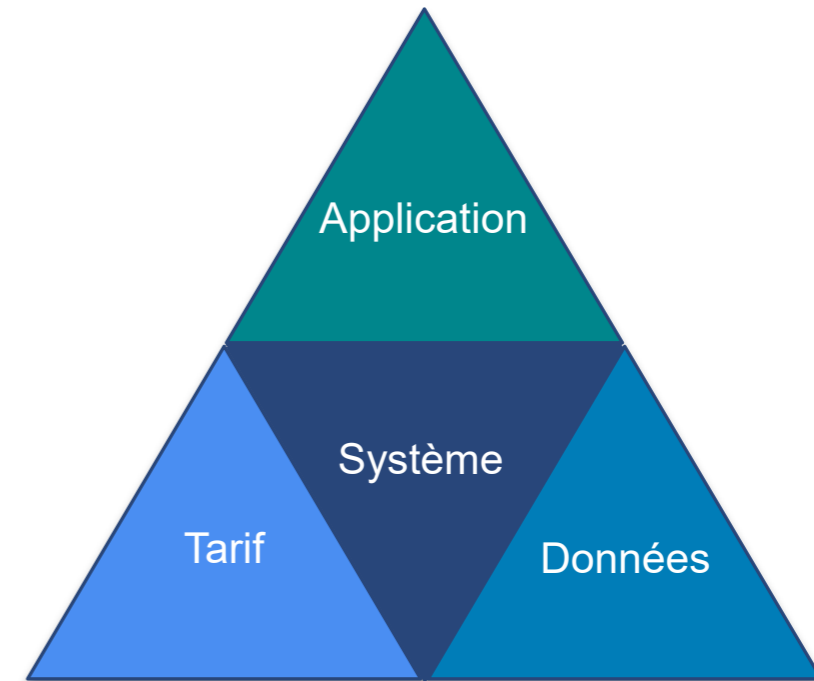
**solutions tarifaires suisses SA:**  
soumission pour analyse  
de la V0.2  
au Conseil fédéral  
par santésuisse et H+



# Le système de forfaits ambulatoires est fait de quatre dimensions – l'accent va être mis sur la préparation de l'application

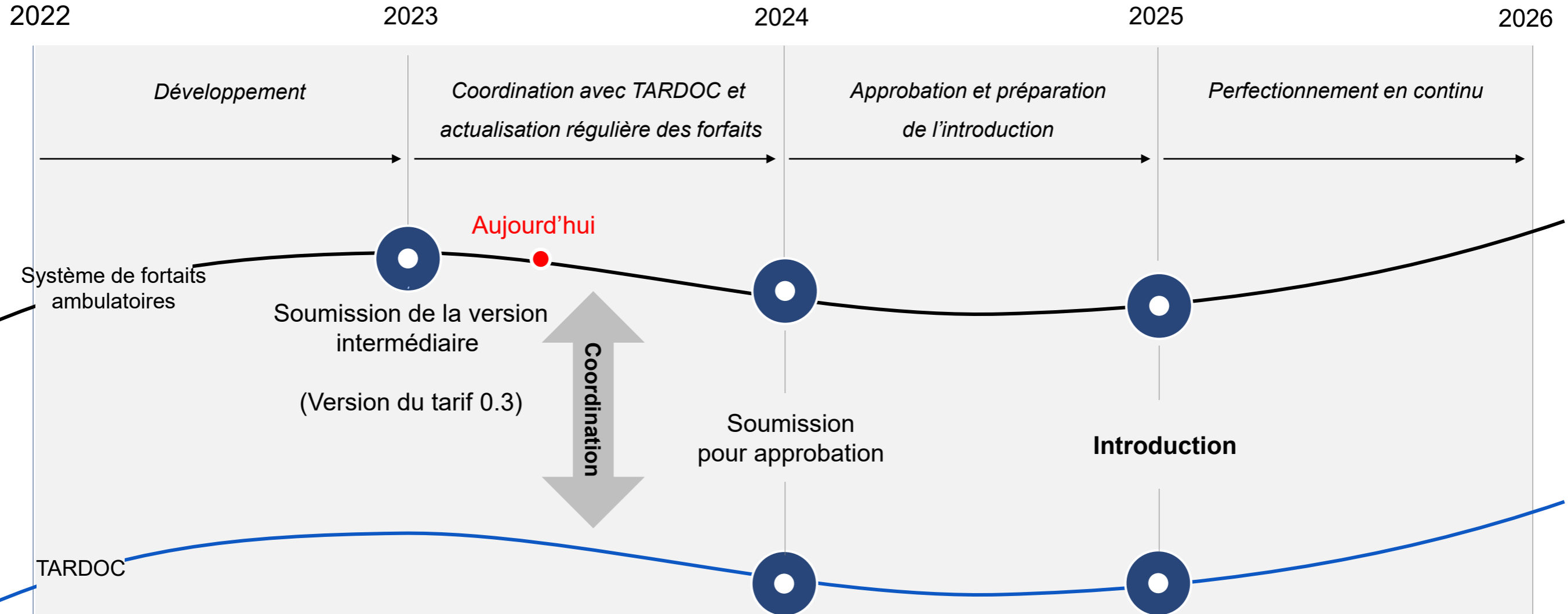


Développement du système global pour l'ambulatoire jusqu'en 2025



Le système global pour l'ambulatoire sera prêt à être appliqué dès 2025

# Les forfaits ambulatoires sont dans la dernière ligne droite – ils seront continuellement perfectionnés





# Le domaine d'application définitif de la version 1.0 doit encore être fixé par tous les partenaires



Soins ambulatoires de base



Extension du domaine d'application

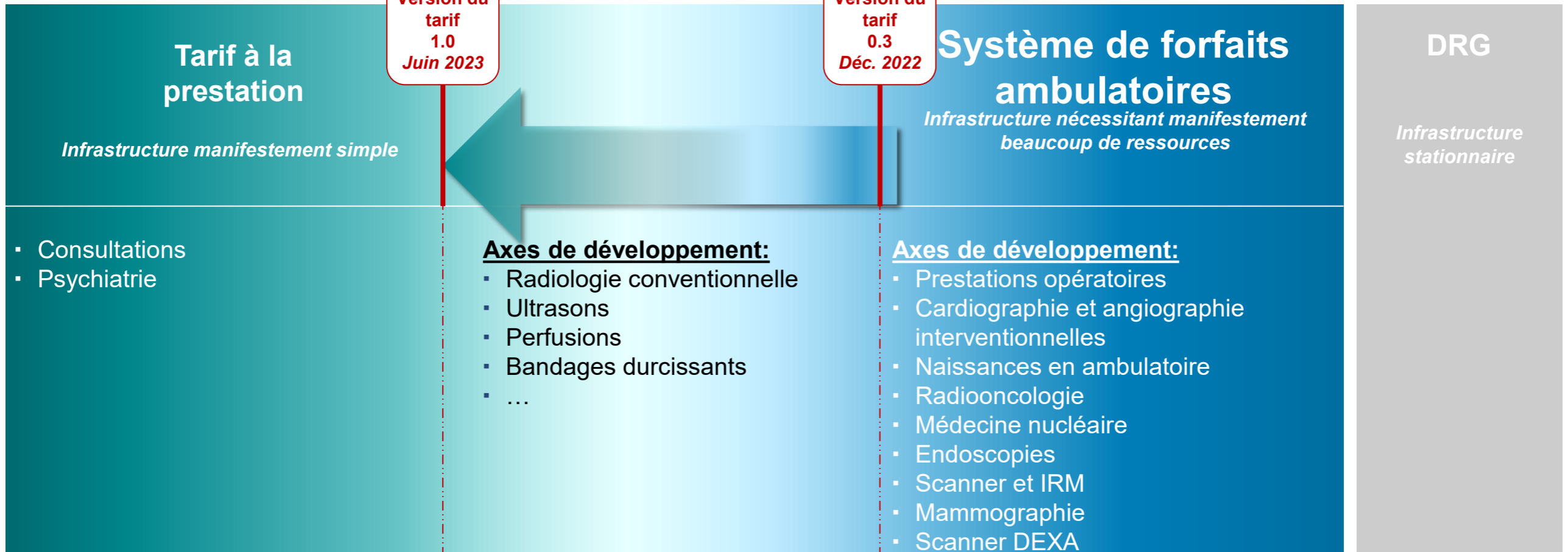
*Dépend des principes de tarification entre tous les partenaires*



Soins médicaux  
ambulatoires  
spécialisés



Secteur stationnaire



# Les forfaits ambulatoires sont dans la dernière ligne droite - coup d'œil prospectif

2020

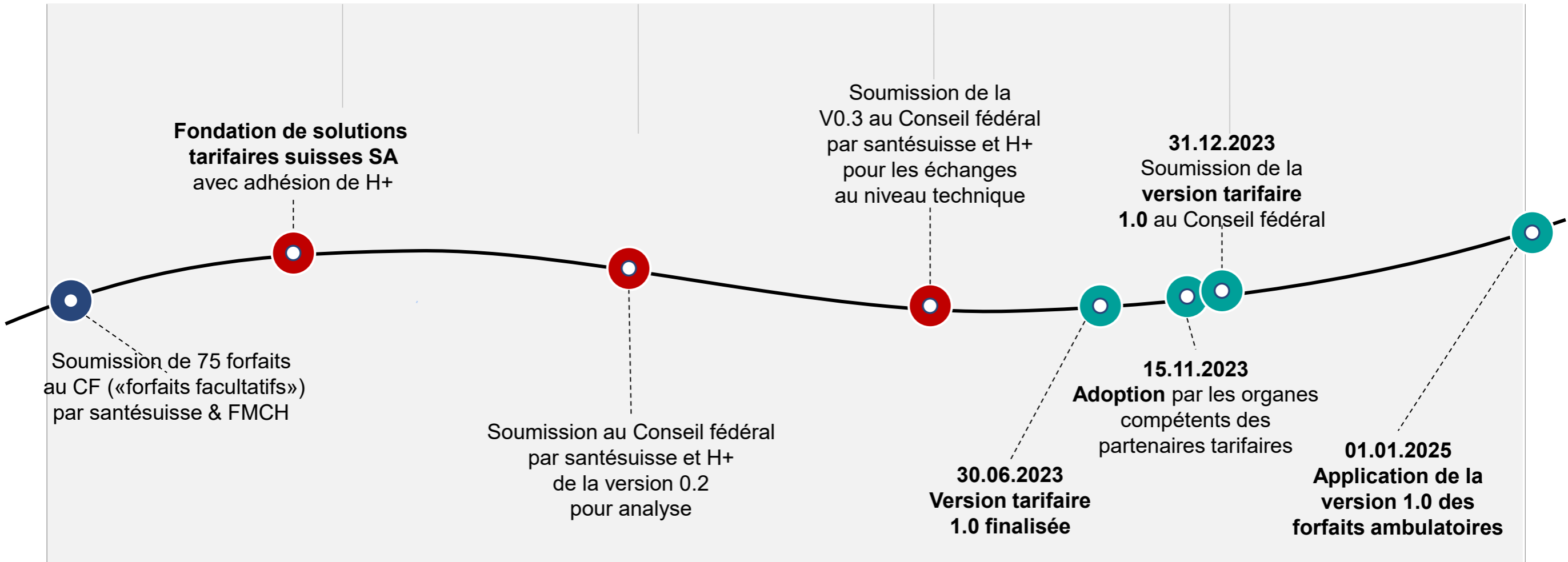
2021

2022

2023

2024

2025



## Stephan Colombo



*Chef de projet  
développement tarifaire, sts  
AG*

## Claudia Geser



*Responsable technique  
Tarifs, H+*

01

Salutation et introduction

02

Entrée en matière et point de la situation

03

**Mécanique de base et interfaces avec TARDOC**

04

Conclusion et suite à donner

# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### Fondements de la structure tarifaire

- B • Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)

- C • Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

Il est question ici de la structure –  
la détermination des prix incombe aux fournisseurs de  
prestations et aux répondants des coûts

## Structure

- Incombe à l'organisation tarifaire compétente.
- Repose sur les données de prestations ambulatoires et de coûts réels.
- Coût relatif.

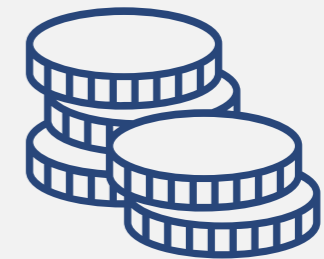


## Prix

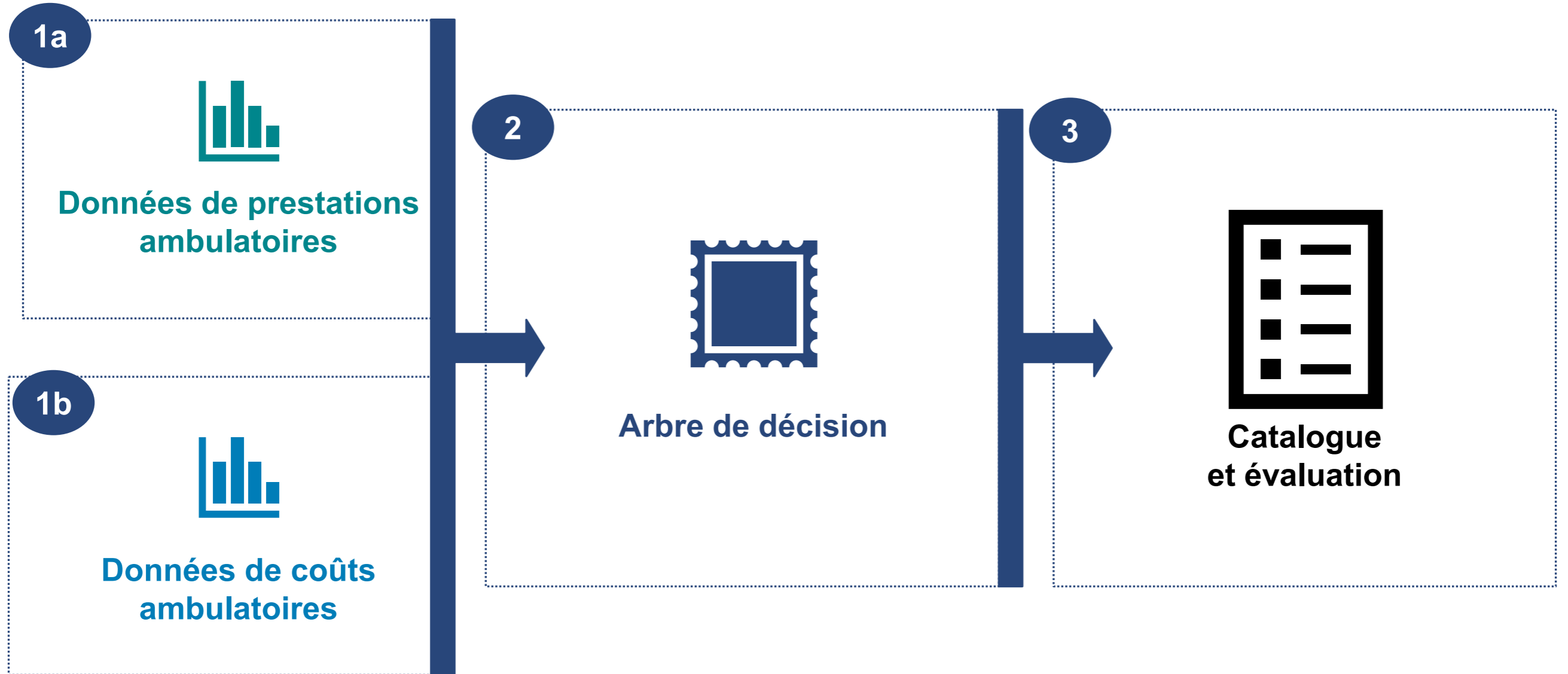
- Leur détermination incombe aux fournisseurs de prestations avec les répondants des coûts (resp. leurs organisations).
- Reposent sur des négociations.
- Montant en francs (prix de base).



## Rémunération



La structure des forfaits ambulatoires est construite de manière analogue à celle des forfaits par cas de SwissDRG et c'est un système de classification reposant sur des données



# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### **Fondements de la structure tarifaire**

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

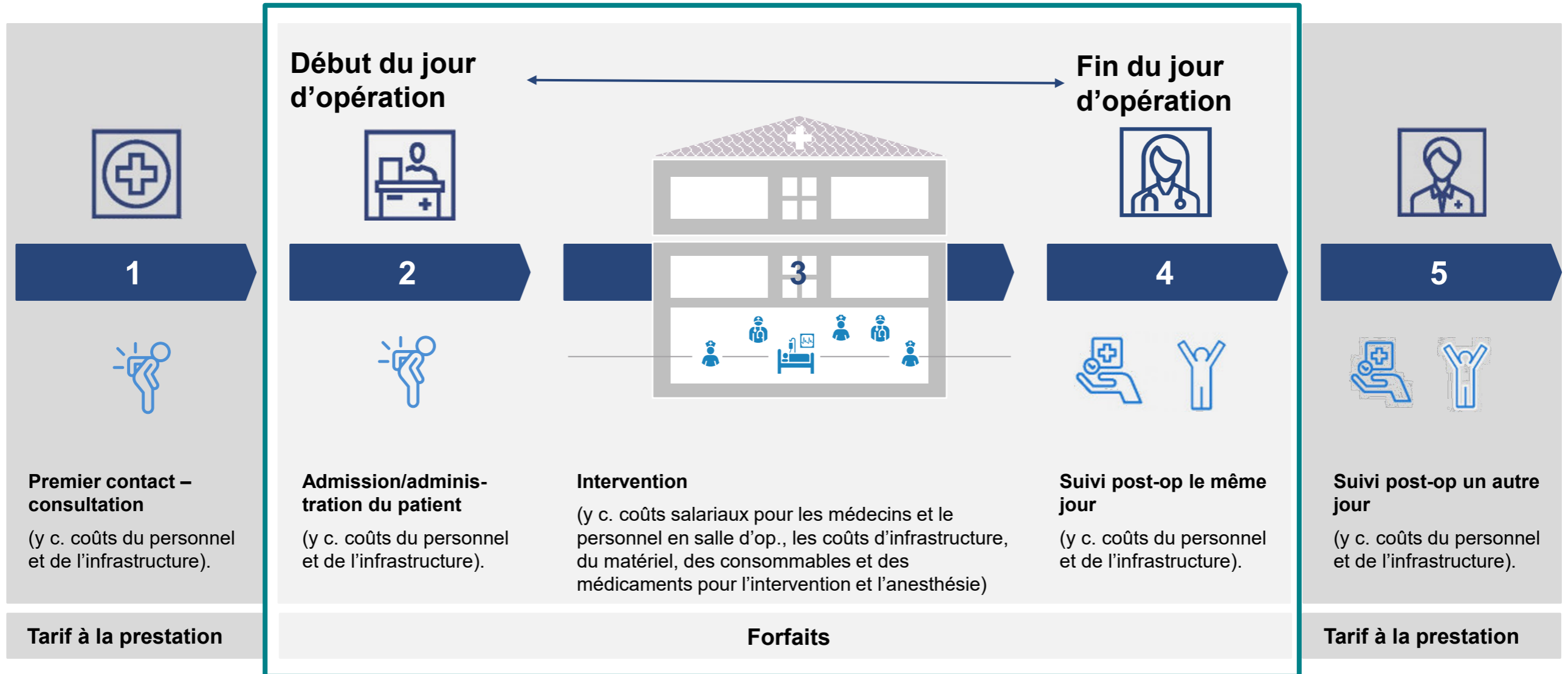
### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

# Les forfaits représentent les prestations d'un jour d'opération et sont définis par le contact-patient





# Traitement sur pied d'égalité des fournisseurs de prestations ambulatoires à l'hôpital et des cabinets médicaux – définition du «fournisseur de prestations en ambulatoire»

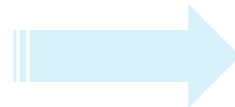


**Médecin**

**OU**



**Spécialité** au sein d'un hôpital ou d'une structure utilisée pour les soins ambulatoires délivrés par des médecins



Une **spécialité** est une:

- unité sous la direction et la responsabilité d'un médecin (titre de spécialiste selon l'ISFM)
- unité de sage-femmes ou de chiropraticiens
- unité d'une discipline fournie sur ordonnance du médecin (paramédical)
- unité qui effectue des transports de patients

## Traitement sur pied d'égalité des fournisseurs de prestations ambulatoires à l'hôpital et des cabinets médicaux – définition du «fournisseur de prestations en ambulatoire»



Mé



### Mise en œuvre technique:

OU



Sp

hô

ut

an

m

- Chaque hôpital doit attribuer ses entités aux spécialités.
- Chaque fournisseur de prestations est attribué à la spécialité correspondante via l'entité où il est employé.
- La prestation saisie est à chaque fois complétée avec la spécialité correspondante, comme les «EO fournissant la prestation».
- La spécialité est pertinente pour le corpus de règles et le contrôle des factures. Elle est transmise avec la facturation.

sponsabilité d'un  
elon l'ISFM)  
chiropraticiens  
ur ordonnance du  
ts de patients

# Définition du contact-patient



1



Premier contact –  
consultation

(y c. coûts du personnel  
et de l'infrastructure).

Tarif à la prestation

**Un contact-patient est défini par la rencontre physique ou oralement à distance entre un patient et un «fournisseur de prestations en ambulatoire». Dans ce cadre, une mesure diagnostique ou thérapeutique est prise par un «fournisseur de prestations en ambulatoire» en faveur d'un patient.**



5



Suivi post-op un autre  
jour

(y c. coûts du personnel  
et de l'infrastructure).

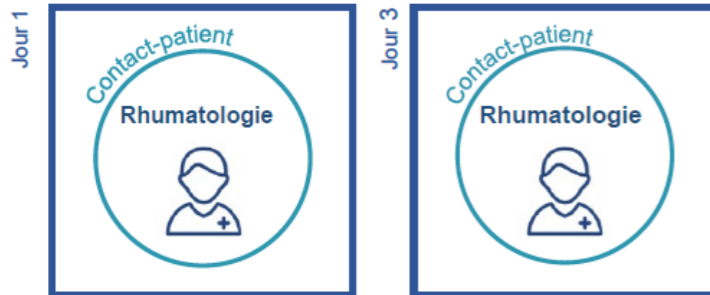
Tarif à la prestation

# D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

## Le contact-patient se rapporte à un seul jour

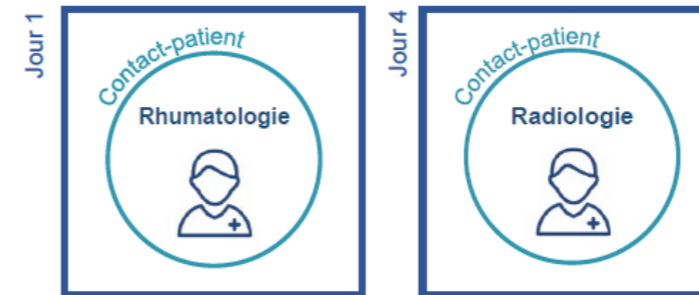
Un patient se rend chez le rhumatologue le jour 1. Compte tenu de son tableau clinique aigu, un contrôle de suivi est réalisé le jour 3.

→ Deux contacts-patients, car les rencontres n'ont pas eu lieu le même jour.



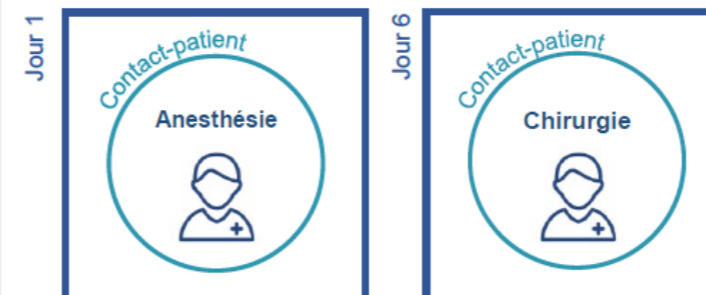
Un rhumatologue prescrit une IRM à une patiente souffrant de maux de dos. L'IRM est réalisée 3 jours plus tard.

→ Deux contacts-patients, car la consultation en rhumatologie et l'acte de radiologie n'ont pas eu lieu le même jour.



Une patiente a une consultation préanesthésique cinq jours avant d'être opérée d'une hernie.

→ Deux contacts-patients, car les prestations des services d'anesthésie et de chirurgie sont fournies à deux dates différentes.



# D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

Der Patientenko

Un rhumatologue prescrit une IRM à une patiente souffrant de maux de dos. L'IRM est



l'acte de radio-

## Mise en œuvre technique:

- Le contact-patient se définit «par jour».

Un patient se rend chez le rhum

aigu, un contrôle de suivi est ré

→ Deux contacts-patients,

Jour 1



Jour 3

re opérée d'une

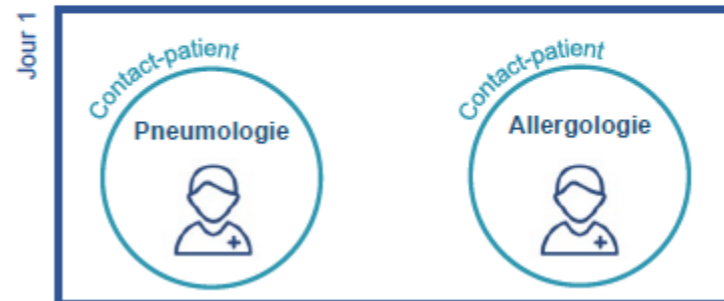
thésie et de chi-

## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

**La spécialité à l'hôpital est considérée  
comme «fournisseur de prestations en  
ambulatoire»**

Un patient en pneumologie se soumet à un contrôle de sa BPCO le matin, puis à un examen allergologique dans le service d'allergologie l'après-midi.

→ Deux contacts-patients, car deux services spécialisés différents sont impliqués (pneu-mologie et allergologie).



## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples



### Mise en œuvre technique:

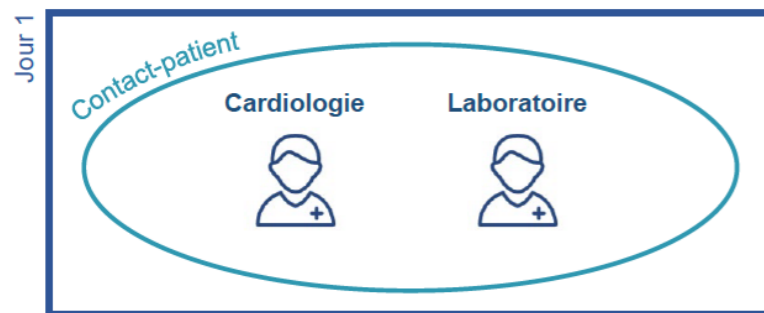
- Le contact-patient se définit «par jour» et «par fournisseur de prestations en ambulatoire»/spécialité.

## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

**Les prestations sur des prélèvements ou des préparations ne correspondent pas à un contact-patient**

Des analyses en laboratoire sont effectuées pour un patient soupçonné de faire un infarctus du myocarde.

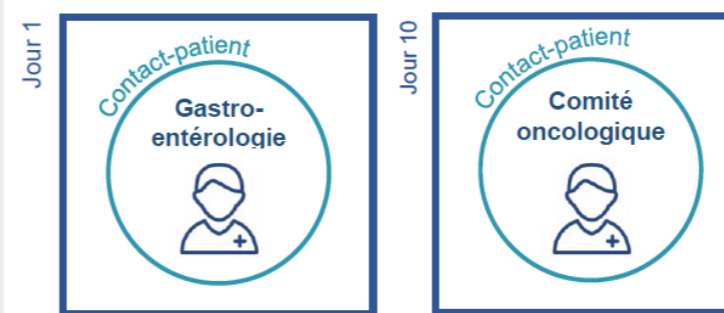
- Un seul contact-patient, car les prestations du laboratoire sont effectuées sur un échantillon et qu'elles sont donc attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



**Les Tumorboard/consiliums/avis correspondent à un contact-patient même en l'absence du patient**

Après une biopsie de gastro-entérologie, un comité oncologique se réunit pour discuter des résultats et définir la suite du traitement. La patiente n'assiste pas à la réunion.

- Deux contacts-patients, la réunion du comité oncologique étant considérée comme un contact-patient distinct.





## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

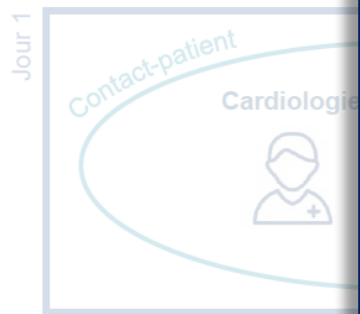


### Mise en œuvre technique:

- Les prestations de laboratoire (liste des analyses) et les prestations de la pathologie sont attribuées au bon contact-patient avec le numéro de demande (entité qui fait la demande), pour autant qu'il s'agisse de prestations sur le prélèvement ou la préparation. Les prestations fournies directement au patient sont considérées en elles-mêmes comme un contact –patient.
- Les comités interdisciplinaires, les avis et les consiliums sont considérés en eux-mêmes comme un contact-patient, même s'ils ont lieu en l'absence du patient.

Des analyses en laboratoire pour un infarctus du myocarde.

→ Un seul contact-patient pour un échantillon et pour la demande de prestations.

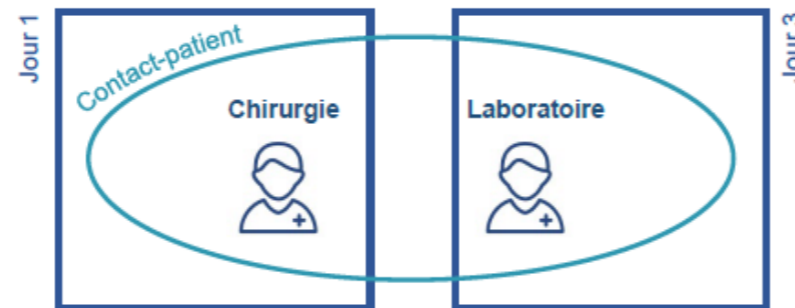


## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

**Des prestations supplémentaires sont attribuées au contact-patient si celles-ci sont étroitement liées au contact-patient.**

Des analyses de laboratoire sont effectuées deux jours après une prise de sang.

→ Un seul contact-patient, car les prestations du laboratoire sont attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples



### Mise en œuvre technique:

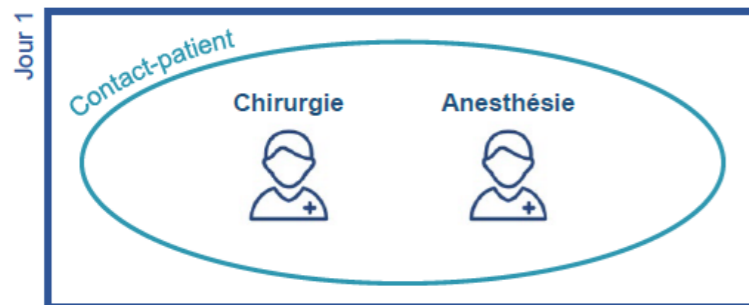
- Les prestations de laboratoire et de la pathologie sont attribuées au bon contact-patient avec le numéro de demande (entité qui fait la demande)
- Ces prestations sont attribuées selon ce principe même si elles sont fournies un autre jour.
- Les attributions ne peuvent se faire que vers l'arrière et non pas vers l'avant.

## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

**Sur un même jour, lorsque les diagnostics relèvent du même capitulum, les contacts-patients sont fusionnés.**

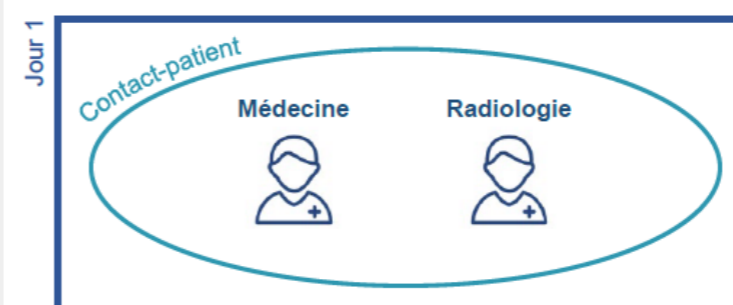
L'anesthésie pratiquée avant une circoncision fait partie intégrante du contact-patient chirurgical.

→ Un seul contact-patient, car les prestations des deux services spécialisés se rapportent au traitement du même diagnostic.



Une radiographie du thorax est effectuée sur une patiente prise en charge en médecine interne pour une suspicion de pneumonie.

→ Un seul contact-patient, car les prestations des deux services spécialisés se rapportent au traitement du même diagnostic.



## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

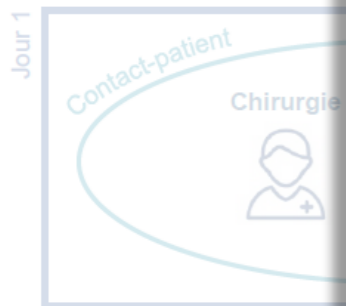
### Mise en œuvre technique:



- Chaque spécialité saisit les prestations qu'elle a fournies au moyen de la CHOP (procédure) et de la CIM (diagnostic). S'il y a plusieurs contacts-patients sur une seule journée, il est vérifié si les diagnostics sont groupés dans le même capitulum. Si tel est le cas, ces contacts sont fusionnés en un (1) seul contact-patient facturable. Sinon, ces contacts-patients restent indépendants .
- Il faut un diagnostic pour chaque contact-patient.
- La vérification peut se faire à la fin de la journée, resp. lorsque toutes les prestations ont été saisies.
- Le codage ambulatoire (CIM/CHOP) se fait pendant ou après le contact-patient.

L'anesthésie pratiquée au  
chirurgical.

→ Un seul contact-p  
rapportent au trait



charge en médecine

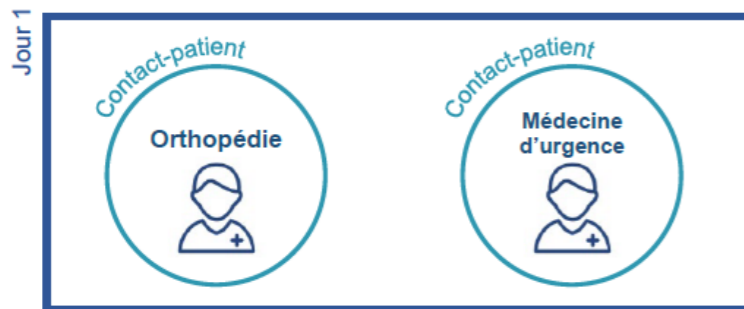
services spécialisés se

## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

**Les contacts-patients émargeant à des assurances sociales différentes ne sont pas fusionnés**

Après un contrôle de suivi d'une prothèse de la hanche effectué le matin en orthopédie, un patient est admis aux urgences dans l'après-midi pour une foulure au pied.

- Deux contacts-patients, car les répondants des coûts sont différents, même si les diagnostics sont associés au même chapitre.

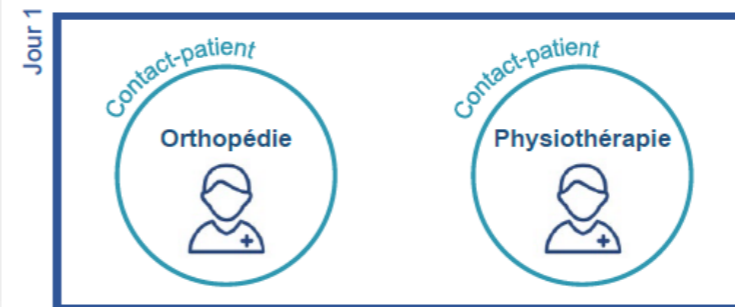


**Les contacts-patients pour des prestations paramédicales ou de transport ne sont pas fusionnés**

Une patiente subit une arthroscopie du genou puis reçoit, le même jour, un premier traitement physio-thérapeutique en clinique de jour.

- Quoique se rapportant au même diagnostic, ces deux contacts-patients ne sont pas groupés, le service de physiothérapie intervenant sur ordonnance d'un médecin.

Attention: le traitement physio-thérapeutique doit faire l'objet d'une prescription de soins ambulatoires.



## D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

Patientenk  
Sozialve



### Mise en œuvre technique:

- Les contacts-patients dont les répondeurs des coûts sont différents (par ex. AA et AOS) entraînent des cas administratifs différents, comme auparavant.
- Les contestations en raison d'un répondeur des coûts erroné (par ex. AI plutôt qu'AOS) doivent être faciles à résoudre.
- Les prestations paramédicales (physio, ergo, logo...) et les transports (primaires et secondaires) sont toujours rémunérées séparément.

Après un contrôle de suivi  
un patient est admis aux u

→ Deux contacts-pat  
les diagnostics so

Jour 1

Contact-patient

Orthopédie



zin und

me jour, un premier

acts-patients ne sont  
ordonnance d'un mé-

une prescription de

# Hiérarchie des décisions sur le plan technique

## Mise en œuvre technique (hypothèse de travail):



### 1. Répondant des coûts

### 2. Jour

### 3. Spécialité

### 4. Cas particuliers de la spécialité

- Secteur paramédical → facturation
- Transport → facturation

### 5. Cas particuliers des spécialités médicales

- Avis/consilium/Board interdisciplinaire → contact-patient
- Rapports exigés par l'AOS → facturation
- Laboratoire et pathologie avec numéro de demande → attribuer
- Prestation en l'absence du patient plus 30 jours, max. jusqu'au prochain contact-patient → attribuer
- Rapport (date) → attribuer

### 6. Contrôle de diagnostic

- Même capitulum → fusion → facturation



**Chaque  
contact-patient est  
facturé au moyen d'un  
forfait ambulatoire ou  
du tarif à la prestation.**

**Il n'y a pas  
de forme mixte**



## Mise en œuvre technique:

1. Saisie des prestations / codage ambulatoire
2. Définition du contact-patient
3. Définition de la structure tarifaire
4. Application du corpus de règles en vigueur
5. Facturation

# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### **Fondements de la structure tarifaire**

## **B**

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

## **C**

- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## **D** Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

# Conception sur la base de ce qui a fait ses preuves pour le stationnaire: données de prestations et de coûts réels

**Prestations**  
=  
**Données de facturation**



**Coûts**  
=  
**Coûts des cas ambulatoires selon REKOLE**

Patientenkontakt

Behandlungsjahr	FallID	Alter	Geschlecht	Diagnose	Tarif	Tarifposition	Menge	TPW	Betrag
2019	25A87F4	58	1		001	00.0141	3	.92	10.27
2019	25A87F4	58	1		940	7612929050917	1	0	3.55
2019	25A87F4	58	1		402	7680470000255	1	0	.85
2019	25A87F4	58	1		001	08.3355	1	.92	125.5
2019	25A87F4	58	1		402	7680623970015	1	0	1010.2
2019	25A87F4	58	1		940	940	1	0	8.95
2019	25A87F4	58	1		001	35.0030	1	.92	136.1
2019	25A87F4	58	1		940	940	1	0	22.85
2019	25A87F4	58	1		402	7680520730491	1	0	.25
2019	25A87F4	58	1		452	940	2	0	6.25
2019	25A87F4	58	1		001	35.0210	1	.92	59.78
2019	25A87F4	58	1		452	940	1	0	3.55

Behandlungsdatum

DRG

Documentation zur SwissDRG Datenerhebung 2020 (Daten 2019)

Anhang D Fallkostendeckelung gemäß REKOLE\* Kostenträgerausweis (FK-Date)

Nr	Variante	Bezeichnung	Menge	Preis	Netto	Brutto
1	year	Datensatz				
1	+005	Anästhetikum	400			
4	+050	Blut und Blutprodukte	400			
5	+090	Medizinisches Material	405			
6	+096	Implantat	402			
7	+005	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdstoffen (inkl. Zelltherapie)	405			
8	+006	Arztbesuchsaufwand (nicht sozialversicherungspflichtig)	405			
9	+027	Arztbesuchsaufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380			
10	+028	Arztbesuchsaufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381			
11	+009	Patientenempfang nach DRG	480			
12	+010	Übrige patientenbezogener Fremdstoffen	485			
13	+011	Übrige Ausgaben für Patienten	486			
14	+020	Patientenadministration, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
15	+021	Patientenadministration, ANK	(20)			
16	+022	OP-Saal, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
17	+021	OP-Saal, ANK	(20)			
18	+023	Arztbesuchen des OP-Saals - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
19	+023	Arztbesuchen des OP-Saals - Assistieren Gs, ANK	(20)			
20	+020	Anästhesie, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
21	+021	Anästhesie, ANK	(20)			
22	+020	Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
23	+021	Intensivpflege (IPS), ANK	(20)			
24	+022	Arztbesuchen der PS - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
25	+022	Arztbesuchen der PS - Assistieren Gs, ANK	(20)			
26	+020	Anerkennung Intermediate Care Stellen (IMCS), Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
27	+020	Anerkennung Intermediate Care Stellen (IMCS), ANK	(20)			
28	+020	Arztbesuchen der MZU - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
29	+020	Arztbesuchen der MZU - Assistieren Gs, ANK	(20)			
30	+020	Nurfall, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			

FallID  
Medikamente  
Implantat  
OP-Saal  
Anästhesie

DRG

Documentation zur SwissDRG Datenerhebung 2020 (Daten 2019)

Nr	Variante	Bezeichnung	Menge	Preis	Netto	Brutto
31	+021	Nurfall, ANK	(20)			
32	+022	Arztbesuchen des Notfalls - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
33	+022	Arztbesuchen des Notfalls - Assistieren Gs, ANK	(20)			
34	+020	Blutgebende Verfahren, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
35	+020	Blutgebende Verfahren, ANK	(20)			
36	+020	Gebäurde, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
37	+021	Gebäurde, ANK	(20)			
38	+022	Arztbesuchen des Gebäurde - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
39	+022	Arztbesuchen des Gebäurde - Assistieren Gs, ANK	(20)			
40	+020	Nuklearmedizin und Radioisotope, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
41	+020	Nuklearmedizin und Radioisotope, ANK	(20)			
42	+020	Labor, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
43	+020	Labor, ANK	(20)			
44	+030	Dialyse, Gemeinkosten excl. ANK	(30)			
45	+030	Dialyse, ANK	(30)			
46	+030	Arztbesuchen, Assistieren 1-5, Gemeinkosten excl. ANK	(30)			
47	+031	Arztbesuchen, Assistieren 1-5, ANK	(30)			
48	+020	Physiotherapie, Gemeinkosten excl. ANK	(20)			
49	+021	Physiotherapie, ANK	(20)			
50	+030	Ergotherapie, Gemeinkosten excl. ANK	(30)			
51	+031	Ergotherapie, ANK	(30)			
52	+040	Logistik, Gemeinkosten excl. ANK	(40)			
53	+040	Logistik, ANK	(40)			
54	+050	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten excl. ANK	(50)			
55	+050	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK	(50)			
56	+060	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten excl. ANK	(60)			
57	+061	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK	(60)			
58	+062	Arztbesuchen der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Assistieren Gs, Gemeinkosten excl. ANK	(60)			
59	+063	Arztbesuchen der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Assistieren Gs, ANK	(60)			
60	+070	Pflege, Gemeinkosten excl. ANK	(70)			
61	+071	Pflege, ANK	(70)			
62	+080	Medizinischer Zimmers, Gemeinkosten excl. ANK	(80)			
63	+081	Medizinischer Zimmers, ANK	(80)			
64	+090	Medizinische Küche, Gemeinkosten excl. ANK	(90)			
65	+091	Medizinische Küche, ANK	(90)			
66	+000	Medizinischer Service, Gemeinkosten excl. ANK	(00)			

# Sur la base de ce qui a fait ses preuves en stationnaire: données réelles de coûts et de prestations

Daten a

## Mise en œuvre technique:



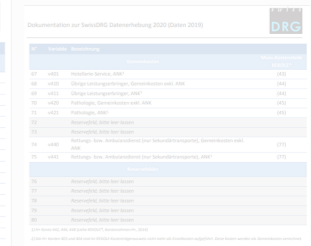
ss REKOLE

- Il y a une livraison annuelle des cas ambulatoires au format SwissDRG/OFS
- Les coûts doivent être ajustés par forfait ambulatoire. Cela signifie soit qu'un (1) cas administratif est géré par forfait ambulatoire ou que l'ajustement des coûts est établi sur un cas portant sur plusieurs jours.

## Partie 2:

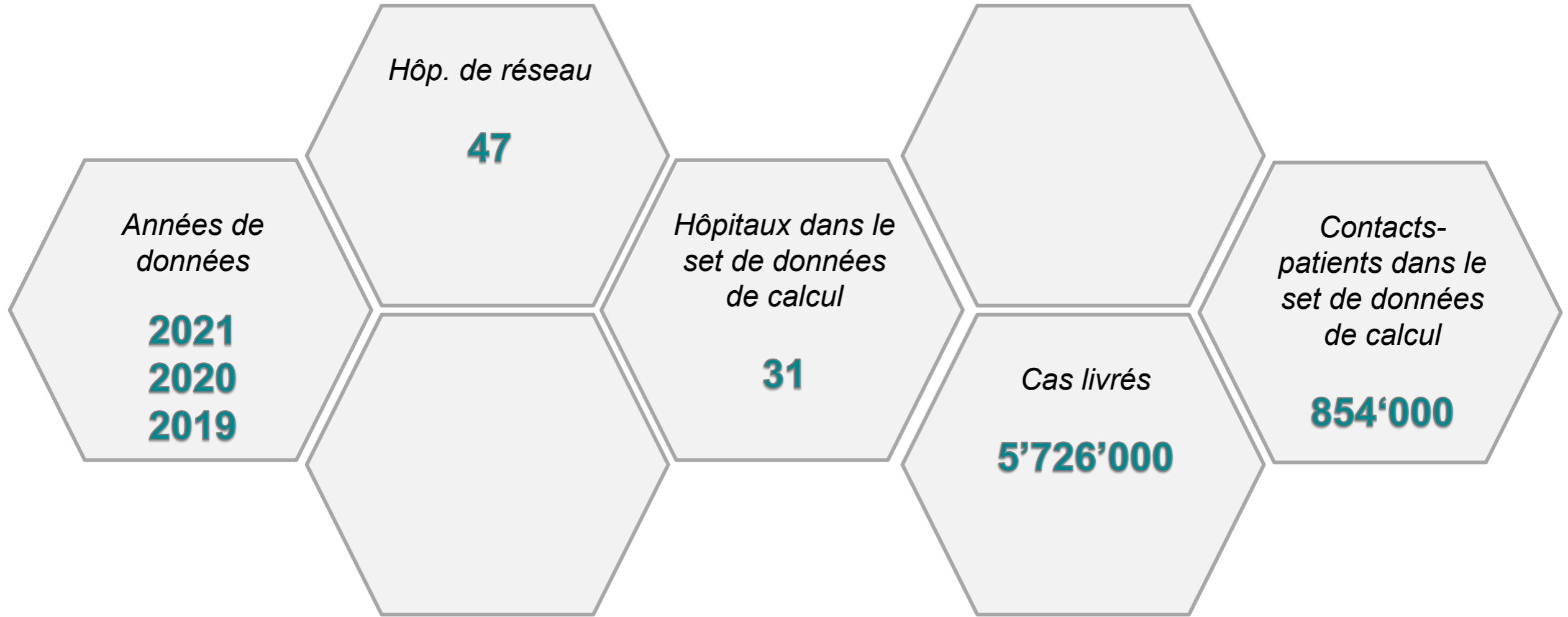
## Gestion du cas

Patientenkontakt	Behandlungsjahr	FallID	Alter	Geschle
	2019	25A87F4	58	1
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	
2019	25A87F4	58	1	



DRG	DRG-Name	DRG-Code	DRG-Preis
01	Keine DRG	01	0,00
02	Keine DRG	02	0,00
03	Keine DRG	03	0,00
04	Keine DRG	04	0,00
05	Keine DRG	05	0,00
06	Keine DRG	06	0,00
07	Keine DRG	07	0,00
08	Keine DRG	08	0,00
09	Keine DRG	09	0,00
10	Keine DRG	10	0,00
11	Keine DRG	11	0,00
12	Keine DRG	12	0,00
13	Keine DRG	13	0,00
14	Keine DRG	14	0,00
15	Keine DRG	15	0,00
16	Keine DRG	16	0,00
17	Keine DRG	17	0,00
18	Keine DRG	18	0,00
19	Keine DRG	19	0,00
20	Keine DRG	20	0,00
21	Keine DRG	21	0,00
22	Keine DRG	22	0,00
23	Keine DRG	23	0,00
24	Keine DRG	24	0,00
25	Keine DRG	25	0,00
26	Keine DRG	26	0,00
27	Keine DRG	27	0,00
28	Keine DRG	28	0,00
29	Keine DRG	29	0,00
30	Keine DRG	30	0,00
31	Keine DRG	31	0,00
32	Keine DRG	32	0,00
33	Keine DRG	33	0,00
34	Keine DRG	34	0,00
35	Keine DRG	35	0,00
36	Keine DRG	36	0,00
37	Keine DRG	37	0,00
38	Keine DRG	38	0,00
39	Keine DRG	39	0,00
40	Keine DRG	40	0,00
41	Keine DRG	41	0,00
42	Keine DRG	42	0,00
43	Keine DRG	43	0,00
44	Keine DRG	44	0,00
45	Keine DRG	45	0,00
46	Keine DRG	46	0,00
47	Keine DRG	47	0,00
48	Keine DRG	48	0,00
49	Keine DRG	49	0,00
50	Keine DRG	50	0,00
51	Keine DRG	51	0,00
52	Keine DRG	52	0,00
53	Keine DRG	53	0,00
54	Keine DRG	54	0,00
55	Keine DRG	55	0,00
56	Keine DRG	56	0,00
57	Keine DRG	57	0,00
58	Keine DRG	58	0,00
59	Keine DRG	59	0,00
60	Keine DRG	60	0,00
61	Keine DRG	61	0,00
62	Keine DRG	62	0,00
63	Keine DRG	63	0,00
64	Keine DRG	64	0,00
65	Keine DRG	65	0,00
66	Keine DRG	66	0,00
67	Keine DRG	67	0,00
68	Keine DRG	68	0,00
69	Keine DRG	69	0,00
70	Keine DRG	70	0,00
71	Keine DRG	71	0,00
72	Keine DRG	72	0,00
73	Keine DRG	73	0,00
74	Keine DRG	74	0,00
75	Keine DRG	75	0,00
76	Keine DRG	76	0,00
77	Keine DRG	77	0,00
78	Keine DRG	78	0,00
79	Keine DRG	79	0,00
80	Keine DRG	80	0,00
81	Keine DRG	81	0,00
82	Keine DRG	82	0,00
83	Keine DRG	83	0,00
84	Keine DRG	84	0,00
85	Keine DRG	85	0,00
86	Keine DRG	86	0,00
87	Keine DRG	87	0,00
88	Keine DRG	88	0,00
89	Keine DRG	89	0,00
90	Keine DRG	90	0,00
91	Keine DRG	91	0,00
92	Keine DRG	92	0,00
93	Keine DRG	93	0,00
94	Keine DRG	94	0,00
95	Keine DRG	95	0,00
96	Keine DRG	96	0,00
97	Keine DRG	97	0,00
98	Keine DRG	98	0,00
99	Keine DRG	99	0,00
100	Keine DRG	100	0,00

# Chiffres clés pour la base de données



# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### **Fondements de la structure tarifaire**

## **B**

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

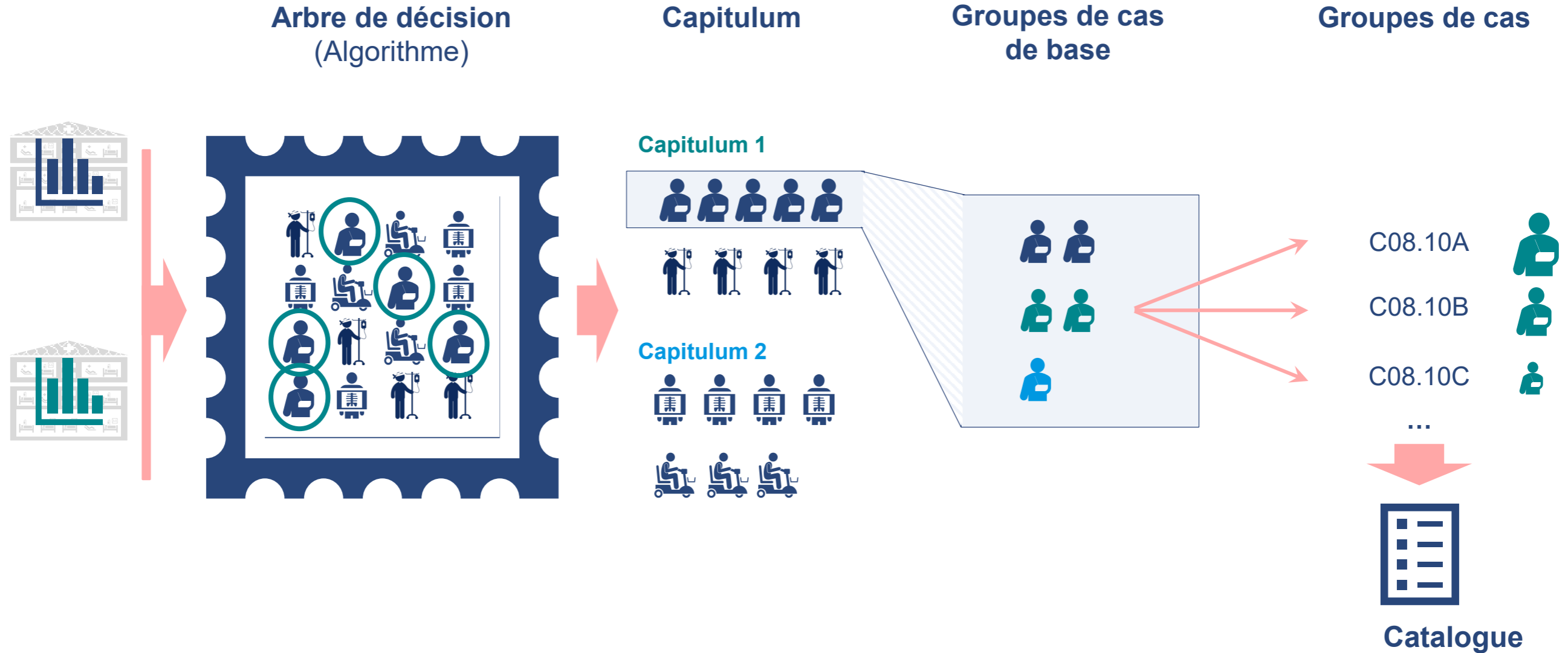
## **C**

- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

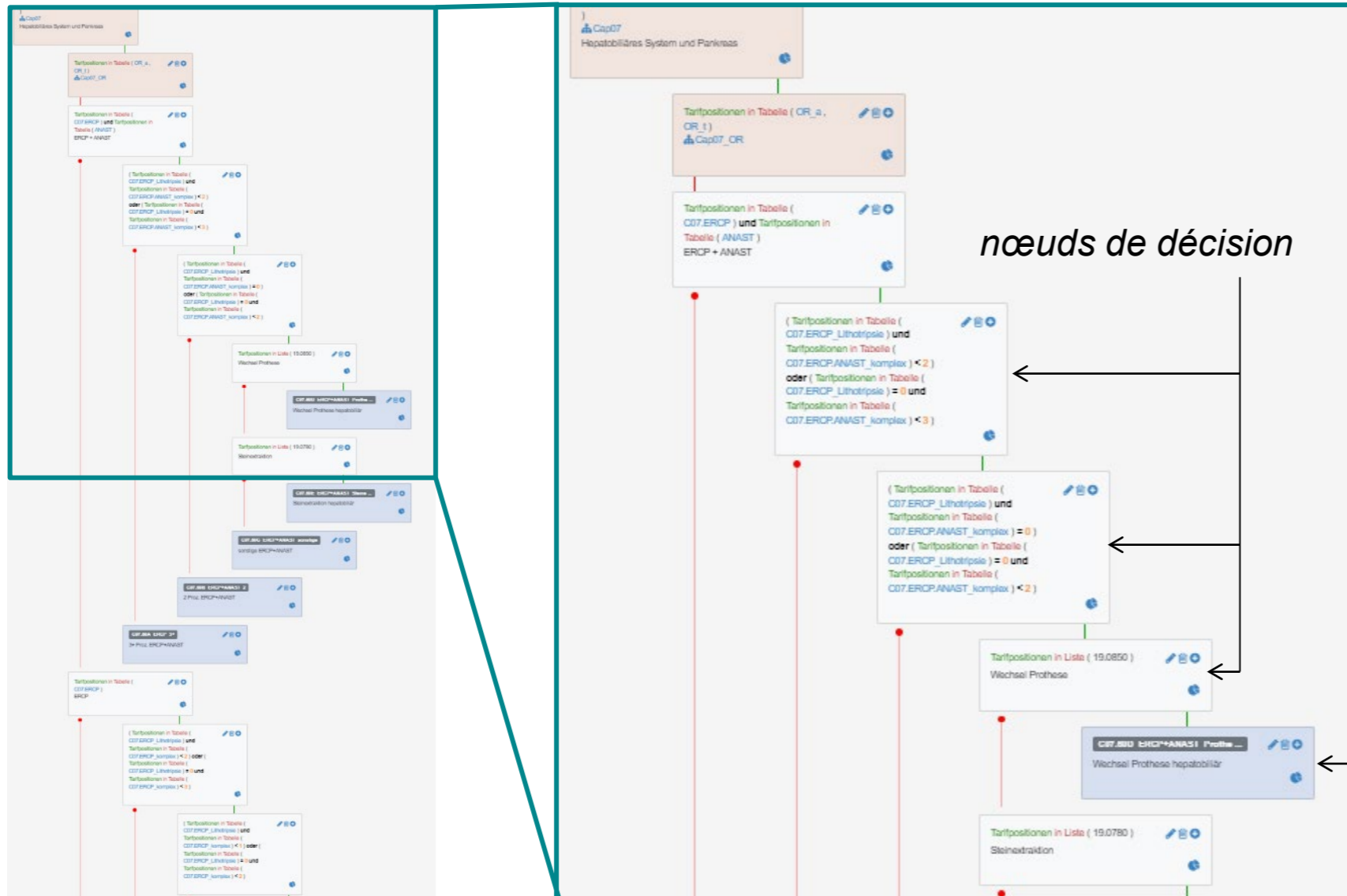
## **D** Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

# La logique de l'arbre de décision définit dans quels groupes sont classés les différents cas de patients







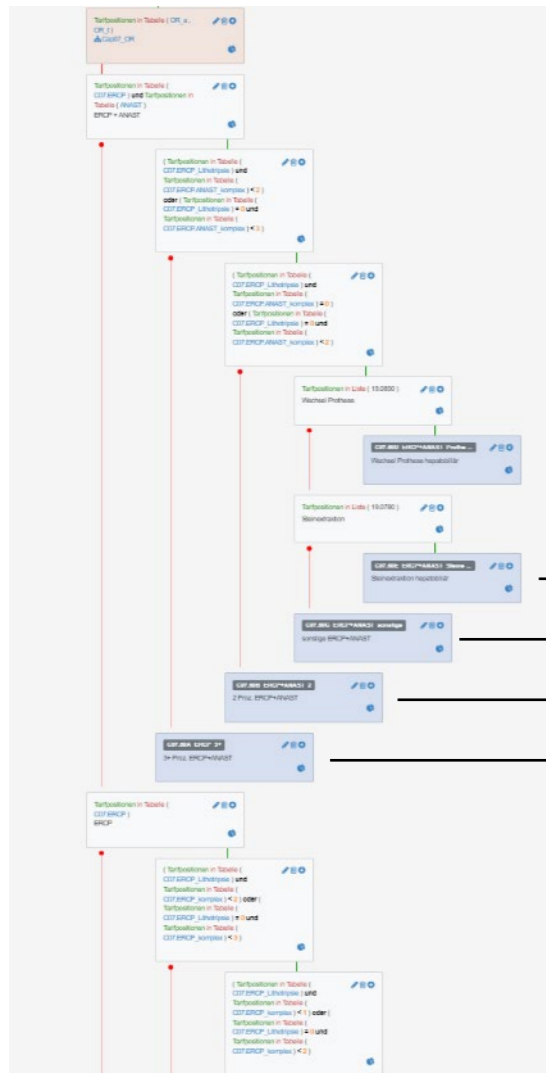
### Logique de l'arbre de décision:

- Algorithmes sur la base de nœuds de décision afin de grouper les cas
- **Adaptation et affinement** possibles en continu
- Perfectionnement et restructuration de **domaines partiels**
- Flexibilité élevée, progrès rapides

# Coup d'œil dans l'atelier

L'arbre de la logique de décision à la nomenclature: catalogue de forfaits ambulatoires

## Logique de l'arbre de décision



Groupe de cas

## Catalogue de forfaits ambulatoires

Cap08: Muskuloskelettal-System und Bindegewebe	
C08.00A	Amputation mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C08.00B	Amputation
C08.01Z	Eingriffe bei Deformitäten v. Hand u. Fuss
C08.02Z	Eingriffe bei sonstigen Knochentumoren
C08.05A	Vertebroplastik, perkutan
C08.05B	Wirbelpunktion, perkutan u. sonstige Eingriffe an der Wirbelsäule
C08.08Z	Offene Knochenbiopsie, Transplantat- u. Implantatentnahme an Knochen u. Knorpel
C08.10Z	Sonstige Eingriffe an Gesichtsschädelknochen
C08.20A	Arthroplastik u. Prothese der oberen Extremität od. Hüfte
C08.20B	Resektion an ossären Strukturen mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C08.20C	Resektion an ossären Strukturen od. Arthroplastik u. Prothese d. unteren Extremität
C08.21A	Osteotomie an Radius u. Ulna
C08.21B	Arthrotomie an Clavicula od. Osteotomie an Fuss
C08.21C	Arthro- od. Osteotomie an Knie, Sprunggelenk, Humerus od. Fuss/Zehen mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C08.21D	Arthro- od. Osteotomie an sonstigen Lokalisationen
C08.22A	Arthrodese an oberer Extremität u. Fuss (ausser Zehen) od. Epiphysiodese
C08.22B	Arthrodese an Zehen u. an sonstigen Lokalisationen
C08.25A	Arthroskopie an Kiefer-/Hüftgelenk, Hand, Ellenbogen od. Schulter
C08.25B	Arthroskopie an Sprunggelenk u. an sonstigen Lokalisationen
C08.26A	Kniearthroskopie mit Versorgung v. Kreuzband od. Meniskus u. a. aufwändige Eingriffe
C08.26B	Gelenkszyste, Mikrofrakturierung, Spüldrainage u. OSME bei Kniearthroskopie
C08.26C	Sonstige Massnahmen bei Kniearthroskopie
C08.30A	Behandlung v. Fraktur an Gesichtsschädelknochen
C08.30B	Behandlung v. Fraktur od. Luxation an Clavicula, Scapula, Radius, Ulna u. Patella
C08.30C	Behandlung v. Fraktur od. Luxation an Handwurzel (komplex) od. Finger mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C08.30D	Behandlung v. Fraktur od. Luxation an Tibia, Fibula, Sprunggelenk, Becken/ISG, Femur, Humerus u. v. Schulterluxation
C08.30E	Behandlung v. Fraktur od. Luxation an Zehen u. Fusswurzel od. an Handwurzel (einfach) mit Anästh. Anästhesist/in
C08.30F	Behandlung v. Fraktur od. Luxation an sonstiger Lokalisation
C08.33A	OSME an Femur (komplex)
C08.33B	OSME an Tibia, Fibula, Clavicula, Scapula od. Becken/ISG
C08.33C	OSME an Humerus, Femur (einfach), Patella, OSG/USG, Unterarm, Hand/Finger od. Metatarsus/Zehen
C08.33D	OSME an Sternum u. sonstigen Lokalisationen od. Spickdrahtentfernung
C08.35A	Eingriffe an Weichteilen der Schulter od. Naht an Bändern d. Fusses
C08.35B	Eingriffe an Weichteilen des Arms, Beins od. Unterschenkels
C08.35C	Eingriffe an Weichteilen des Fusses u. Eingriffe an Weichteilen sonstiger Lokalisation
C08.35D	Exzision v. Bursa an Hüfte u. Knie

# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### Fondements de la structure tarifaire

## B

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

## C

- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

# Répartition en capitula

Groupe de cas	Titre	Poids des coûts
I	II	III
Prä-Cap		
Cap01: Système nerveux		
Cap02: Œil		
Cap03: Oreille, nez, bouche et cou		
Cap04: Organes respiratoires		
Cap05: Système circulatoire		
Cap06: Système digestif		
Cap07: Système hépato-biliaire et pancréas		
Cap08: Système musculo-squelettique et tissu conjonctif		
Cap09: Peau, tissus sous-cutané et glande mammaire		
Cap10: Organes endocriniens		
Cap11: Organes urinaires		
Cap12: Organes génitaux masculins		
Cap13: Organes génitaux féminins		
Cap14: Grossesse et accouchement		
Cap22: Brûlures		
Cap23: Autre recours aux soins de santé		
Cap30: Imagerie		
Autres forfaits		
Forfaits en cas d'erreur		

# Le catalogue des forfaits ambulatoires représente tous les groupes de cas

- Le catalogue comporte ~500 groupes de cas, qui sont décrits au moyen d'un **titre**
- Les groupes de cas sont identifiés par un **code alphanumérique à six caractères** et un titre
- Le **coût relatif** est donné pour chaque groupe de cas

Stand: 24.11.2022  
Version: 0.3

### Katalog ambulante Pauschalen

Fallgruppe	Titel	Kostengewicht
I	II	III
C06.50C	Exz. v. Analfissur od. Marisken u. Gummibandligatur v. Hämorrhoiden	1.322
C06.50D	Exzision v. Hämorrhoiden	0.810
<b>Cap07</b>		
C07.10Z	Laparoskopische Cholezystektomie	15.494
C07.50Z	Perkutane Leberbiopsie	3.543
C07.55A	Perkutane transhepatische Cholangiographie mit Drainage/Dilatation, Prothese od. CT-/MRI-Bildgebung	6.200
C07.55B	Sonstige perkutane transhepatische Cholangiographie	2.166
C07.60A	Echokomplexe ERCP	21.203
C07.60B	ERCP mit mehreren Eingriffen am hepatobiliären System, mit Anästhesie d. Anästhesist/in	12.103
C07.60C	ERCP mit mehreren Eingriffen am hepatobiliären System	10.821
C07.60D	ERCP mit Wechsel einer Prothese mit Anästhesie d. Anästhesist/in	9.828
C07.60E	ERCP mit Steinextraktion mit Anästhesie d. Anästhesist/in	8.941
C07.60F	ERCP mit Einlage einer Prothese	8.189
C07.60G	Sonstige ERCP mit Anästhesie d. Anästhesist/in	7.671
C07.60H	ERCP mit Wechsel einer Prothese, Dilatation od. transpapillärer Cholangio-/Pankreatikoskopie	7.138
C07.60I	ERCP mit Papillotomie od. Biopsie	5.446
C07.60J	Sonstige ERCP	8.264
<b>Cap08</b>		
C08.00A	Amputation mit Anästhesie d. Anästhesist/in	7.681
C08.00B	Amputation	2.977
C08.01Z	Eingriffe bei Deformitäten v. Hand u. Fuss	9.770
C08.02Z	Eingriffe bei sonstigen Knochentumoren	9.023
C08.05A	Vertebroplastik, perkutan	11.475
C08.05B	Wirbelpunktion, perkutan u. sonstige Eingriffe an der Wirbelsäule	4.847
C08.08Z	Offene Knochenbiopsie, Transplantat- u. Implantatentnahme an Knochen u. Knorpel	8.580
C08.10A	Komplexe (kiefer-) chir. Eingriffe an Gesichtsschädelknochen	21.908
C08.10B	Sonstige (kiefer-) chir. Eingriffe an Gesichtsschädelknochen	13.112
C08.10C	Einfache (kiefer-) chir. Eingriffe an Gesichtsschädelknochen	4.749
C08.20A	Arthroplastik u. Prothese der oberen Extremität od. Hüfte	23.901
C08.20B	Resektion an ossären Strukturen mit Anästhesie d. Anästhesist/in	7.256
C08.20C	Resektion an ossären Strukturen od. Arthroplastik u. Prothese d. unteren Extremität	3.987
C08.21A	Osteotomie an Radius u. Ulna	18.157
C08.21B	Arthrotomie an Clavicula od. Osteotomie an Fuss	9.728



# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### Fondements de la structure tarifaire

## B

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

## C

- Catalogue
  - **Évaluation**
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

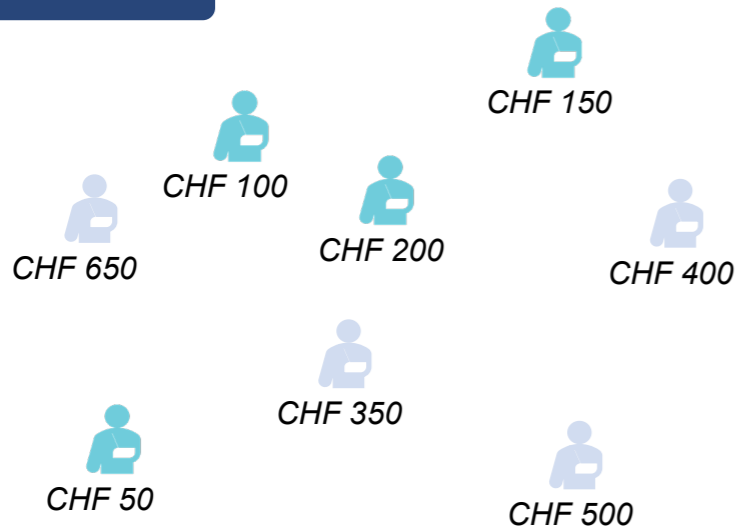
---

# Les forfaits sont évalués avec le coûts relatif – les coûts moyens de tous les cas sont nécessaires pour le calcul

$$\text{Coûts moyens} = \frac{\text{Somme des coûts de tous les cas}}{\text{Nombres de cas}}$$

## Calcul du coût relatif

### Tous les cas



Somme des coûts de tous les cas [CHF]  $100 + 150 + 650 + 200 + 50 + 350 + 500 + 400 =$   
**2'400**

Nombre de cas **8**

Coûts moyens (ensemble des cas)  $\text{CHF } 2'400 / 8 =$  **CHF 300**

Coût relatif moyen **1**

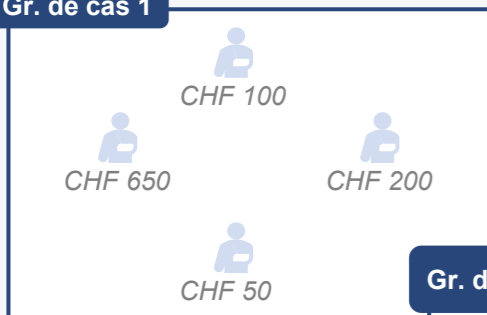


# Le coût relatif peut être déterminé pour tous les groupes de cas

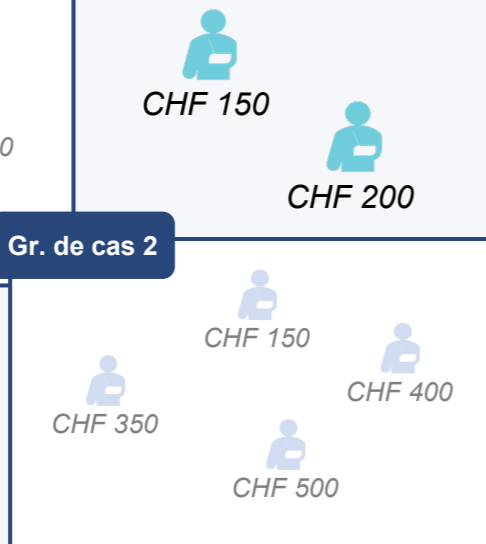
$$\text{Coût relatif du groupe de cas} = \frac{\text{Coûts moyens groupe de cas X}}{\text{Coûts moyens ensemble des cas}}$$

## Calcul du coût relatif

Gr. de cas 1



Gr. de cas 2



	Groupe de cas 1	Groupe de cas 2
Somme des coûts	CHF 100 + CHF 650 + CHF 50 + CHF 200 = <b>CHF 1'000</b>	CHF 150 + CHF 350 + CHF 500 + CHF 400 = <b>CHF 1'400</b>
Nombre de cas	4	4
Coûts moyens	CHF 1'000 / 4 = <b>CHF 250</b>	CHF 1'400 / 4 = <b>CHF 350</b>
Coût relatif	CHF 250 / CHF 300 = <b>0.83</b>	CHF 350 / CHF 300 = <b>1.17</b>

# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### Fondements de la structure tarifaire

## B

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

### **Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)**

## C

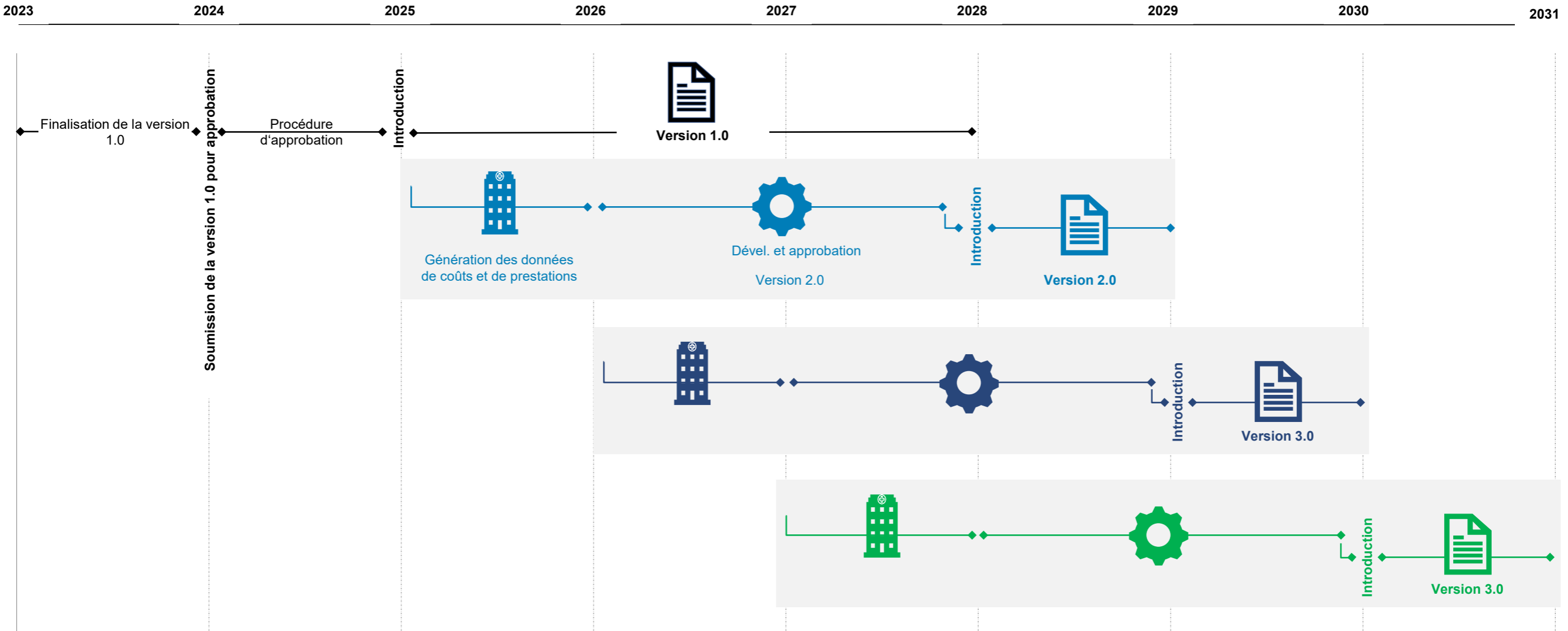
- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

---

# Un perfectionnement continu garantit l'actualité de la structure tarifaire\*

(Remarque: la présentation est schématisée pour l'illustration. Des écarts sont possibles dans l'échelonnement effectif.)

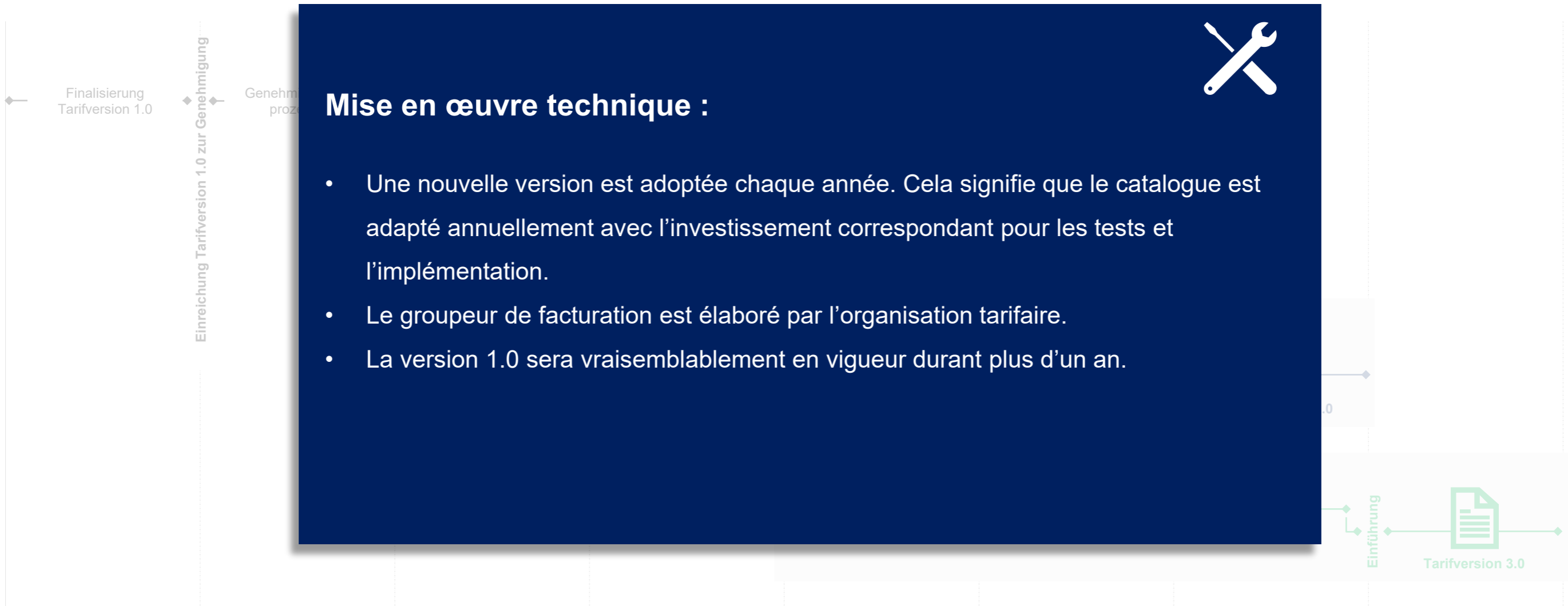


\*Remarque: la présentation est schématisée pour l'illustration. Des écarts sont possibles dans l'échelonnement effectif.

# Un perfectionnement continu garantit l'actualité de la structure tarifaire

(Remarque: la présentation est schématisée pour l'illustration. Des écarts sont possibles dans l'échelonnement effectif.)

2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031



# Ce qui a fait ses preuves dans le secteur stationnaire

Les utilisateurs pourront apporter chaque année leurs remarques pour l'actualisation du tarif



Demandes des partenaires  
tarifaires



Examen par l'organisation tarifaire



Perfectionnement du tarif

# Ce qui a fait ses preuves dans le secteur stationnaire

Les utilisateurs pourront apporter chaque année leurs remarques pour l'actualisation du tarif



Anträge durch



## Mise en œuvre technique:

- Des modifications sont apportées 1x par an sur la base de la procédure de demande. Il n'est pas prévu de procéder à des modifications en cours d'année.
- Les clients veulent pouvoir faire des évaluations et des analyses.

ung

# Aperçu du contenu

---

## A Contexte

---

### Fondements de la structure tarifaire

- Contact-patient
  - Données
  - Arbre de décision
- 

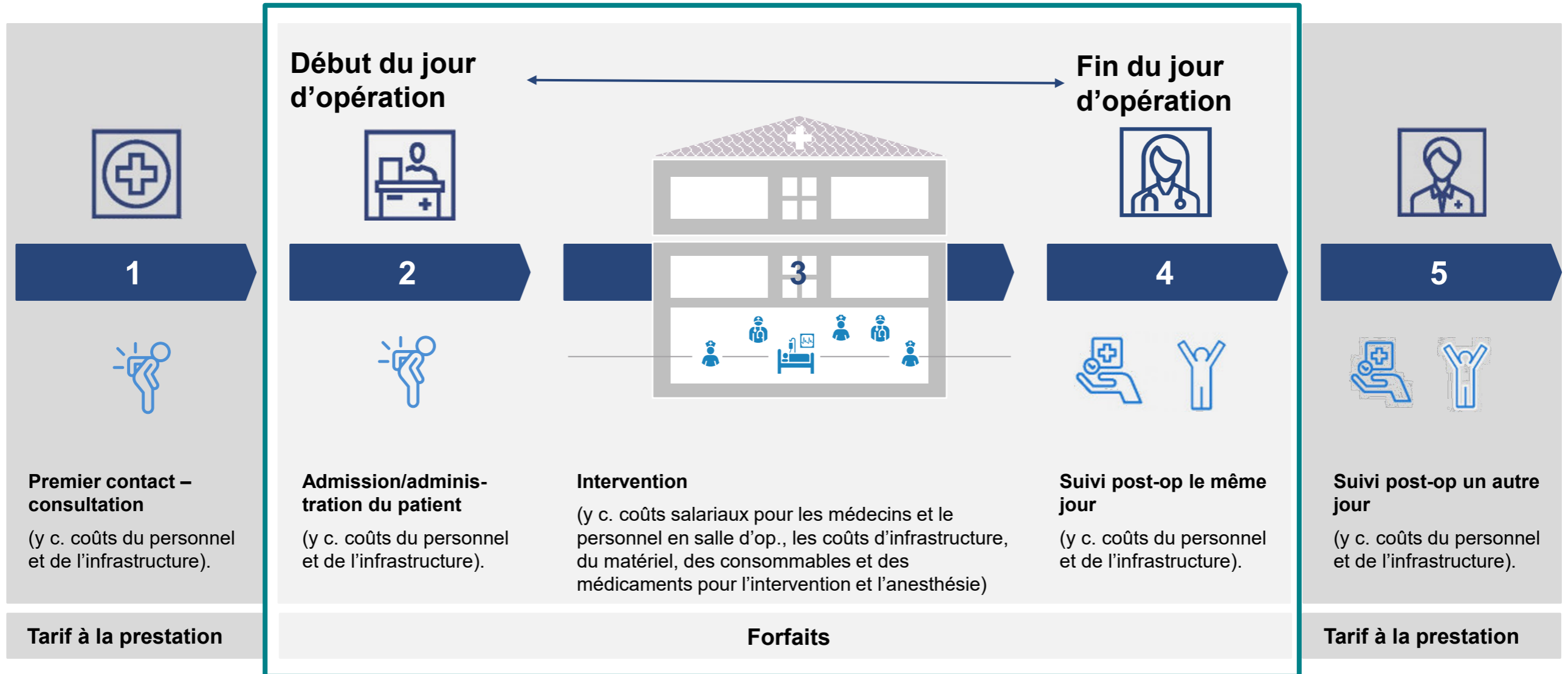
### Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)

- Catalogue
  - Évaluation
  - Actualisation du tarif
- 

## D Interaction entre les forfaits et TARDOC

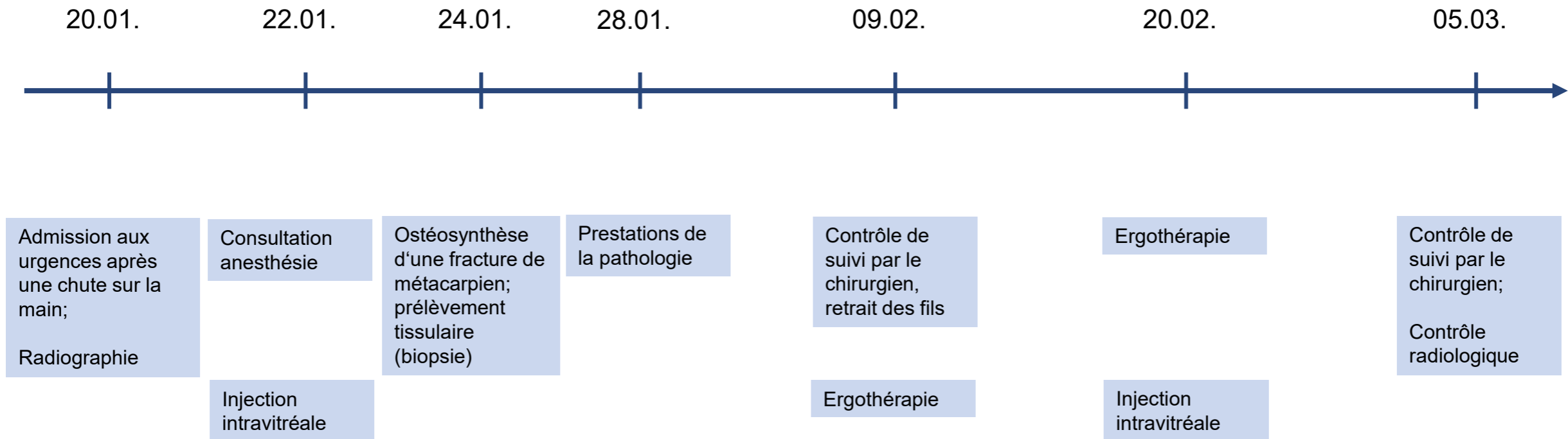
---

# Les forfaits représentent les prestations d'un jour d'opération et sont définis par le contact-patient

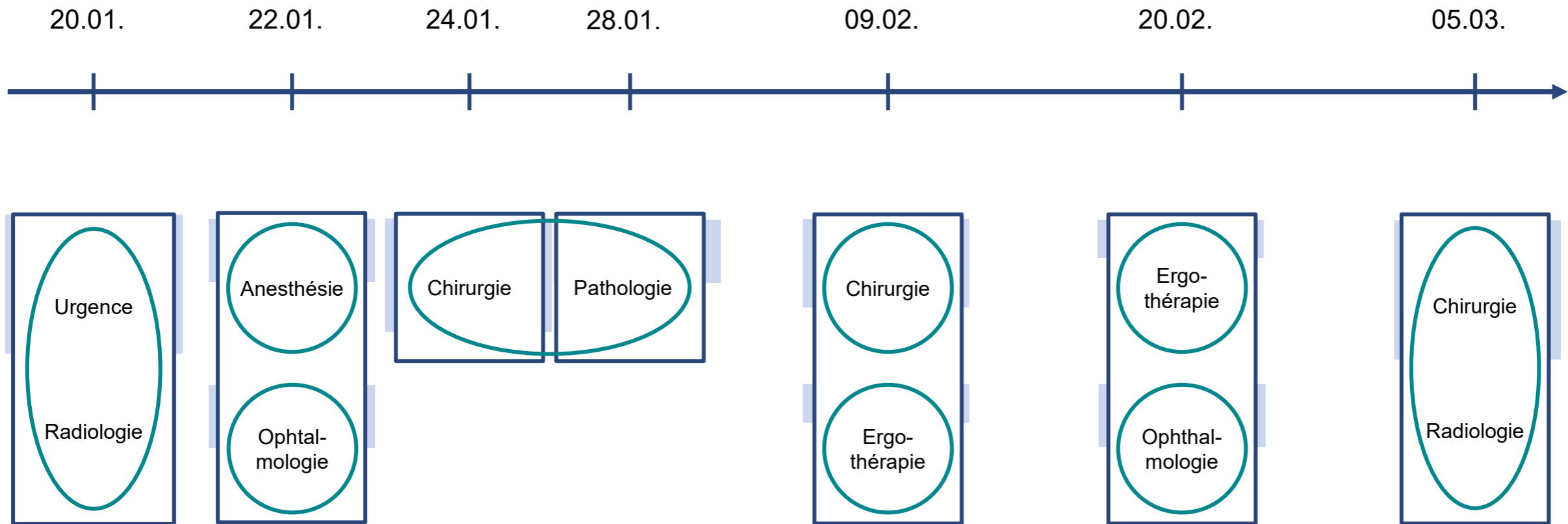




# Application du contact-patient dans un système cohérent



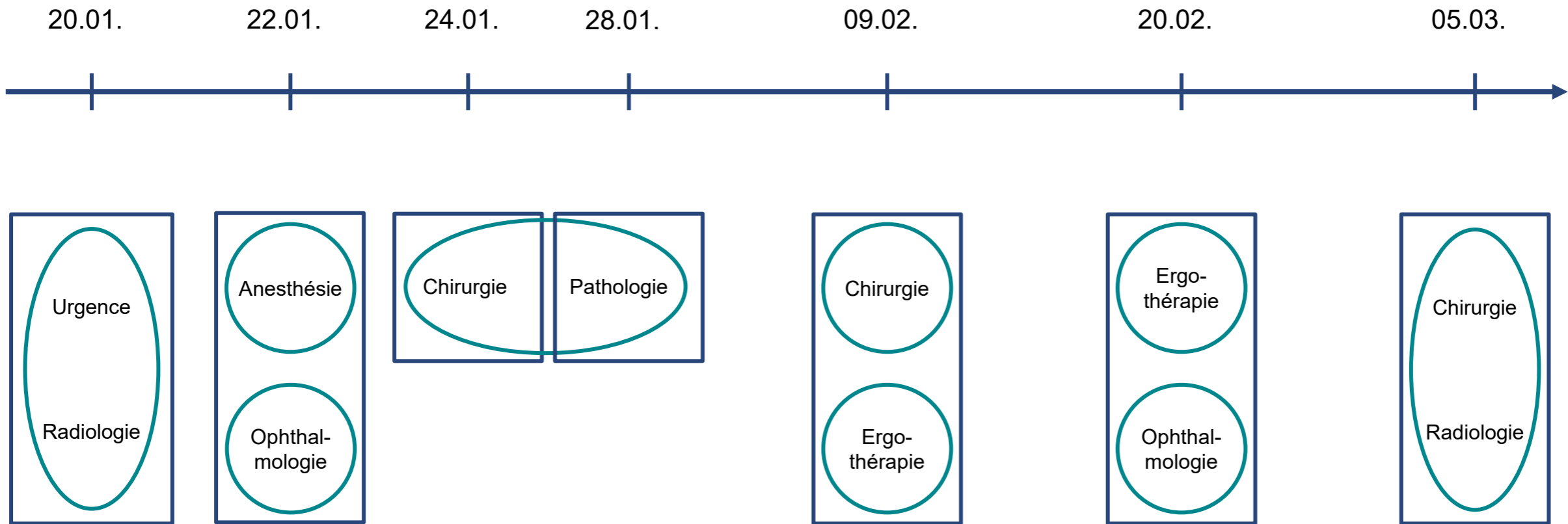
# Application du contact-patient dans un système cohérent



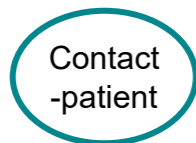
**Légende:**



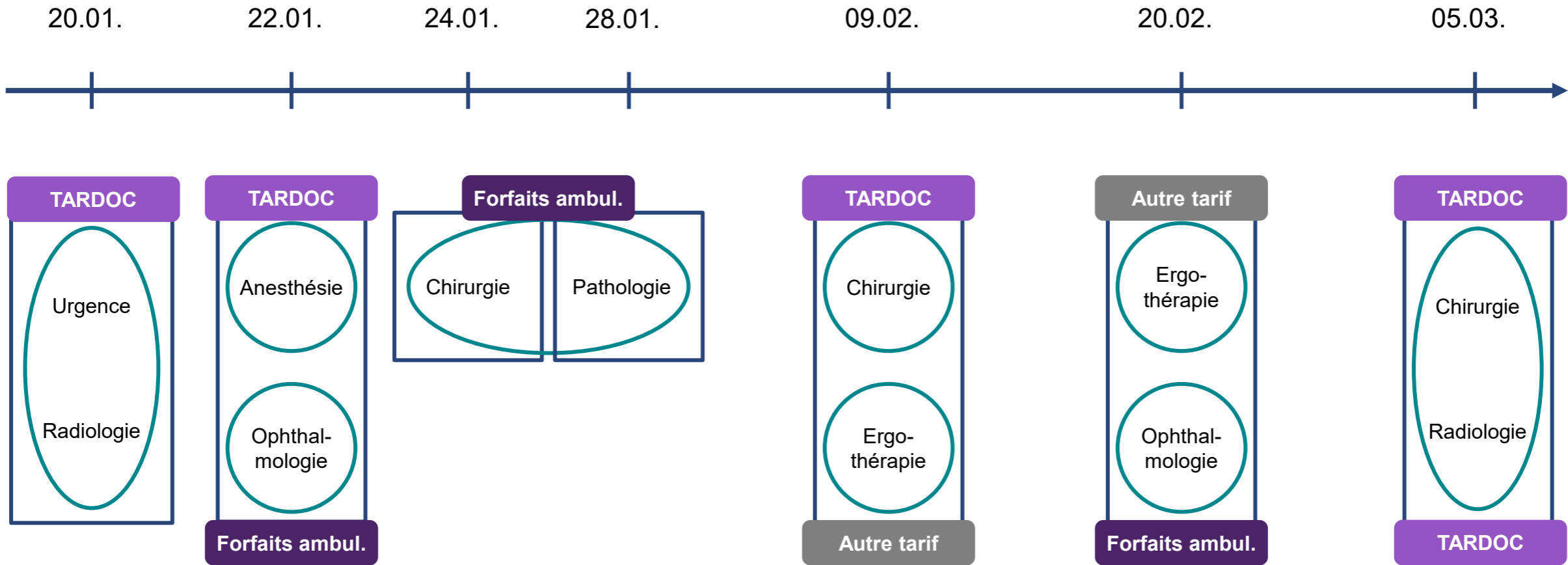
# Application du contact-patient dans un système cohérent



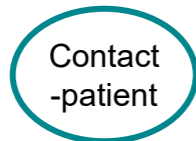
**Légende:**



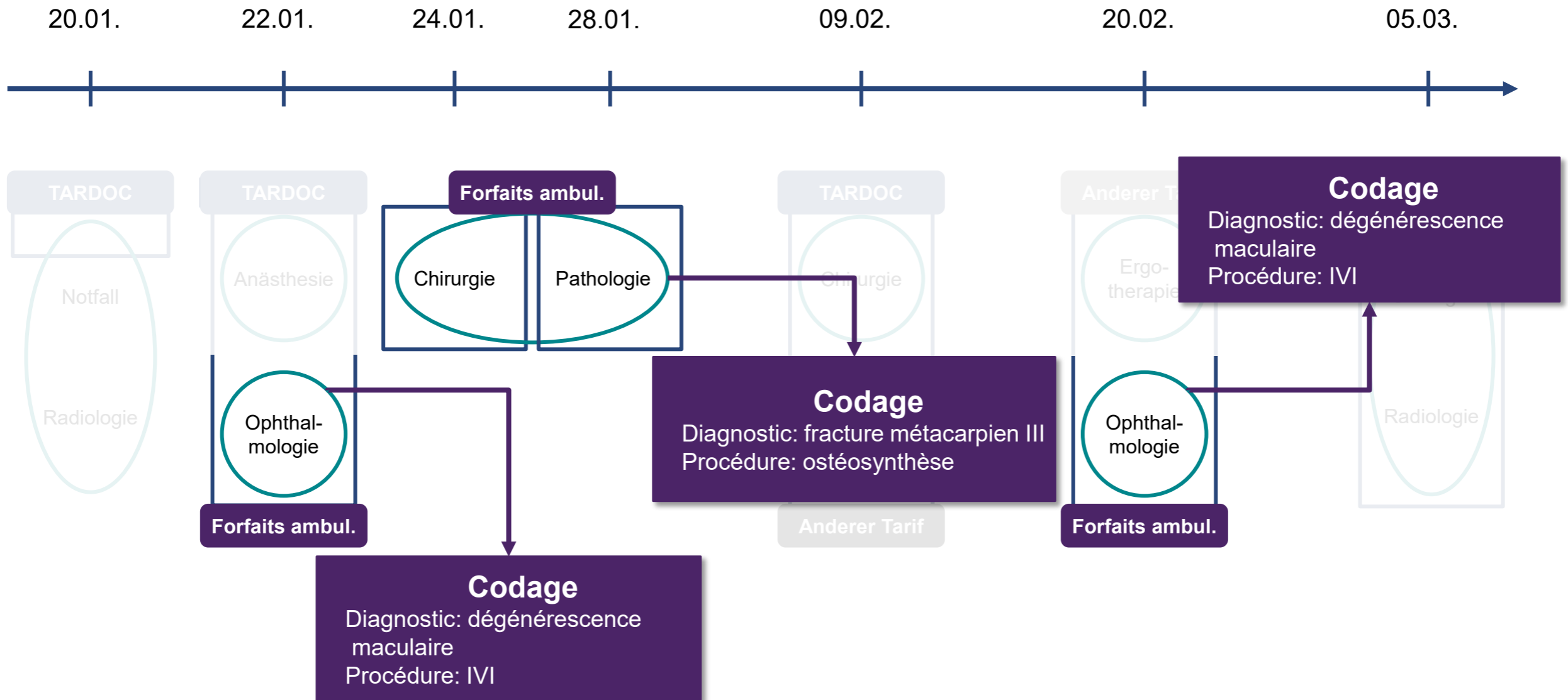
# Application du contact-patient dans un système cohérent



**Légende:**



# Application du contact-patient selon un système cohérent





## Mise en œuvre technique:

- Le codage ambulatoire est constitué d'un (1) diagnostic selon la CIM et d'une procédure (1) selon la CHOP. Le codage ambulatoire ne se fait pas par des codeuses et des codeurs médicaux.
- Se référer également aux principes du codage ambulatoire.

## Partie 2:

### Codage ambulatoire

Codierung  
Diagnose: Makuladegeneration  
Prozedur: IVI

**Sarah Stierlin**



**Cheffe de projet**  
*solutions tarifaires*  
*suisses SA*

01

Salutation et introduction

02

Entrée en matière et point de la situation

03

Mécanique de base et interfaces avec TARDOC

04

**Conclusion et suite à donner**

### Partie 1: Principes du système de forfaits ambulatoires

- 09.05.2023 de 09:00 à 11:00; séance d'information
- **01.06.2023 de 14:00 à 15:30; réponse aux questions en suspens**



Faites-nous parvenir vos questions sur les principes du système de forfaits ambulatoires d'ici au **25 mai 2023** par e-mail à [info@solutions-tarifaires.ch](mailto:info@solutions-tarifaires.ch)

### Partie 2: Application du système de forfaits ambulatoires

- 29.08.2023 de 10:00 à 12:00; séance d'information
- 22.09.2023 de 10:00 à 11:30; réponse aux questions en suspens





Questions

Ne manquez aucune information



N'attendez pas pour vous abonner sur notre [site Web](#)  
à notre Newsletter hebdomadaire...

... et suivez-nous sur [LinkedIn](#) pour ne rien rater.