



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

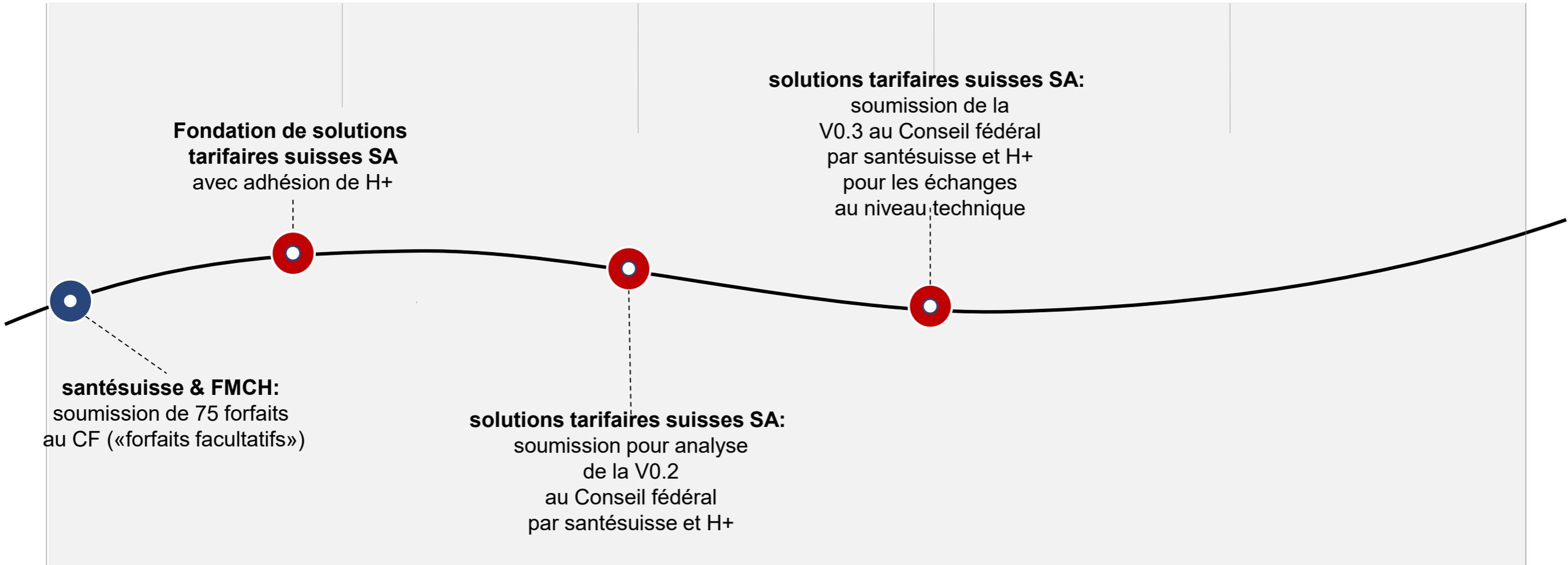
2025

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

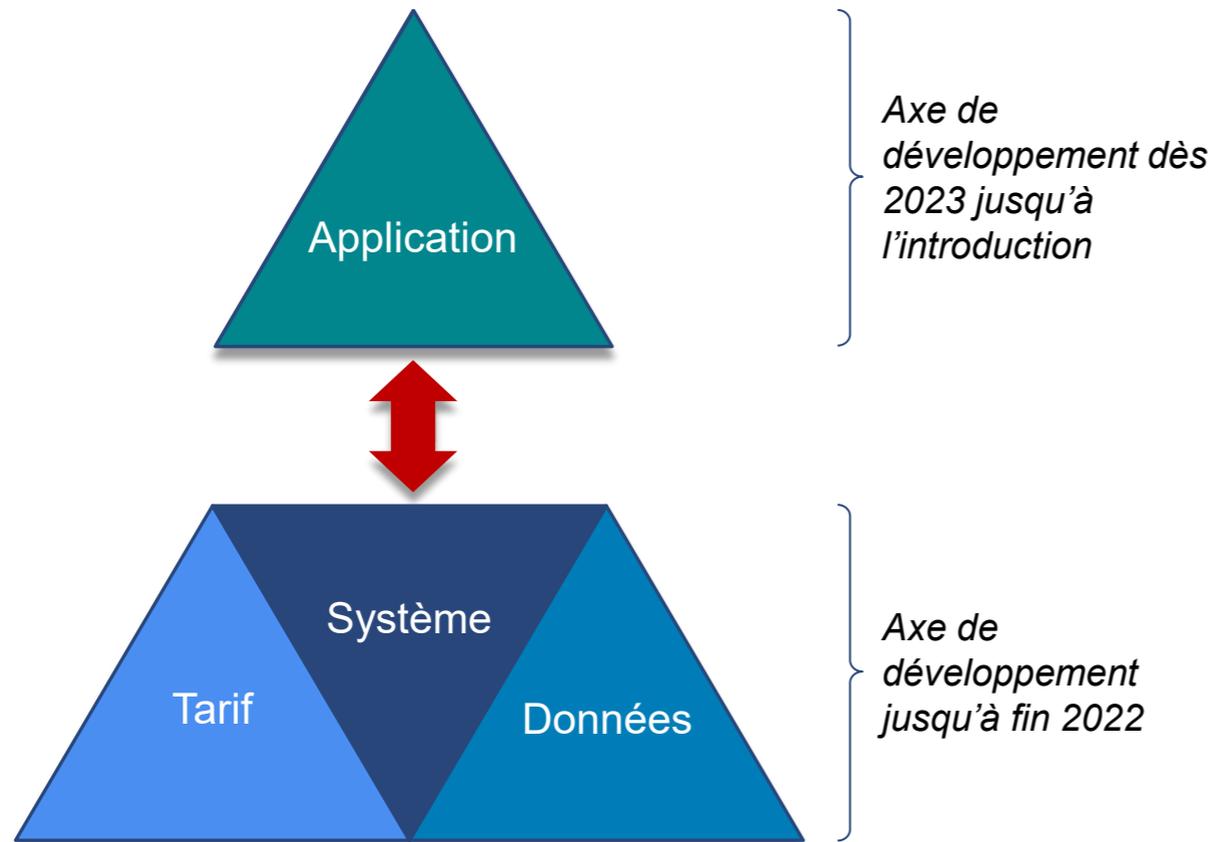
solutions tarifaires suisses SA:
soumission de la
V0.3 au Conseil fédéral
par santésuisse et H+
pour les échanges
au niveau technique

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

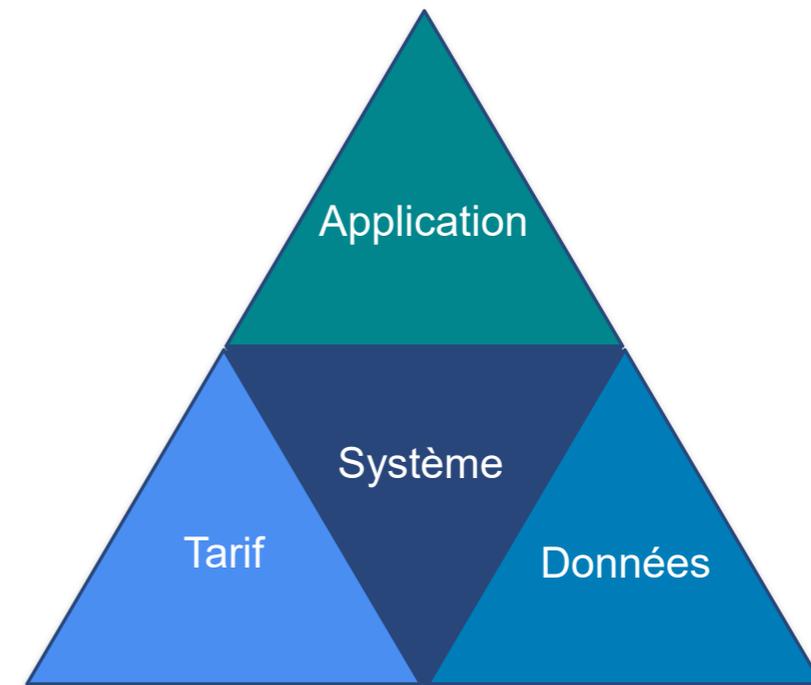
solutions tarifaires suisses SA:
soumission pour analyse
de la V0.2
au Conseil fédéral
par santésuisse et H+



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

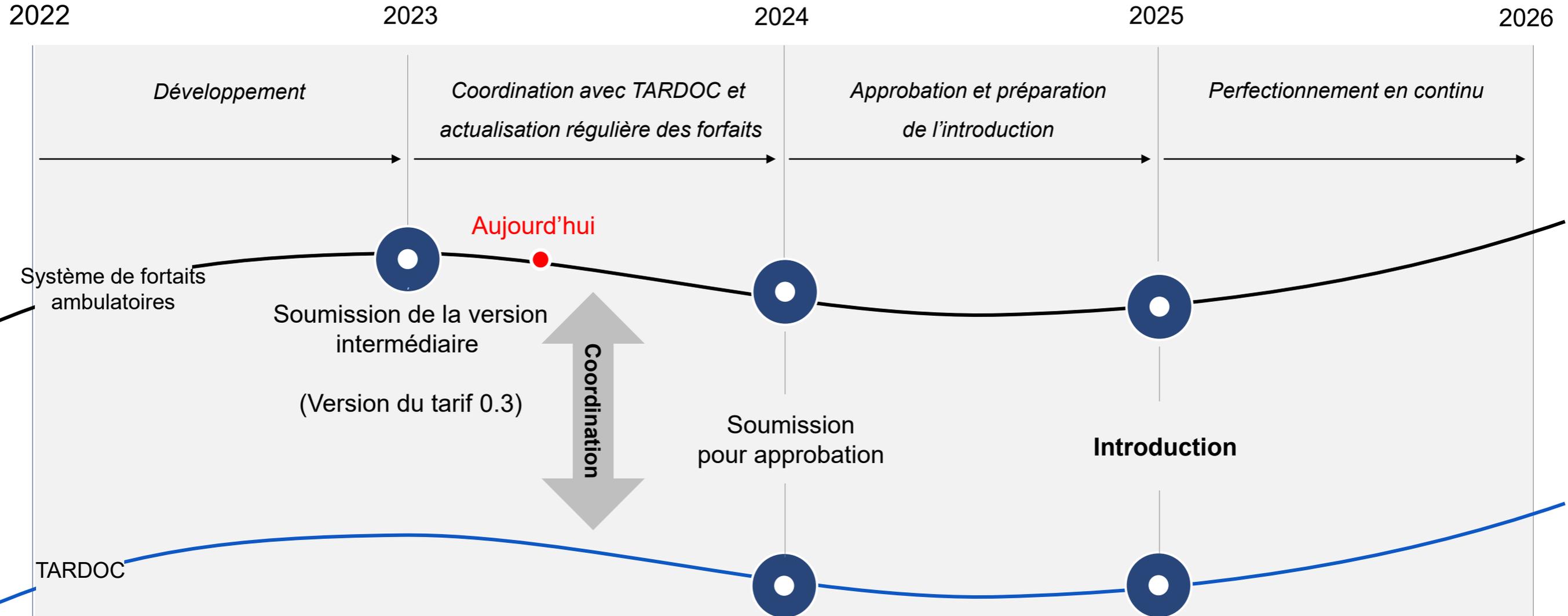


Développement du système global pour l'ambulatoire jusqu'en 2025



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

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

Soumission de 75 forfaits
au CF («forfaits facultatifs»)
par santésuisse & FMCH

Soumission au Conseil fédéral
par santésuisse et H+
de la version 0.2
pour analyse

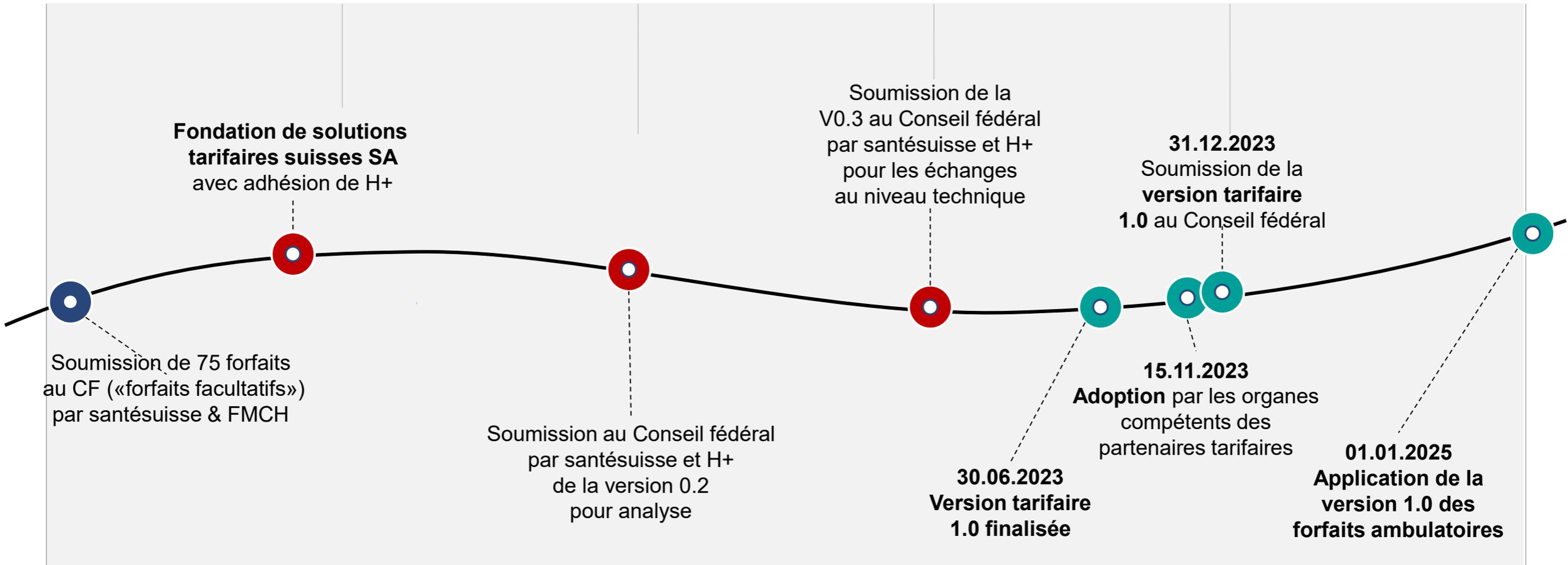
Soumission de la
V0.3 au Conseil fédéral
par santésuisse et H+
pour les échanges
au niveau technique

30.06.2023
**Version tarifaire
1.0 finalisée**

15.11.2023
Adoption par les organes
compétents des
partenaires tarifaires

31.12.2023
Soumission de la
**version tarifaire
1.0** au Conseil fédéral

01.01.2025
**Application de la
version 1.0 des
forfaits ambulatoires**



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.

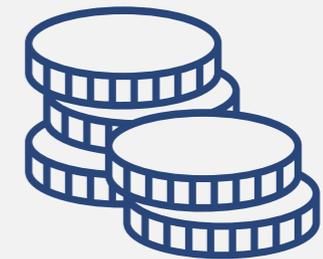


Prix

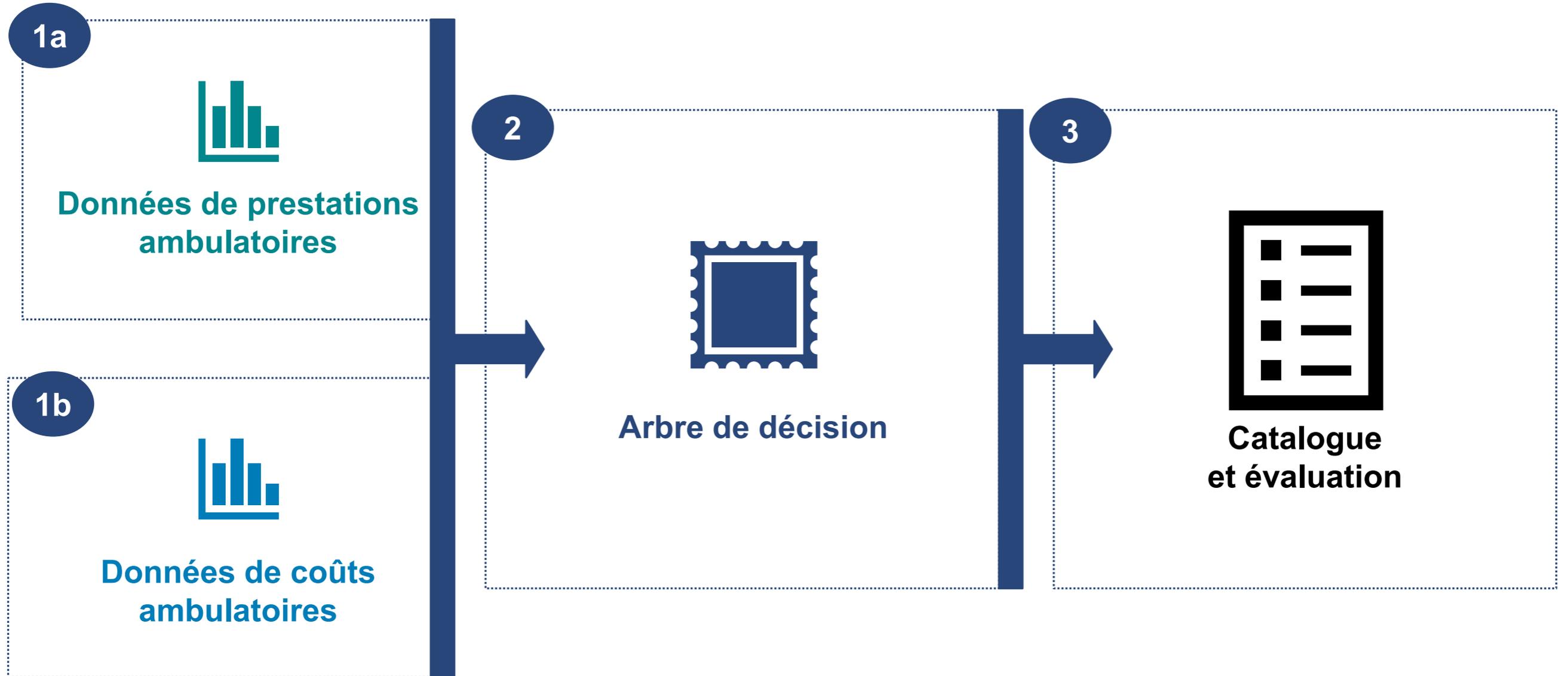
- Leur détermination incombe aux fournisseurs de prestations avec les répondants des coûts (resp. leurs organisations).
- Reposent sur des négociations.
- Montant en francs (prix de base).



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

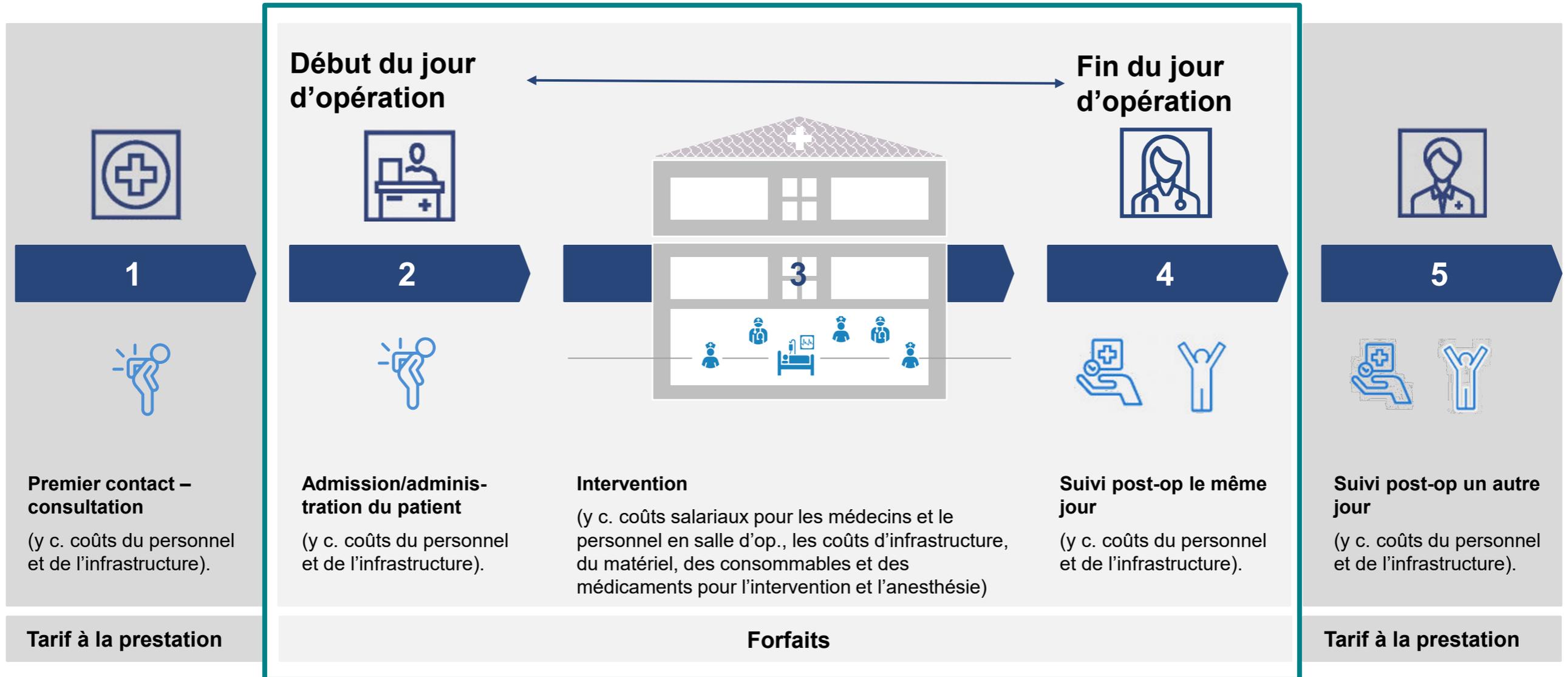
- Contact-patient
 - Données
 - Arbre de décision
-

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»

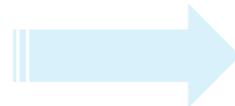


Médecin

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).

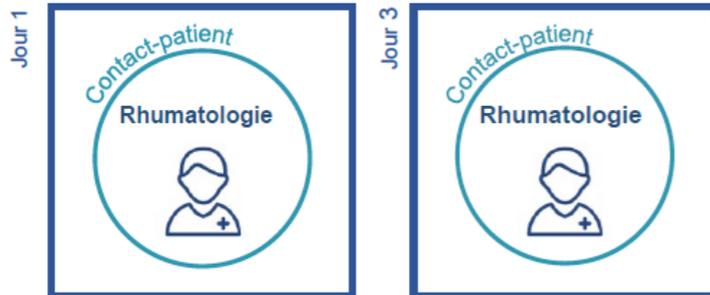
Tarif à la prestation

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

Le contact-patient se rapporte à un seul jour

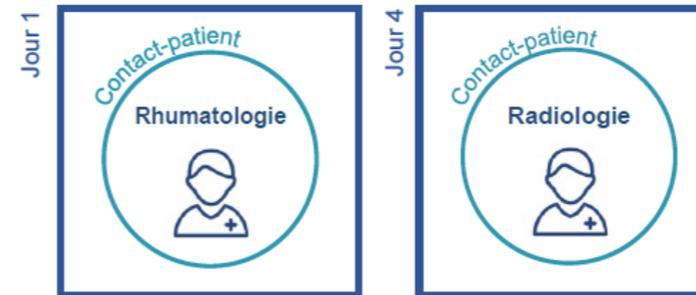
Un patient se rend chez le rhumatologue le jour 1. Compte tenu de son tableau clinique aigu, un contrôle de suivi est réalisé le jour 3.

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



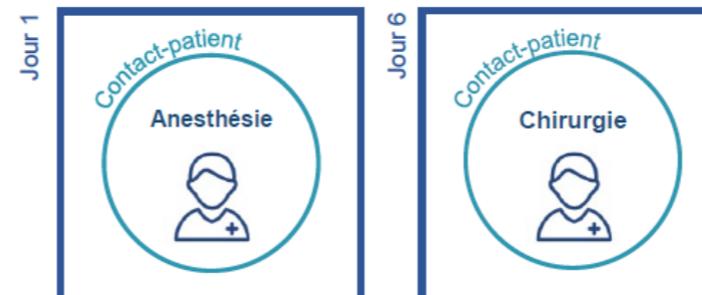
Un rhumatologue prescrit une IRM à une patiente souffrant de maux de dos. L'IRM est réalisée 3 jours plus tard.

→ 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

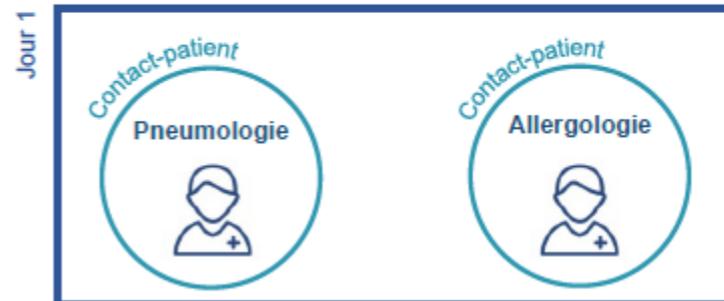
hésie et de chi-

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:

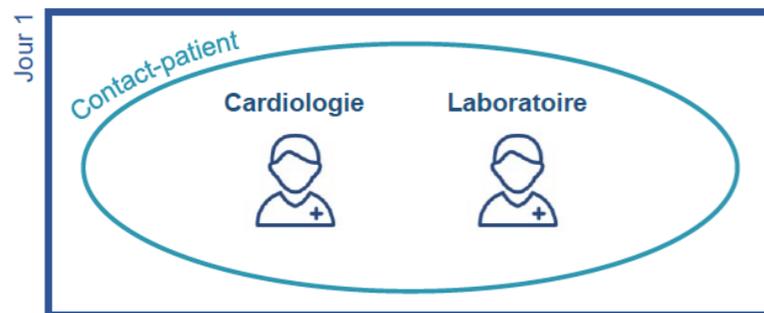
- Le contact-patient se définit «par jour» et «par fournisseur de prestations en ambulatoire»/spécialité.

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.

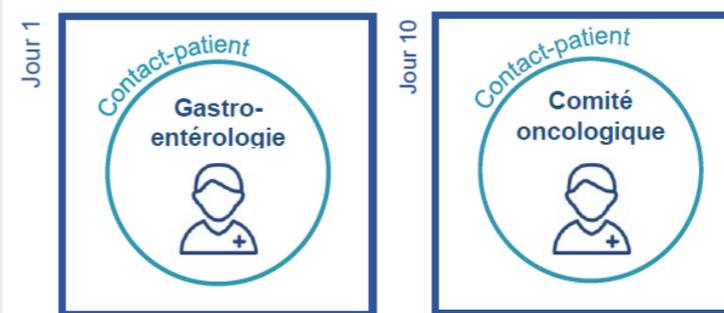
- Un seul contact-patient, car les prestations du laboratoire sont effectuées sur un échantillon et qu'elles sont donc attribuées au contact-patient à l'origine de la demande de prestation.



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

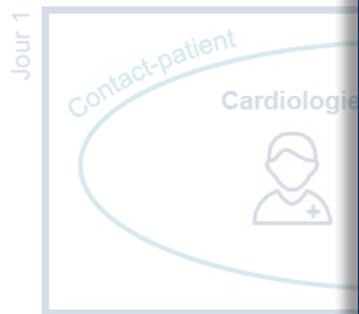


Mise en œuvre technique:

- 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.

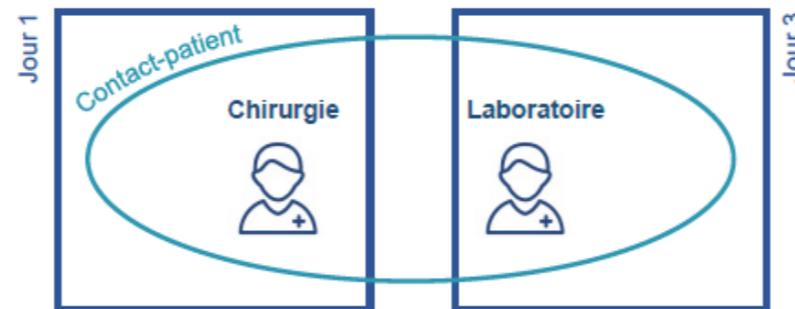


D'autres détails sur le contact-patient expliqués au moyen d'exemples

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:

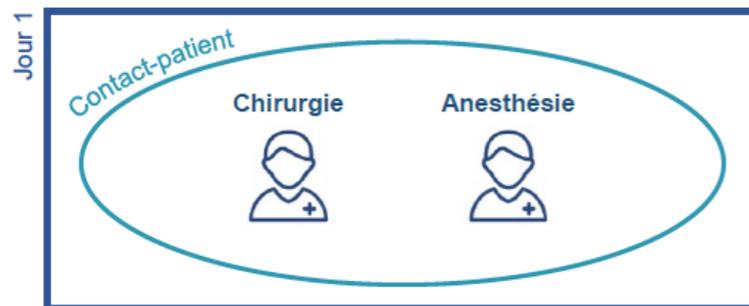
- Les prestations de laboratoire et de la pathologie sont attribuées au bon contact-patient avec le numéro de demande (entité qui fait la demande)
- Ces prestations sont attribuées selon ce principe même si elles sont fournies un autre jour.
- Les attributions ne peuvent se faire que vers l'arrière et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

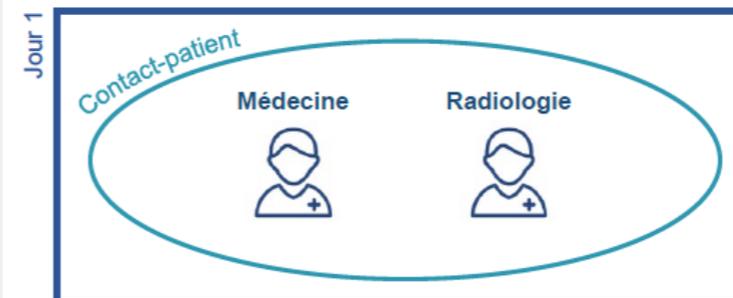
L'anesthésie pratiquée avant une circoncision fait partie intégrante du contact-patient chirurgical.

→ 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

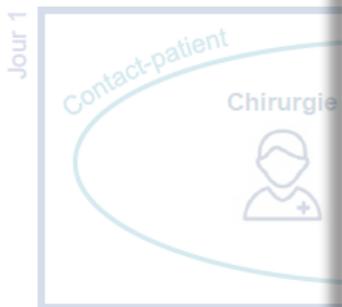
Mise en œuvre technique:



- 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

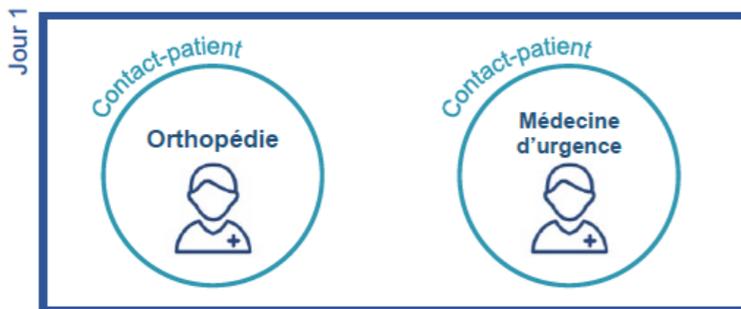
services spécialisés se

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.

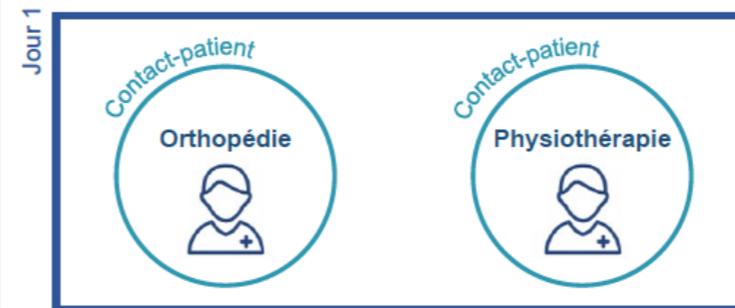


Les contacts-patients pour des prestations paramédicales ou de transport ne sont pas fusionnés

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



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

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

Daten a

ss REKOLE



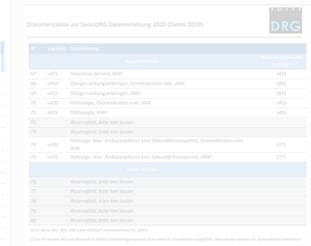
Mise en œuvre technique:

- 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:

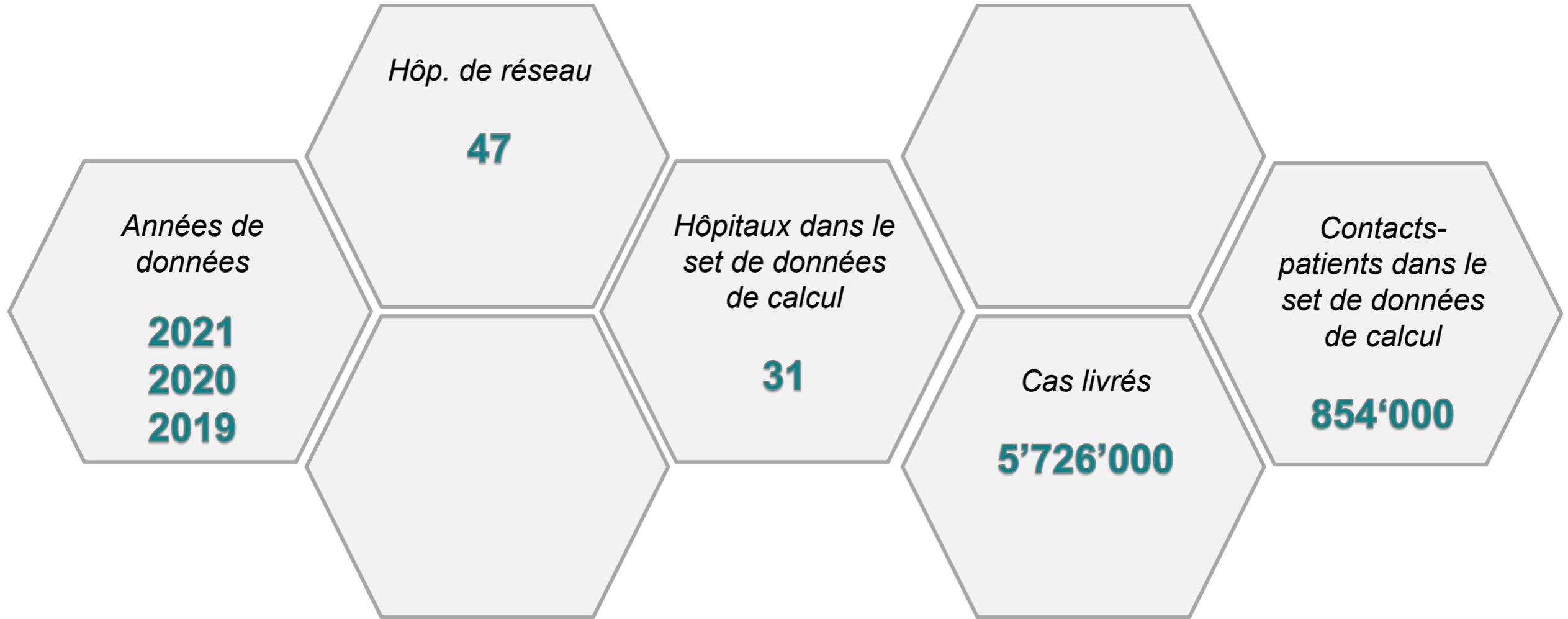
Gestion du cas

	Behandlungsjahr	FallID	Alter	Geschle
Patientenkontakt	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	Name	Kosten
01	Herzinfarkt	1000
02	Herzinfarkt	1000
03	Herzinfarkt	1000
04	Herzinfarkt	1000
05	Herzinfarkt	1000
06	Herzinfarkt	1000
07	Herzinfarkt	1000
08	Herzinfarkt	1000
09	Herzinfarkt	1000
10	Herzinfarkt	1000
11	Herzinfarkt	1000
12	Herzinfarkt	1000
13	Herzinfarkt	1000
14	Herzinfarkt	1000
15	Herzinfarkt	1000
16	Herzinfarkt	1000
17	Herzinfarkt	1000
18	Herzinfarkt	1000
19	Herzinfarkt	1000
20	Herzinfarkt	1000
21	Herzinfarkt	1000
22	Herzinfarkt	1000
23	Herzinfarkt	1000
24	Herzinfarkt	1000
25	Herzinfarkt	1000
26	Herzinfarkt	1000
27	Herzinfarkt	1000
28	Herzinfarkt	1000
29	Herzinfarkt	1000
30	Herzinfarkt	1000
31	Herzinfarkt	1000
32	Herzinfarkt	1000
33	Herzinfarkt	1000
34	Herzinfarkt	1000
35	Herzinfarkt	1000
36	Herzinfarkt	1000
37	Herzinfarkt	1000
38	Herzinfarkt	1000
39	Herzinfarkt	1000
40	Herzinfarkt	1000
41	Herzinfarkt	1000
42	Herzinfarkt	1000
43	Herzinfarkt	1000
44	Herzinfarkt	1000
45	Herzinfarkt	1000
46	Herzinfarkt	1000
47	Herzinfarkt	1000
48	Herzinfarkt	1000
49	Herzinfarkt	1000
50	Herzinfarkt	1000
51	Herzinfarkt	1000
52	Herzinfarkt	1000
53	Herzinfarkt	1000
54	Herzinfarkt	1000
55	Herzinfarkt	1000
56	Herzinfarkt	1000
57	Herzinfarkt	1000
58	Herzinfarkt	1000
59	Herzinfarkt	1000
60	Herzinfarkt	1000
61	Herzinfarkt	1000
62	Herzinfarkt	1000
63	Herzinfarkt	1000
64	Herzinfarkt	1000
65	Herzinfarkt	1000
66	Herzinfarkt	1000
67	Herzinfarkt	1000
68	Herzinfarkt	1000
69	Herzinfarkt	1000
70	Herzinfarkt	1000
71	Herzinfarkt	1000
72	Herzinfarkt	1000
73	Herzinfarkt	1000
74	Herzinfarkt	1000
75	Herzinfarkt	1000
76	Herzinfarkt	1000
77	Herzinfarkt	1000
78	Herzinfarkt	1000
79	Herzinfarkt	1000
80	Herzinfarkt	1000
81	Herzinfarkt	1000
82	Herzinfarkt	1000
83	Herzinfarkt	1000
84	Herzinfarkt	1000
85	Herzinfarkt	1000
86	Herzinfarkt	1000
87	Herzinfarkt	1000
88	Herzinfarkt	1000
89	Herzinfarkt	1000
90	Herzinfarkt	1000
91	Herzinfarkt	1000
92	Herzinfarkt	1000
93	Herzinfarkt	1000
94	Herzinfarkt	1000
95	Herzinfarkt	1000
96	Herzinfarkt	1000
97	Herzinfarkt	1000
98	Herzinfarkt	1000
99	Herzinfarkt	1000
100	Herzinfarkt	1000

Chiffres clés pour la base de données



Aperçu du contenu

A Contexte

Fondements de la structure tarifaire

B

- Contact-patient
 - Données
 - Arbre de décision
-

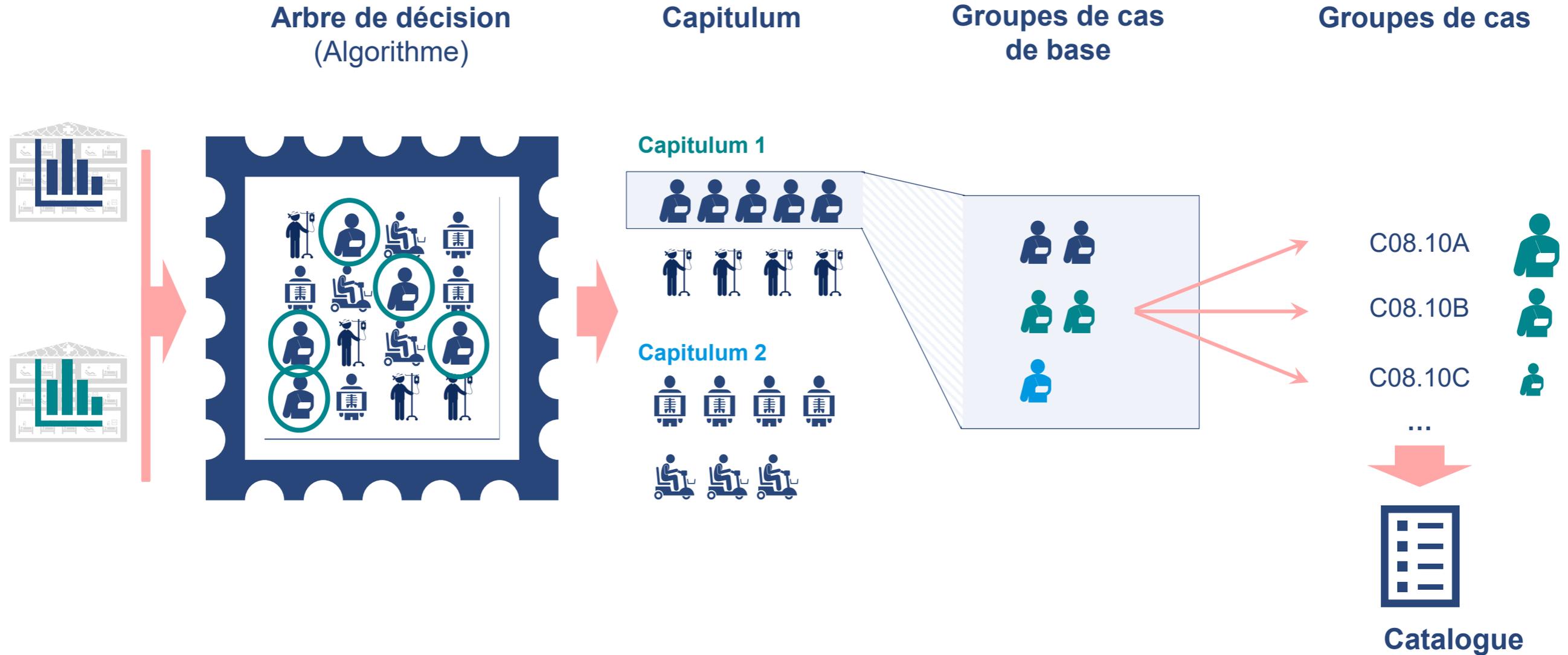
Le catalogue et son évaluation (y c. actualisation du tarif)

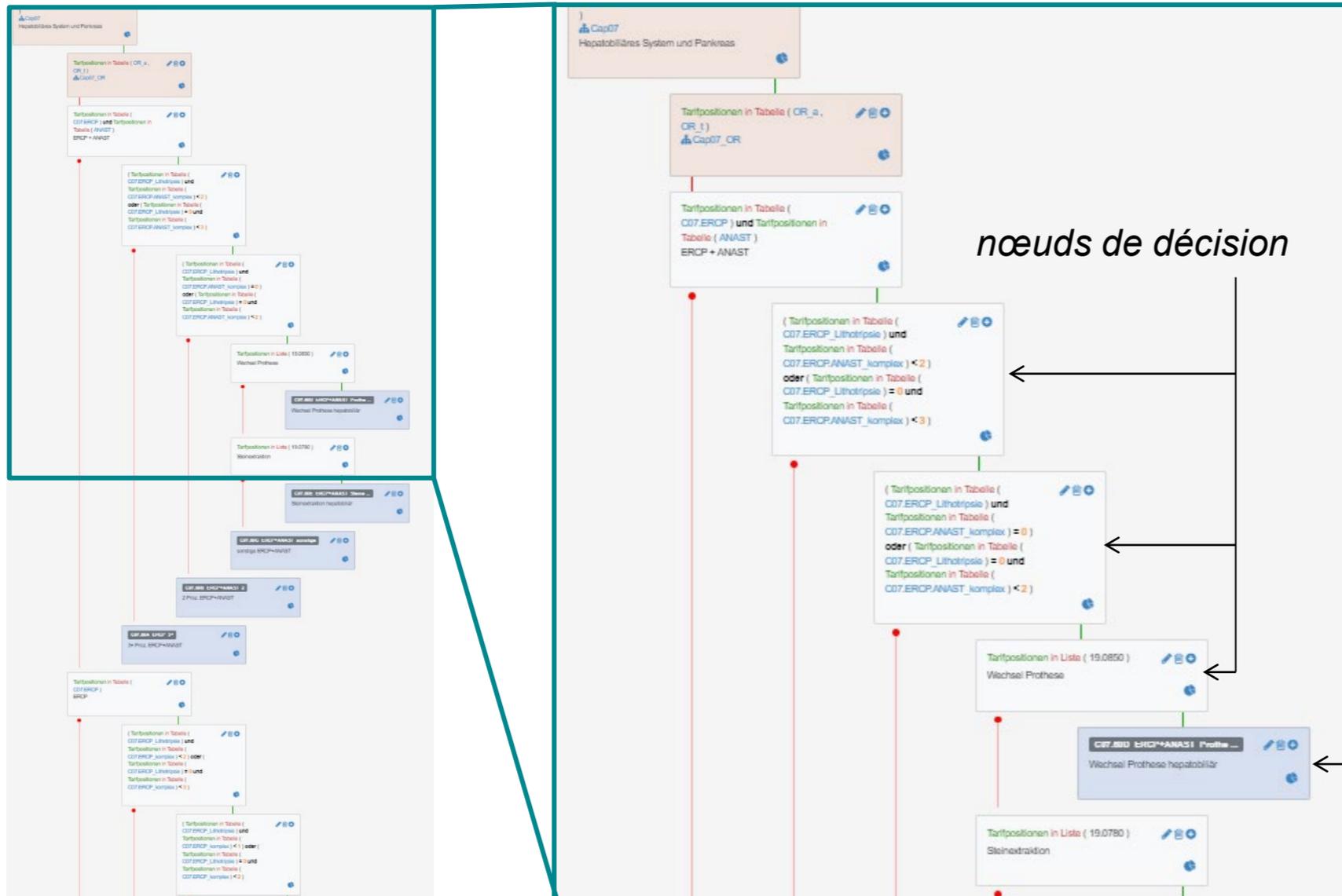
C

- 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





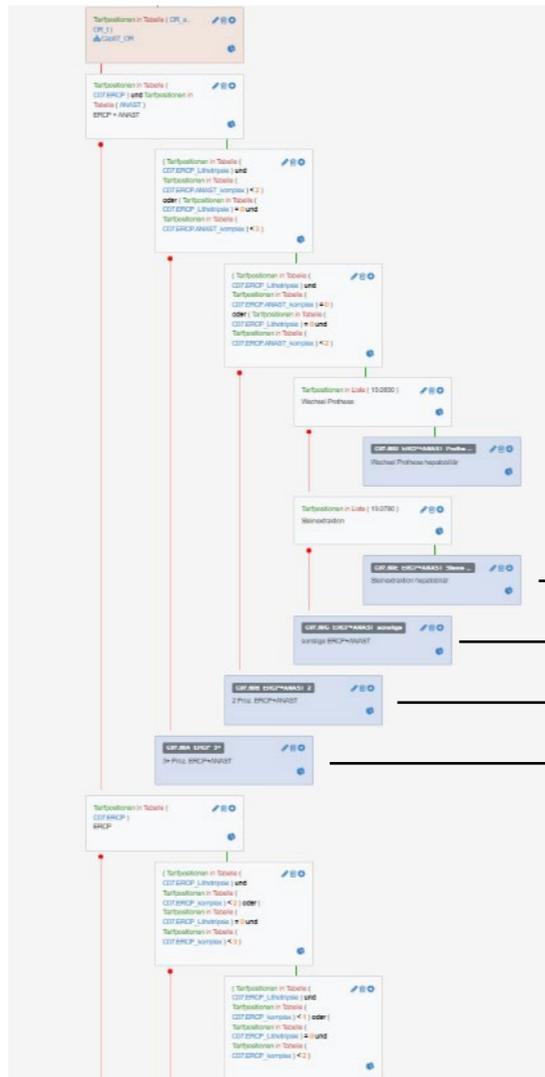
Logique de l'arbre de décision:

- 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

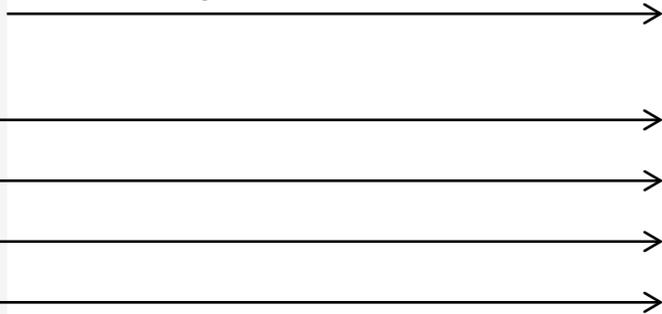
Coup d'œil dans l'atelier

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

Logique de l'arbre de décision



Groupes 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
Cap07		
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	hochkomplexe 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	4.264
Cap08		
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

Le catalogue des forfaits ambulatoires représente tous les groupes de cas

Mise en œuvre technique:



- Le catalogue comprend des groupes de cas décrits au moyen de codes à 3 chiffres
 - Les groupes de cas sont classés par ordre alphabétique
 - Le coût relatif est
- Le catalogue repose sur la même logique que celle de SwissDRG connue et implémentée.
 - Des rémunérations supplémentaires sont en principe prévues, mais ne sont pas encore établies pour la V0.3. Il en ira de même dans la V1.0.
 - Les prestations facturables séparément sont imputables selon le tarif en vigueur en plus des forfaits ambulatoires :
 - Produits sanguins labiles (CE, CP, PFC) → Identification par des données de référence, resp. d'autres caractéristiques telles que le type de prestation;
 - Produits sanguins stables (facteurs de coagulation) → Identification par des données de référence, resp. d'autres caractéristiques telles que le type de prestation;
 - Implants (facturables séparément pour certains groupes de cas bien définis seulement) → Identification par des données de référence, resp. d'autres caractéristiques telles que le type de prestation;
 - Produits thérapeutiques remis (médicaments et dispositifs médicaux) → Flag nécessaire pour l'identification

	Kostengewicht
	III
	1.022
	0.930
	15.004
	8.942
DRG	8.000
	2.180
	21.000
	12.100
	10.821
	8.001
	8.941
	8.480
	7.872
	7.430
	9.480
	1.000
	7.000
	2.071
	8.070
	8.020
	11.470
	4.941
	8.980
	21.900
	10.112
	4.940
	8.001
	7.430
	3.987
	18.451
	8.940

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
-

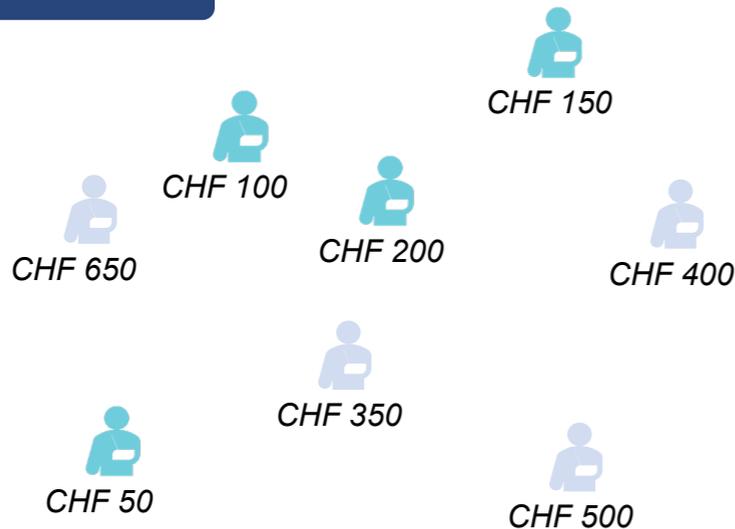
D Interaction entre les forfaits et TARDOC

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**

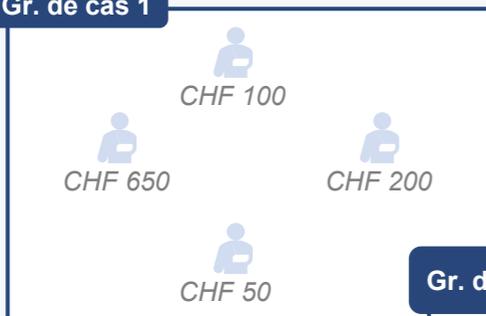
Coût relatif moyen **1**

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

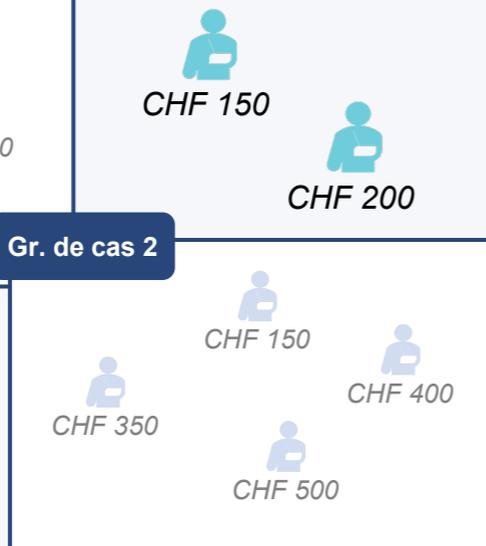
$$\text{Coût relatif du groupe de cas} = \frac{\text{Coûts moyens groupe de cas X}}{\text{Coûts moyens ensemble des cas}}$$

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 = CHF 1'000	CHF 150 + CHF 350 + CHF 500 + CHF 400 = CHF 1'400
Nombre de cas	4	4
Coûts moyens	CHF 1'000 / 4 = CHF 250	CHF 1'400 / 4 = CHF 350
Coût relatif	CHF 250 / CHF 300 = 0.83	CHF 350 / CHF 300 = 1.17

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)

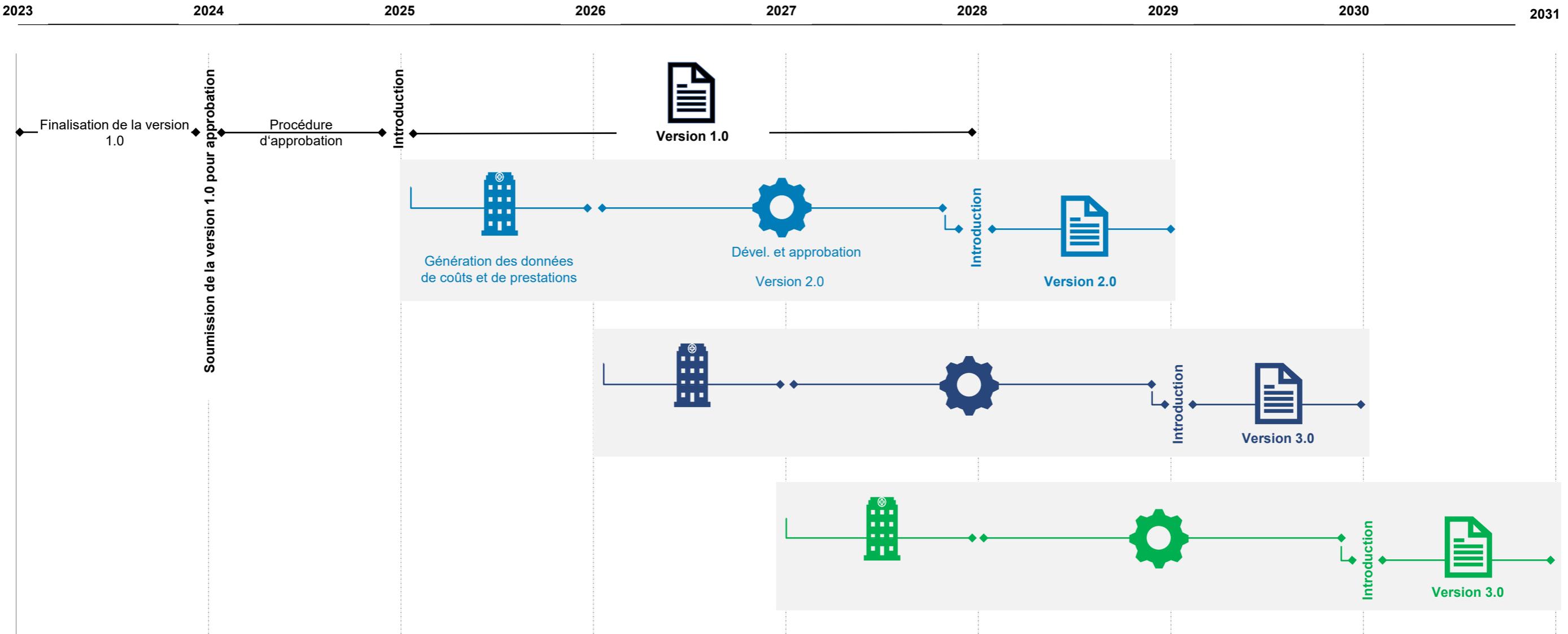
C

- 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.)

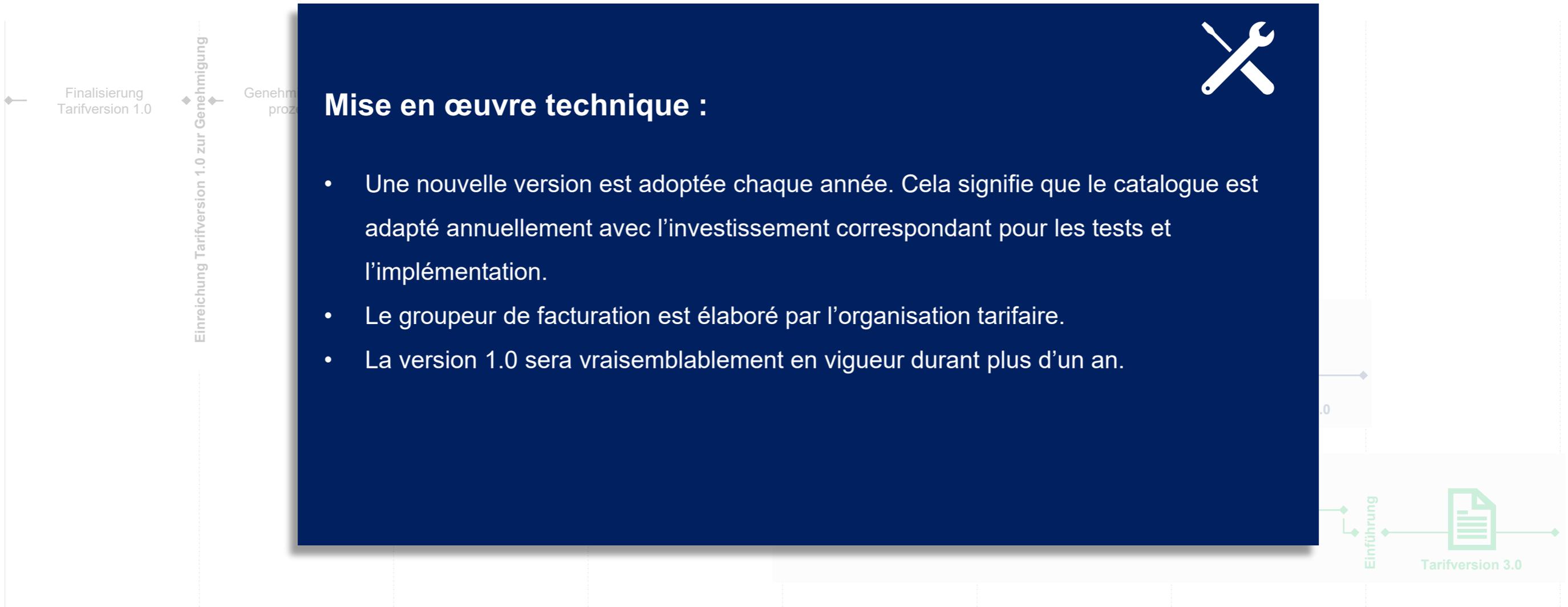


*Remarque: la présentation est schématisée pour l'illustration. Des écarts sont possibles dans l'échelonnement effectif.

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



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



santésuisse



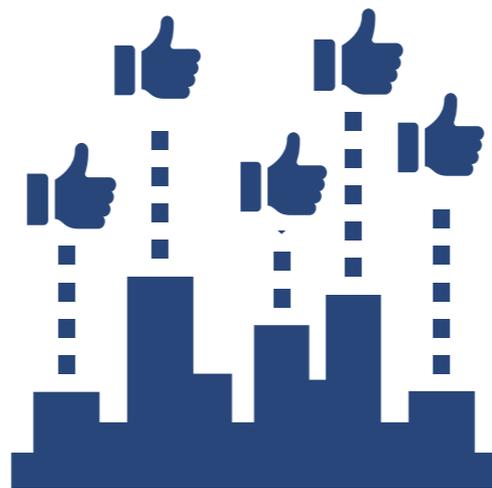
curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG

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



FMH



san



curafutura
Die innovativen Krankenkassen
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Anträge durch

ung



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.

Aperçu du contenu

A Contexte

Fondements de la structure tarifaire

- Contact-patient
 - Données
 - Arbre de décision
-

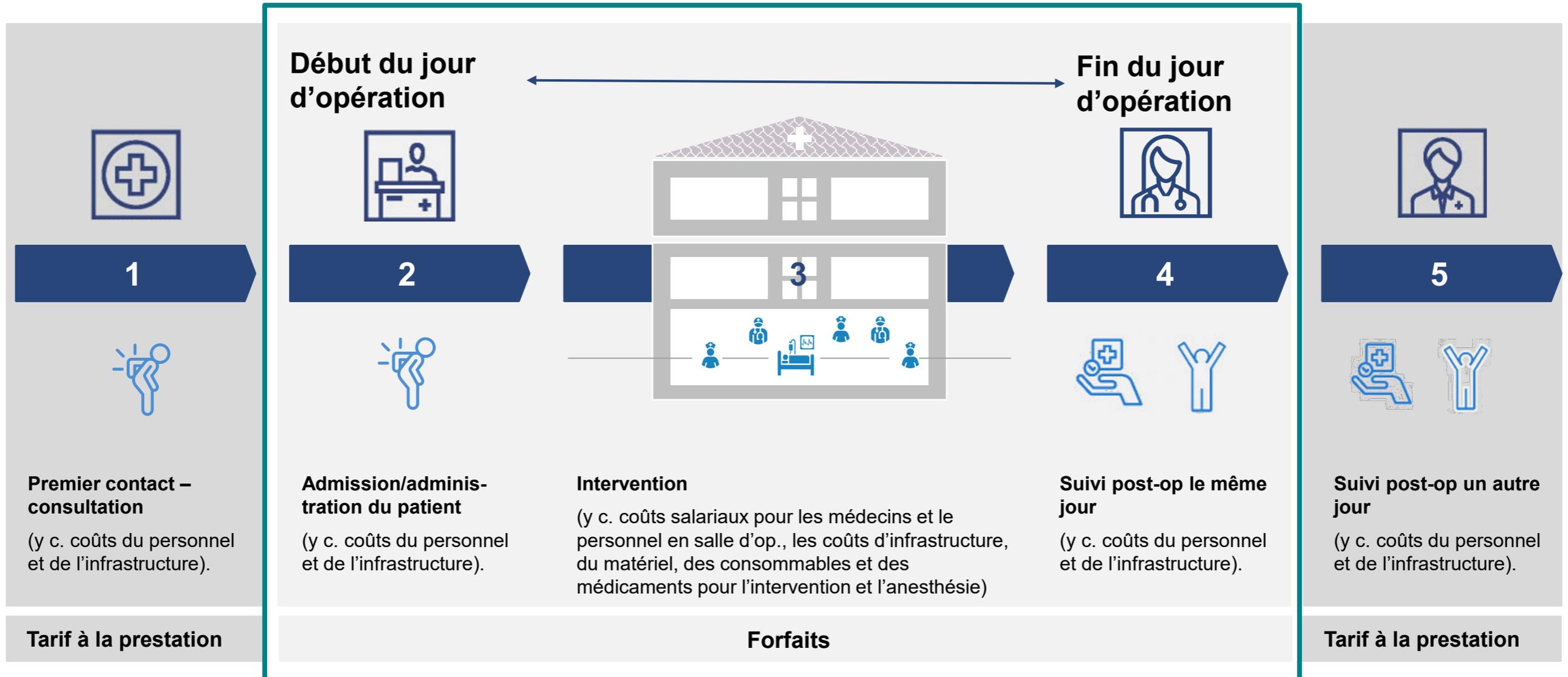
C

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

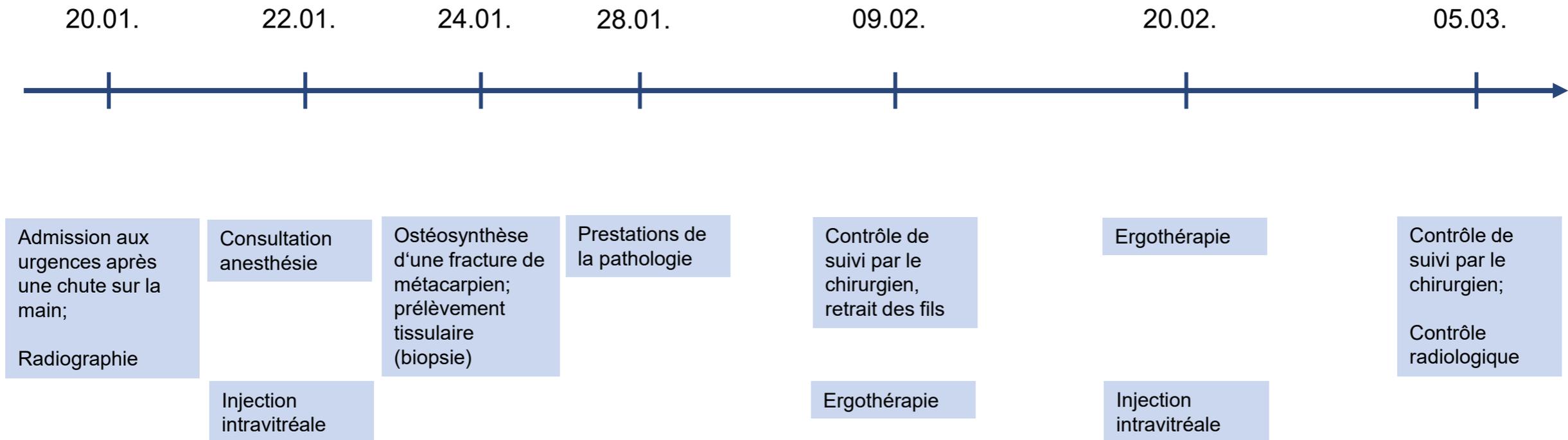
- Catalogue
 - Évaluation
 - Actualisation du tarif
-

D Interaction entre les forfaits et TARDOC

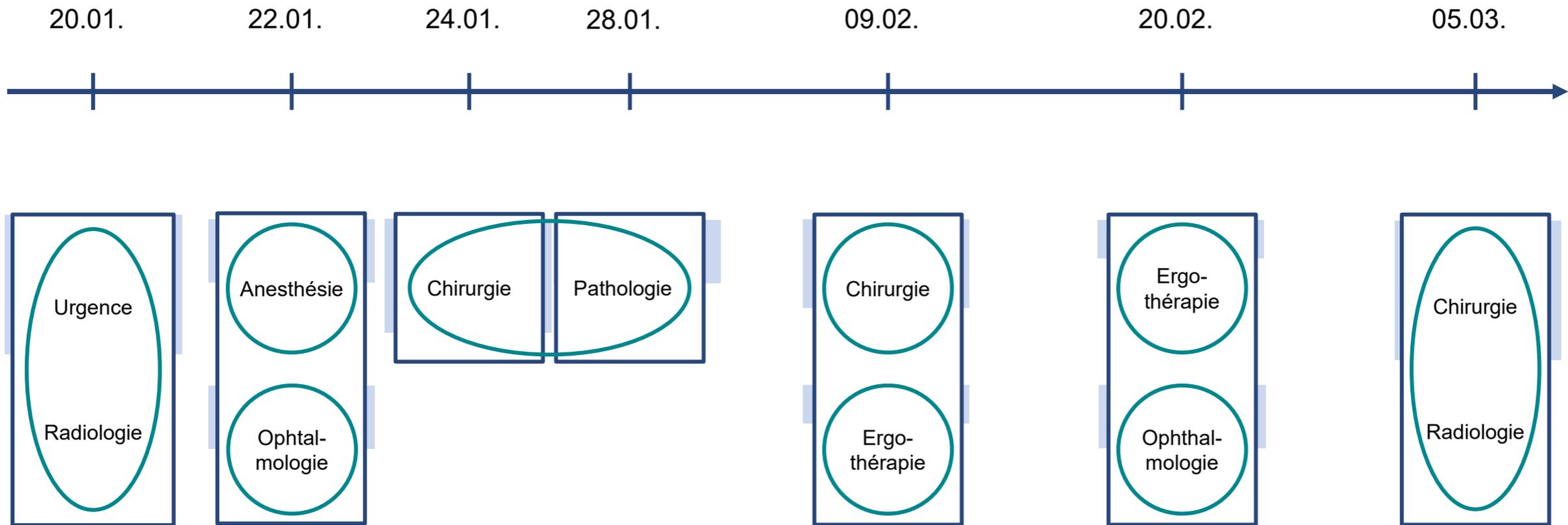
Les forfaits représentent les prestations d'un jour d'opération et sont définis par le contact-patient



Application du contact-patient dans un système cohérent



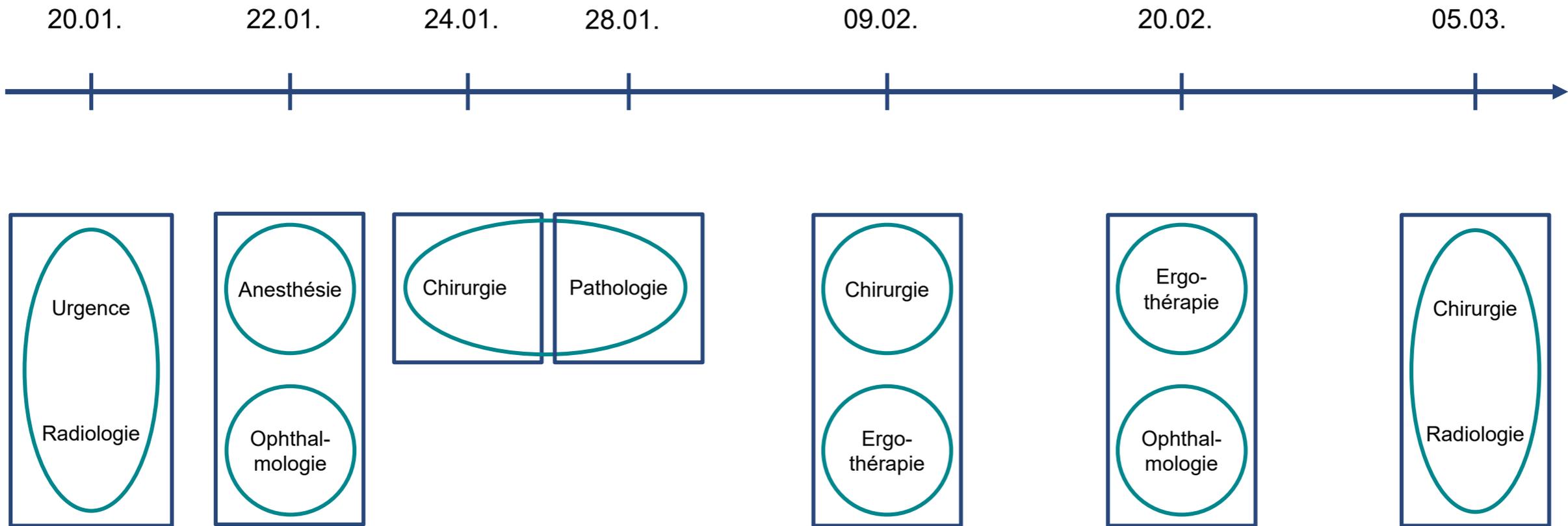
Application du contact-patient dans un système cohérent



Légende:



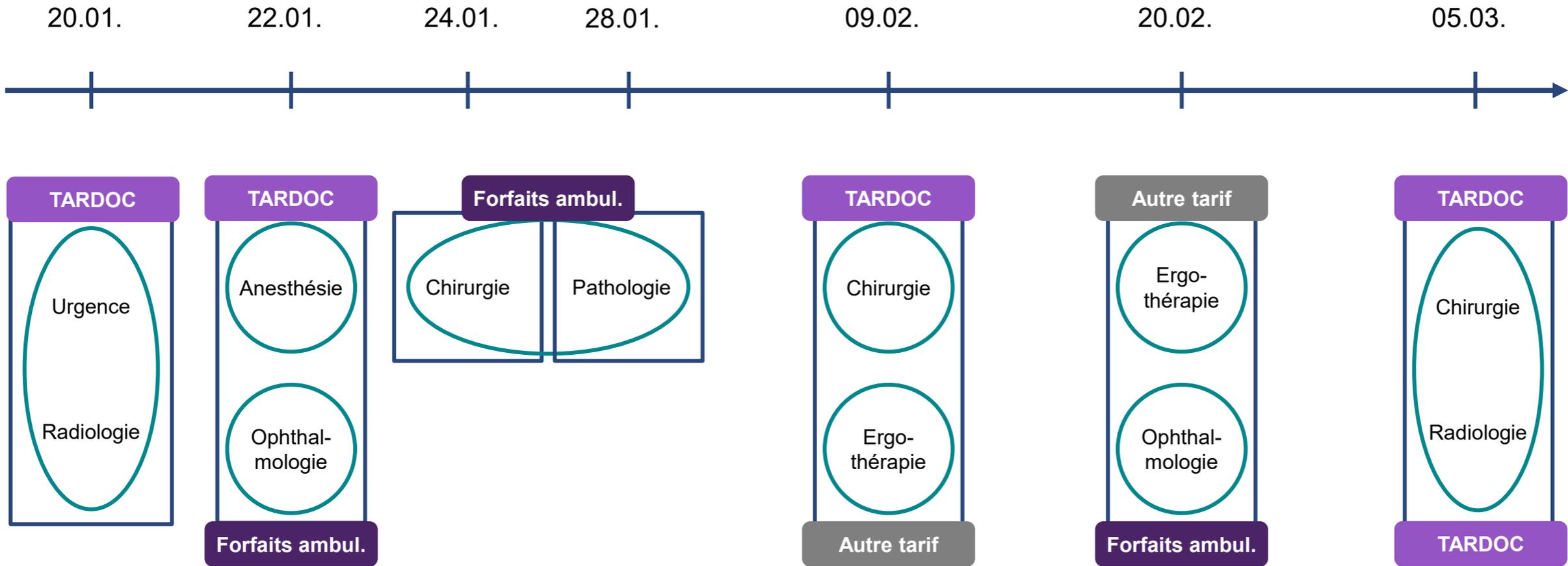
Application du contact-patient dans un système cohérent



Légende:



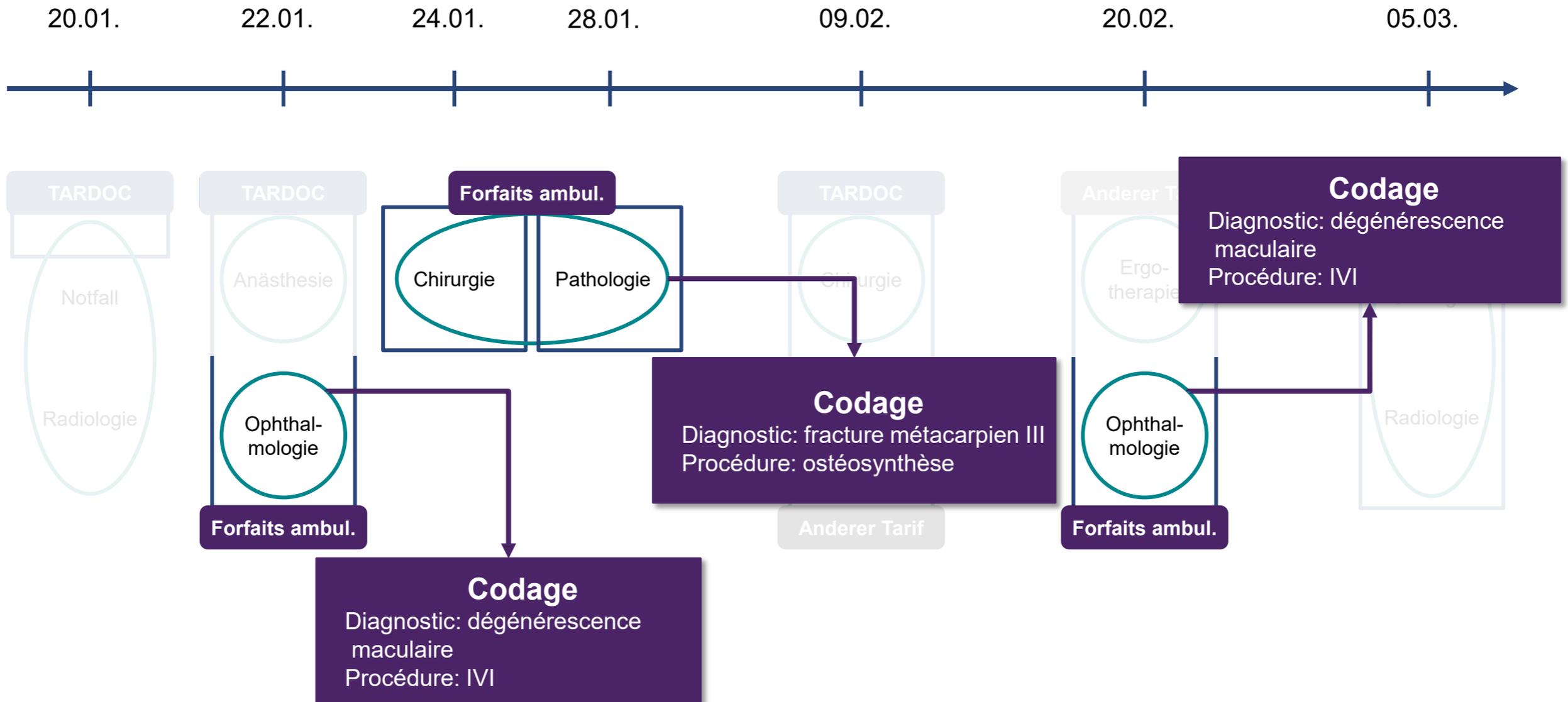
Application du contact-patient dans un système cohérent



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

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.