

Forfaits ambulatoires

Rapport sur le développement de la structure tarifaire

Etat: décembre 2021

Version 0.2

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES SIGLES.....	5
1 INTRODUCTION.....	6
2 LOGIQUE FONDAMENTALE DES FORFAITS AMBULATOIRES.....	7
2.1 Structure et fonctionnement.....	7
2.2 Alignement sur la structure SwissDRG.....	9
2.3 Différences par rapport à la structure SwissDRG.....	9
3 DONNEES.....	10
3.1 Collecte de données.....	10
3.1.1 Première collecte de données en 2019.....	10
3.1.2 Fondements.....	10
3.1.3 Format.....	10
3.1.4 Fournisseurs de données.....	11
3.2 Traitement des données.....	13
3.2.1 Plausibilité.....	13
3.2.2 Sélection des cas.....	13
3.2.3 Jeu de données de calcul.....	13
4 CLASSEMENT DES CONTACTS-PATIENTS AU MOYEN D'UNE LOGIQUE D'ARBRE DE DECISION.....	15
4.1 Introduction.....	15
4.1.1 Catégories majeures de diagnostic.....	15
4.1.2 Groupe de cas de base.....	16
4.1.3 Groupe de cas.....	16
4.2 Développement.....	17
4.2.1 Mapping.....	17
4.2.2 Création de la logique d'arbre de décision.....	17
4.3 Explications plus détaillées selon la CMD.....	17
4.3.1 Pré-CMD.....	17
4.3.2 CMD Total.....	18
4.3.3 CMD 23.....	18
4.4 Catalogue des forfaits ambulatoires.....	18
5 EVALUATION.....	19
5.1 Cost-weights.....	19
5.2 Valeur de référence.....	19
5.3 Groupes de cas à faible nombre de cas.....	20

6	CHIFFRES CLES	21
6.1	Degré de couverture dans le domaine ambulatoire hospitalier	21
6.2	Nombre de groupes de cas.....	21
6.3	Degré de couverture.....	21
7	ANNEXES	22

Liste des tableaux

Tableau 1: récapitulatif des livraisons de données	11
Tableau 2: liste des hôpitaux ayant signé un contrat de livraison de données	12
Tableau 3: aperçu des cas livrés	13
Tableau 4: illustration de la concordance entre les chapitres principaux des CMD et du TARMED	15
Tableau 5: CMD incluses dans le catalogue des forfaits ambulatoires	15
Tableau 6: illustration de l'attribution de positions du TARMED à une CMD	16
Tableau 7: illustration de la perméabilité entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires.....	17
Tableau 8: résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts	20
Tableau 9: couverture du domaine ambulatoire hospitalier.....	21
Tableau 10: nombre de groupes de cas	21
Tableau 11: degré de couverture de certains collectifs de patients.....	21

Liste des sigles

ATC	Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique
OFS	Office fédéral de la statistique
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
DRG	Groupe de cas lié au diagnostic
T2A	Tarif à l'acte
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
CIM	Classification internationale des maladies
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
SO	Salle d'opération
VPT	Valeur du point tarifaire

1 Introduction

Par la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 juin 2021, le législateur a décidé d'introduire une modification porteuse d'avenir dans la tarification des prestations ambulatoires dans le cadre du volet 1a de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Si l'art. 43 al. 2 LAMal, dans sa version actuelle, prévoit de calculer la rémunération sur la base d'un tarif au temps consacré, d'un tarif à l'acte ou d'un tarif forfaitaire, sans privilégier en particulier l'un ou l'autre de ces tarifs, une structure tarifaire approuvée ou fixée par le Conseil fédéral pour les tarifs forfaitaires par patient relatifs à des prestations ambulatoires devra être appliquée par tous les fournisseurs de prestations, avec l'entrée en vigueur du nouvel art. 43 al. 5ter LAMal, pour les traitements correspondants.

H+ et santésuisse sont désireux et soucieux de concrétiser rapidement ce nouveau système tarifaire légal et d'introduire, dans ce contexte, un nouveau système de tarification forfaitaire par patient. Compte tenu de l'absence, à ce jour, des dispositions d'exécution régissant cette modification de la loi, du délai court jusqu'à la mise en application et de la complexité liée à l'introduction d'un nouveau système tarifaire, les deux partenaires tarifaires souhaitent acquérir des connaissances précieuses pour le développement ultérieur de la structure tarifaire par le biais d'un rapport d'examen de l'autorité d'approbation.

Conformément à ces objectifs, la présente demande d'approbation sera soumise dans un premier temps par H+ et santésuisse. Le développement ultérieur de la structure se fera cependant conjointement avec la FMCH au sein de l'organisation tarifaire commune *solutions tarifaires suisses sa*. Il est prévu de soumettre la demande d'approbation définitive à *solutions tarifaires suisses sa* au nom des trois partenaires tarifaires.

Le présent rapport décrit le développement de la structure tarifaire, version 0.2. La demande définitive est prévue pour fin 2022 avec la version 1.0.

A l'instar du système forfaitaire stationnaire SwissDRG, *solutions tarifaires suisses sa* élaborera par la suite des versions annuelles successives.

L'objectif du système forfaitaire ambulatoire en tant que système auto-apprenant est de représenter la réalité économique sur la base de données de coûts et de prestations réelles dans une structure tarifaire régulièrement actualisable.

Dans la logique de la structure SwissDRG applicable aux traitements stationnaires, le tarif sépare la structure tarifaire du prix, ce qui permet d'avoir une structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse. En l'occurrence, le coût relatif représente la structure tarifaire, et le baserate le prix. Le baserate ambulatoire est négociable individuellement par les fournisseurs de prestations.

Les coûts relatifs des cas ambulatoires sont évalués indépendamment des forfaits par cas stationnaires. Les coûts relatifs ambulatoires sont calculés sur la base de données de coûts ambulatoires en appliquant la solution de branche REKOLE. Ceci garantit une évaluation adéquate et transparente des prestations au niveau de la structure tarifaire, les prestations pouvant être actualisées chaque année au moyen des nouvelles données de prestations.

2 Logique fondamentale des forfaits ambulatoires

2.1 Structure et fonctionnement

La structure des forfaits ambulatoires ici présentés est très largement inspirée du système connu et éprouvé SwissDRG. La structure et le fonctionnement de ces forfaits sont expliqués ci-après à l'aide de différents concepts clés.

Basé sur les données

Les forfaits ambulatoires ont été élaborés sur la base de données de coûts et de prestations réelles datant de 2019, fournies par de nombreux hôpitaux suisses.

Dans le domaine ambulatoire, les prestations médicales étaient majoritairement facturées via le TARMED. Cela signifie qu'un système forfaitaire basé sur les coûts ne peut être bâti que sur des données de prestations du TARMED associées à des données de coûts.

Les positions du TARMED facturées permettaient d'identifier des cas de patients médicalement semblables et de les fusionner en un groupe de cas. Sur la base des données de coûts associées au cas, on vérifiait au sein du groupe de cas s'il s'agissait de cas économiquement semblables. Les groupes de cas étaient donc élaborés sur la base de données de coûts et de prestations réelles et non sur la base de «connaissances d'experts» (voir également le chapitre 3).

TARMED vs CIM/CHOP

Les forfaits ambulatoires étant élaborés sur la base de données, seules des données de prestations déjà existantes peuvent être associées aux groupes de cas. Ces données de prestations recouvrent avant tout des positions du TARMED, mais elles peuvent être aussi complétées par des médicaments (code ATC), par le tarif 003 ou par d'autres prestations. Dans le futur, les forfaits devront être élaborés sur la base des diagnostics selon la CIM et des procédures selon la CHOP.

Contact-patient et cas tarifaire

La base d'un forfait est le cas administratif d'un patient. La gestion des cas est définie très simplement dans le domaine stationnaire: elle commence avec l'admission du patient, et s'achève avec la sortie du patient. Dans le domaine ambulatoire, la gestion des cas est bien plus complexe, car elle est actuellement appliquée de manière très différente dans les hôpitaux. Il y a des cas qui ne durent qu'un jour (p. ex. traitement d'urgence), que quelques semaines (p. ex. petite intervention avec contrôle pré- et post-opératoire), ou plusieurs mois (p. ex. contrôles récurrents d'un patient chronique). Afin de créer une base pour les forfaits ambulatoires, le concept de «contact-patient» a été introduit.

Définition du contact-patient:

Un contact-patient est défini comme la rencontre physique d'un patient avec un fournisseur de prestations.

Un patient peut donc avoir plusieurs contacts-patients avec différents fournisseurs de prestations le même jour, par exemple un contrôle chez le médecin de famille et chez un spécialiste. Un fournisseur de prestations peut en revanche n'avoir qu'un contact-patient

par patient un même jour (p. ex. un contrôle chez le rhumatologue et une radiographie par le radiologue font partie du même contact-patient).

Pour la facturation des forfaits ambulatoires, le contact-patient se mue en cas tarifaire, c'est-à-dire qu'un forfait est facturé par contact-patient.

Contenu des forfaits ambulatoires

Les forfaits ambulatoires couvrent l'ensemble des prestations fournies lors d'un contact-patient. Cela signifie qu'ils englobent les prestations médicales et non médicales, les médicaments et implants, les prestations de laboratoire, etc.

La facturation de deux forfaits le même jour est de ce fait exclue. Est également exclue la facturation de forfaits ambulatoires et de prestations individuelles le même jour.

Délimitation forfaits ambulatoires/tarif à la prestation

En principe, les forfaits ambulatoires sont appliqués dans le domaine des soins spécialisés, et la structure à la prestation dans celui des soins de base. Afin que les forfaits ambulatoires puissent être appliqués de manière exacte, une limite doit être définie. Dans la structure actuelle élaborée sur la base de positions tarifaires, cette limite est définie par le fait qu'une des prestations fournies a été saisie en utilisant une position tarifaire de la liste des positions trigger (Annexe 1).

Dans la version de facturation des forfaits ambulatoires, les positions tarifaires ne seront plus pertinentes pour le groupement du contact-patient dans un groupe de cas, mais les codes CIM et CHOP correspondants. Pour la délimitation avec le tarif à la prestation, le groupeur de facturation sera fourni avec une liste CHOP correspondante.

Groupement

Chaque contact-patient parcourt l'arbre de décision/groupeur et est classé/groupé dans le groupe de cas correspondant selon les indications saisies. Dans la version actuelle, les indications requises sont les suivantes:

- diagnostic selon CIM-10 (si disponible)
- positions du TARMED
- positions du tarif 003
- médicaments (code ATC)
- indications démographiques (âge, sexe)

Dans la version de facturation, les prestations fournies du contact-patient seront codées selon la CIM et la CHOP. Ces indications, et non les variables suspensionnées, seront donc pertinentes pour le groupement.

Le diagnostic est pertinent pour le classement dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD). La procédure est pertinente pour le classement dans le groupe de cas de base ou dans le groupe de cas. Pour plus d'informations, voir le chapitre 4.

Groupe de cas et cost-weight

Chaque groupe de cas est associé à un cost-weight. Il s'agit en l'occurrence d'un coût relatif, qui, pour la facturation, est multiplié par le baserate négocié, ce qui explique la séparation très nette de la structure et du prix. Calculés sur la base des coûts moyens figurant dans les données livrées, les cost-weights évaluent la gravité du cas relativement aux autres groupes de cas.

2.2 Alignement sur la structure SwissDRG

Les principes des forfaits ambulatoires reposent sur le modèle établi de la structure SwissDRG applicable dans le domaine stationnaire aigu. Les forfaits ambulatoires s'orientent à maints égards sur cette structure. Il en découle les avantages suivants:

- structure fondée sur des données de coûts et de prestations
- actualisation annuelle de la structure
- dissociation de la structure et du prix/tarif
- base pour la comparaison de l'économicité et la négociation des prix/tarifs basée sur des données

Certains traitements ou interventions pouvant être réalisés à la fois en ambulatoire et en stationnaire, l'alignement et l'orientation sur la structure SwissDRG garantissent la perméabilité entre les facturations ambulatoire et stationnaire. Il est donc compréhensible que les mêmes interventions réalisées en ambulatoire et en stationnaire se retrouvent dans le groupe de cas comparable (voir également le chapitre 4.2).

2.3 Différences par rapport à la structure SwissDRG

Des raisons à la fois médicales et économiques expliquent l'impossibilité de reprendre à 100 % la structure SwissDRG. Ainsi, le patient subissant, en ambulatoire, la même intervention qu'un autre patient en milieu stationnaire, a généralement moins de complications. L'intervention est aussi plus courte et l'état de santé pré-opératoire du patient est également meilleur, etc. C'est pourquoi les prescriptions stationnaires ne peuvent pas être entièrement reprises.

Le groupement dans les cas a été effectué, lorsque cela était possible, selon la logique des SwissDRG. Le premier groupement a été vérifié et, selon les besoins, complété, modifié ou élargi (voir le chapitre 4.2.2).

Les créations de nouveaux groupes de cas ont été particulièrement nombreuses dans les partitions médicales, pour la raison essentielle que ces prestations ne se rencontrent pas seules dans le domaine stationnaire. Elles ne sont donc pas regroupées dans un forfait par cas séparé, mais font partie d'un traitement plus large.

3 Données

3.1 Collecte de données

3.1.1 Première collecte de données en 2019

Les données disponibles à ce jour dans le domaine ambulatoire ne combinant pas des données de coûts et de prestations, il a fallu procéder à une collecte de données auprès des hôpitaux pour élaborer les forfaits ambulatoires. Cette collecte s'est alignée sur celles effectuées par l'OFS et SwissDRG SA pour les cas stationnaires, que les hôpitaux connaissaient déjà. Les détails relatifs à cette collecte de données figurent à l'Annexe 4, le contrat type pour la livraison des données et leur emploi figurant à l'Annexe 5.

3.1.2 Fondements

Les hôpitaux ont transmis tous les cas ambulatoires dont le début du traitement (ouverture du cas) et la fin du traitement (clôture du cas) étaient compris entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2019.

L'ouverture et la clôture des cas ont été limitées à l'année 2019, car les coûts des cas devaient être délimités.

Les cas devaient également comprendre au minimum une position tarifaire de type 001 (TARMED), 002 (Forfaits), 003 (Nouveaux forfaits) ou 500 (dialyses). Cette limitation a permis de réduire la livraison de données aux cas pertinents pour les forfaits ambulatoires. Par exemple, pour les cas de laboratoire purs (mandat de fournisseurs de prestations externes pour des analyses de laboratoire), il était d'emblée évident que ceux-ci ne se situaient pas dans le domaine des forfaits ambulatoires.

3.1.3 Format

Deux fichiers ont été transmis par hôpital, l'un pour les données de prestations (données de facturation), et l'autre pour les données de coûts. Les deux jeux de données par cas ont pu être reliés grâce à la clé primaire (numéro du cas).

Pour les données de prestations, les variables suivantes ont été demandées:

année: année du traitement

n° du cas: clé primaire (liaison avec le fichier de données de coûts)

âge: âge en années

Sexe: 1= homme, 2 = femme

CIM: diagnostic principal codé selon la CIM-10-GM (si disponible)

Date: date du traitement (jj.mm.aaaa)

Tarif: code de tarif à trois chiffres selon le Forum Echange de données

Numéro du tarif: position tarifaire, resp. chiffre de référence selon le Forum Echange de données

Quantité: nombre de positions tarifaires

VPT: valeur du point tarifaire en CHF

Montant: montant de la facture en CHF

Pour chaque cas, les données de coûts, dont les coûts par cas selon REKOLE® (coûts totaux), ont été transmises selon le format du domaine stationnaire bien connu dans les hôpitaux.

3.1.4 Fournisseurs de données

En mars 2021, de nombreux hôpitaux suisses ont reçu un courrier leur demandant de livrer des données. A ce jour, 45 hôpitaux ont signé le contrat de livraison de données. Sur ces 45 hôpitaux, 34 ont livré leurs données datant de 2019. Sur les 34 livraisons de données, 27 ont pu être utilisées pour le groupement et l'évaluation. Certains hôpitaux n'ayant pu fournir que des données de prestations, les cas n'ont pu être pris en compte pour l'évaluation.

Tableau 1: récapitulatif des livraisons de données

Contrats de livraison de données	44
Livraisons de données	34
Utilisation pour le groupement et l'évaluation	27

Les données des 27 hôpitaux ont été traitées selon le chapitre 3.2.

La liste complète des hôpitaux ayant signé un contrat de livraison de données figure dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2: liste des hôpitaux ayant signé un contrat de livraison de données

1	Centre hospitalier universitaire vaudois
2	Etablissements hospitaliers du nord vaudois
3	Flury Stiftung Gesundheitsversorgung
4	Fondation Institution de Lavigny
5	Gesundheitszentrum Fricktal AG
6	Gesundheitszentrum Zürich Oberland
7	Hôpital fribourgeois
8	Hôpital intercantonal de la Broye
9	Hôpital Jules Gonin
10	Hôpitaux universitaires de Genève
11	Insel Gruppe
12	Kantonsspital Aarau
13	Kantonsspital Baselland
14	Kantonsspital Glarus
15	Kantonsspital Graubünden
16	Kantonsspital Obwalden
17	Kantonsspital Uri
18	Kantonsspital Winterthur
19	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
20	Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique
21	L'Hôpital du Valais
22	L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais
23	Lindenhofgruppe
24	Luzerner Kantonsspital
25	Merian Iselin Klinik
26	Regionalspital Emmental
27	Schweizer Paraplegikerzentrum
28	See-Spital Horgen
29	Solothurner Spitäler AG
30	Spital Linth
31	Spital Oberengadin
32	Spital Schwyz
33	Spital STS AG
34	Spital Thurgau AG
35	Spital Tthesis
36	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
37	Spitalregion Fürstenland Toggenburg
38	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
39	Spitalzentrum Biel
40	Universitäts-Kinderspital beider Basel
41	Universitätsklinik Balgrist
42	Universitätsspital Basel
43	Uroviva Klinik AG
44	Zuger Kantonsspital

3.2 Traitement des données

3.2.1 Plausibilité

Lors du contrôle de plausibilité des données livrées, chaque cas est passé par trois étapes.

1. Plausibilité formelle
 - a. Toutes les indications requises ont-elles été fournies?
 - b. Les données de coûts et de prestations sont-elles correctement saisies?
 - c. Les données de coûts et de prestations sont-elles disponibles pour chaque cas?
2. Plausibilité de la combinaison de positions tarifaires
 - a. La facture comprend-elle au moins une position tarifaire en rapport avec des prestations médicales ambulatoires?
 - b. Seules des positions tarifaires valides ont-elles été sélectionnées?
 - c. Les limitations légales ont-elles été respectées?
3. Plausibilité des coûts
 - a. Le rapport entre les coûts par cas et les recettes par cas se situe-t-il dans la plage:
moyenne +/- 2 * écart type

3.2.2 Sélection des cas

Seuls les contacts-patients comprenant au moins une prestation issue de la liste des positions trigger (Annexe 1) ont été pris en compte pour le développement ultérieur du système.

3.2.3 Jeu de données de calcul

Le tableau suivant reflète le nombre de cas employés, ainsi que le nombre de cas qui comprennent plusieurs contacts-patients, qui se situent en dehors du champ d'application, qui ont été exclus en raison de leur absence de plausibilité, ou qui n'ont pu être utilisés, car les jeux de données étaient incomplets.

Tableau 3: aperçu des cas livrés

	Nombre de cas
Nombre de cas livrés	1'894'206
<i>Dont cas avec plusieurs contacts-patients ou ne remplissant pas les exigences posées en matière de spécification des données</i>	649'458
Cas avec un contact-patient	1'244'748

<i>Dont cas sans position trigger</i>	628'143
Cas avec un contact-patient avec prestation de soins spécialisés	616'605
<i>Dont cas non plausibles</i>	52'944
Nombre de cas employés	563'661

4 Classement des contacts-patients au moyen d'une logique d'arbre de décision

4.1 Introduction

Les contacts-patients sont groupés en fonction de certains critères à l'aide d'une logique d'arbre de décision. Ce procédé est également appliqué pour le groupement des cas stationnaires selon SwissDRG, TARPSY ou ST Reha.

Les critères de groupement employés sont le diagnostic principal, les prestations fournies, l'âge et le sexe, ainsi que, ponctuellement, le code ATC des médicaments prescrits.

Le groupement s'effectue selon une procédure comportant plusieurs étapes:

1. catégories majeures de diagnostic
2. groupe de cas de base
3. groupe de cas

Ces différentes étapes sont examinées plus en détail dans les chapitres suivants.

4.1.1 Catégories majeures de diagnostic

Les catégories majeures de diagnostic (CMD) sont les chapitres du catalogue des forfaits ambulatoires de niveau supérieur. Les CMD se recoupent en partie avec les chapitres principaux du TARMED, comme l'illustrent les deux exemples suivants:

Tableau 4: illustration de la concordance entre les chapitres principaux des CMD et du TARMED

Chapitres principaux des CMD	Chapitres principaux du TARMED
01 Affections du système nerveux	05 Système nerveux central et périphérique
02 Affections de l'oeil	08 Œil

Le catalogue des forfaits ambulatoires inclut les CMD suivantes:

Tableau 5: CMD incluses dans le catalogue des forfaits ambulatoires

CMD	Libellé
1	Affections du système nerveux
2	Affections de l'oeil
3	Affections des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge
4	Affections de l'appareil respiratoire
5	Affections de l'appareil circulatoire
6	Affections du tube digestif
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10	Affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
11	Affections des voies urinaires
12	Affections de l'appareil génital masculin

13	Affections de l'appareil génital féminin
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
22	Brûlures
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

Chaque contact-patient est attribué à une catégorie majeure de diagnostic (CMD) en fonction du diagnostic principal. Les hôpitaux n'ayant pas tous transmis un diagnostic selon la CIM, une méthode alternative a été mise au point pour déterminer le diagnostic principal. Chaque position du TARMED utilisée est en l'occurrence attribuée à une CMD. Le tableau suivant contient deux exemples:

Tableau 6: illustration de l'attribution de positions du TARMED à une CMD

Position tarifaire	Libellé	CMD
05.2410	Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon)	1
08.2760	Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire	2

Sur la base des positions tarifaires attribuées, on détermine, pour chaque contact-patient, la CMD générant le plus de recettes pour attribuer le contact-patient à une CMD.

Les CMD sont précédées d'une pré-CMD regroupant notamment les contacts-patients coûteux (p. ex. médecine nucléaire, radiothérapie), indépendamment du diagnostic. Les procédés d'imagerie sont tarifés dans la CMD 23, indépendamment également du diagnostic. La CMD 23 est suivie d'une post-CMD qui regroupe les contacts-patients séparément des CMD précédentes.

4.1.2 Groupe de cas de base

Après avoir été classé dans une CMD, le contact-patient est classé dans un groupe de cas de base (deuxième étape de groupement). Ce classement s'effectue sur la base des prestations fournies. Dans la phase de développement, la prestation fournie sera identifiée, comme indiqué précédemment, au moyen de la position tarifaire facturée.

De plus, chaque groupe de cas de base est attribué à l'une des trois partitions possibles:

O = opératoire

A = autre

M = médical

Ce classement a une incidence sur un éventuel regroupement des cas et sur le groupement des cas.

4.1.3 Groupe de cas

Au sein d'un groupe de cas de base, les contacts-patients sont classés dans les groupes de cas tarifaires en fonction de la prestation fournie ou d'autres critères relatifs au patient. La consommation différente des ressources est exprimée par la dernière lettre du groupe de cas. «A» correspond en l'occurrence à la consommation la plus élevée. Si le groupe de

cas de base n'est pas subdivisé en différents groupes de cas, le code du seul groupe de cas résultant de la subdivision se termine par un «Z».

4.2 Développement

4.2.1 Mapping

Afin de pouvoir établir une perméabilité entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires, on doit garantir que les cas incluant les mêmes interventions dans les deux structures tarifaires sont groupés dans le même groupe de cas de base. Pour ce faire, les positions trigger du TARMED ont été traduites en codes CHOP correspondants.

Exemple:

Tableau 7: illustration de la perméabilité entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires

Position du TARMED	Code CHOP	DRG de base de SwissDRG	Groupe de cas de base forfaits ambulatoires
24.5610	80.26.00	I18	I18

4.2.2 Création de la logique d'arbre de décision

La création de la logique d'arbre de décision s'est essentiellement déroulée en trois phases:

1. Construction de l'arbre de décision pour les groupes de cas de base qualifiés de perturbations dans le mapping (voir le chapitre 4.2.1). Cette première étape garantit la perméabilité avec la structure SwissDRG.
2. Création d'autres groupes de cas de base pour les prestations non représentées dans le système SwissDRG. Il s'agit là pour l'essentiel de groupes de cas de base relevant du domaine de la partition nonOR et médical.
3. Affinage de l'arbre de décision (contrôle de l'homogénéité des coûts, critères de split potentiels, hiérarchisation), et, à partir de là, établissement de groupes de cas. Cette étape a permis d'adapter les groupes de cas de SwissDRG au domaine ambulatoire et de perfectionner le catalogue des forfaits ambulatoires pour en faire une structure présentant la granularité requise pour la facturation.

4.3 Explications plus détaillées selon la CMD

4.3.1 Pré-CMD

Dans la pré-CMD, les contacts-patients coûteux sont répartis en groupes de cas, indépendamment du diagnostic.

Les forfaits ambulatoires de la pré-CMD contiennent l'ensemble des prestations qui ont été fournies dans le cadre d'un contact-patient. Cela signifie que les forfaits ambulatoires de radio-oncologie incluent non seulement les prestations de radiothérapie, mais aussi d'autres consultations, matériels/médicaments ou imageries éventuels.

4.3.2 CMD Total

Les forfaits ambulatoires sont divisés en trois partitions. Chaque CMD n'a pas toujours de forfaits dans les trois partitions.

On notera que la tarification des forfaits des partitions opératoire et nonOR inclut respectivement l'imagerie. Les forfaits de la partition médicale sont tarifés sans l'imagerie. Si un forfait, qui était à proprement parler un forfait médical, a été combiné à de l'imagerie, il est classé dans la CMD 23. [Cela signifie que pour les prestations de la partition médicale, une valeur plus importante a été attribuée à l'imagerie, ce qui fait qu'elle est placée avant dans l'arbre de décision.](#)

4.3.3 CMD 23

La CMD 23 regroupe les prestations d'imagerie. Cette prestation peut être essentiellement fournie en combinaison avec une procédure OR ou nonOR. Dans ce cas, les prestations d'imagerie sont incluses dans les forfaits ambulatoires de la CMD1-22 (voir le chapitre 4.3.2). Toutefois, une prestation d'imagerie peut être également fournie en combinaison avec une procédure médicale, une prestation T2A ou sans autres prestations. La CMD 23 reflète ces combinaisons.

4.4 Catalogue des forfaits ambulatoires

Le catalogue des forfaits ambulatoires regroupe les éléments expliqués ci-dessus. Il reproduit l'ensemble des groupes de cas, y compris leur évaluation relative au moyen de cost-weights. L'évaluation des groupes de cas est expliquée au chapitre 5.

5 Evaluation

5.1 Cost-weights

C'est parce que les forfaits ambulatoires ont été développés sur la base de données de coûts et de prestations que chaque groupe de cas a pu être associé aux contacts-patients correspondants. Les coûts relatifs à ces contacts-patients sont également connus, ce qui permet de calculer les coûts moyens par groupe de cas.

Les groupes de cas sont évalués au moyens de coûts relatifs. Le calcul des coûts relatifs s'effectue selon la formule suivante:

coût relatif d'un groupe de cas

= *coûts moyens du groupe de cas / coûts moyens de tous les contacts-patients (valeur de référence)*

5.2 Valeur de référence

La valeur de référence exprime les coûts moyens de tous les contacts-patients pertinents. Pour déduire la valeur de référence, tous les cas livrés ont été répartis entre leurs contacts-patients et classés dans l'une des catégories suivantes:

- a. contacts-patients avec au moins une position trigger
- b. contact-patient sans position trigger
- c. autres contacts-patients

Les contacts-patients de catégorie c) ne sont pas pertinents actuellement et n'ont pas été pris en compte. Ils incluent par exemple les contacts-patients qui ont été exclusivement réalisés par un autre fournisseur de prestations, tels que physiothérapie, conseil nutritionnel, etc.

A des fins de congruence avec les modalités d'application, les contacts-patients sans contact physique entre le patient et le fournisseur de prestations ont été traités à part dans un deuxième temps. Les coûts de ces contacts-patients ont été inclus dans les analyses ultérieures, dès lors que les critères suivants étaient remplis:

- le contact-patient intervient dans les 30 jours après un contact-patient comportant au moins une position trigger.
- le contact-patient inclut des prestations d'analyse/de laboratoire (tarif 317), ainsi que des comptes rendus et prestations en l'absence du patient (positions du TARMED figurant au chapitre 00.06, ou selon LG-8, LG-9, LG-10 et LG-11).

Pour les cas comprenant plusieurs contacts-patients, les coûts par cas rapportés aux recettes ont été répartis entre les différents contacts-patients. L'imprécision associée a certes une incidence sur les coûts du contact-patient individuel, mais elle n'en a pas sur le montant de la valeur de référence.

Le tableau suivant résume les résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts:

Tableau 8: résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts

Catégorie	Nombre de contacts-patients	Coûts moyens
Sans position trigger	1'460'097	318
Avec position trigger	865'742	722
Total	2'325'839	469

Ce tableau reflète le nombre de contacts-patients et n'est pas comparable à 100% aux indications fournies concernant les cas de patients. Il est possible qu'un cas comprenne plusieurs contacts-patients.

5.3 Groupes de cas à faible nombre de cas

Quelques groupes de cas présentent un faible nombre de cas. Différents outliers ayant, dans ces groupes de cas, une forte incidence sur les coûts moyens par cas, on a eu recours à d'autres bases d'évaluation:

- incorporation de cas comportant plusieurs contacts-patients, dès lors que le contact-patient principal est une prestation de soins spécialisés et que les recettes du contact-patient principal représentent au moins 80 % du total des recettes. Les coûts par cas ont été attribués au contact-patient principal proportionnellement aux recettes.
- utilisation du médian au lieu de la valeur moyenne.
- les coûts des groupes de cas issus du domaine stationnaire, qui présentent une étendue de prestations similaire, ont été «ambulatisés». En l'occurrence, les composants de coûts non pertinents dans le domaine ambulatoire ont été éliminés. Les coûts directs (médicaments, matériel, implants, etc.) ont été maintenus constants dans l'hypothèse que leur montant est identique pour les prestations ambulatoires et stationnaires. Pour les autres composants de coûts, un facteur de réduction a été déterminé sur la base d'un groupe de comparaison.

Les groupes de cas pour lesquels un coût relatif n'a pu être déterminé au moyen des procédés ci-dessus, figurent dans le catalogue des forfaits ambulatoires comme groupes de cas non évalués.

6 Chiffres clés

6.1 Degré de couverture dans le domaine ambulatoire hospitalier

Le tableau suivant montre quel est le pourcentage de contacts-patients avec et sans position trigger pour les forfaits ambulatoires. Les contacts-patients **qui n'incluent que des positions du TARMED correspondant à une prestation en l'absence du patient** n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation.

Tableau 9: couverture du domaine ambulatoire hospitalier

	Pourcentage de contacts-patients	Pourcentage de coûts
Sans position trigger	59,3 %	40,5 %
Avec position trigger	40,7 %	59,5 %

6.2 Nombre de groupes de cas

Tableau 10: nombre de groupes de cas

Nombre de groupes de cas	329
Dont groupes de cas non évalués	12

6.3 Degré de couverture

Le degré de couverture est utilisé pour analyser certains collectifs de patients. Il est calculé à partir d'une comparaison entre une rémunération hypothétique et les coûts réels. La rémunération hypothétique par contact-patient découle de la multiplication du cost-weight par un prix de base par cas qui financerait intégralement tous les contacts-patients. Calculé sur l'ensemble des cas, le degré de couverture est donc toujours de 100 %. Le tableau suivant résume les résultats:

Tableau 11: degré de couverture de certains collectifs de patients

	Degré de couverture
Hôpitaux universitaires	94 %
Hôpitaux non universitaires	105 %
Enfants et adolescents (âge < 16 ans)	100 %
Adultes (âge > 16 ans)	100 %

7 Annexes

Annexe 1

Positions trigger: liste de positions du TARMED qui déclenchent une facturation via le système de forfaits

Annexe 2

Délimitation forfaits/T2A: listes récapitulatives des positions du TARMED qui sont remplacées ou non remplacées par des forfaits

Annexe 3

Mapping: classement d'une position trigger dans un groupe de cas

Annexe 4

Document de collecte de données

Annexe 5

Contrat de livraison de données type