

Forfaits ambulatoires

Rapport sur le développement de la structure tarifaire

État: décembre 2022

Version 0.3

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
1 INTRODUCTION	6
2 LOGIQUE FONDAMENTALE DES FORFAITS AMBULATOIRES	7
2.1 Structure et fonctionnement.....	7
2.2 Alignement sur la structure SwissDRG	10
2.3 Différences par rapport à la structure SwissDRG	11
3 DONNEES.....	12
3.1 Collecte de données.....	12
3.1.1 Première collecte de données en 2019.....	12
3.1.2 Fondements.....	12
3.1.3 Format	12
3.1.4 Fournisseurs de données.....	13
3.2 Traitement des données	15
3.2.1 Plausibilité.....	15
3.2.2 Sélection des cas.....	15
3.2.3 Jeu de données de calcul.....	15
4 CLASSEMENT DES CONTACTS-PATIENTS AU MOYEN D'UNE LOGIQUE D'ARBRE DE DECISION.....	17
4.1 Introduction	17
4.1.1 Chapitres.....	17
4.1.2 Groupe de cas de base	18
4.1.3 Groupe de cas	19
4.2 Développement.....	19
4.2.1 Classement.....	19
4.2.2 Création de la logique d'arbre de décision	19
4.3 Explications plus détaillées par chapitre.....	19
4.3.1 Pré-chapitre.....	19
4.3.2 Chapitres 1-24	20
4.3.3 Chapitre 30	20
4.4 Catalogue des forfaits ambulatoires.....	20
4.5 Spécificités au sein de la logique d'arbre de décision	20
5 ÉVALUATION	22
5.1 Cost-weights.....	22
5.2 Valeur de référence	22
6 CHIFFRES CLES	24

6.1	Degré de couverture dans le domaine ambulatoire hospitalier	24
6.2	Nombre de groupes de cas.....	24
6.3	Degré de couverture.....	24
7	PERSPECTIVE CONCERNANT LE PERFECTIONNEMENT ET LA GESTION DU TARIF	25
7.1	Données	25
7.1.1	Données de base	25
7.1.2	Représentativité des données.....	25
8	ANNEXE.....	26

Liste des tableaux

Tableau 1: récapitulatif des livraisons de données	13
Tableau 2: liste des hôpitaux ayant signé un contrat de livraison de données	14
Tableau 3: aperçu des cas livrés	15
Tableau 4: illustration de la concordance entre les chapitres et les chapitres principaux du TARMED/SwissDRG	17
Tableau 5: Chapitres figurant dans le catalogue des forfaits ambulatoires	17
Tableau 6: illustration de l'attribution de positions du TARMED à un chapitre	18
Tableau 7: illustration de la répartition par diagnostic principal entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires.....	19
Tableau 8: résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts	23
Tableau 9: couverture du domaine ambulatoire hospitalier.....	24
Tableau 10: nombre de groupes de cas	24
Tableau 11: degré de couverture de certains collectifs de patients.....	24

Liste des abréviations

ATC	Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique
Cap	Chapitre
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
DRG	Groupe de cas lié au diagnostic (Diagnosis-related group)
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
GTIN	Global Trade Item Number
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SO	Salle d'opération
TA	Tarif à l'acte
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, grâce à la poursuite des échanges techniques avec l'Office fédéral de la santé publique OFSP, des connaissances précieuses pour le perfectionnement ultérieur de la structure tarifaire.

H+ et santésuisse soumettent la présente version intermédiaire (version tarifaire 0.3) dans le but de pouvoir poursuivre les précieux échanges techniques avec l'OFSP sur une base actualisée.

Le présent rapport décrit le développement de la structure tarifaire, version 0.3. La demande définitive est prévue pour fin 2023 avec la version tarifaire 1.0.

A l'instar du système forfaitaire stationnaire SwissDRG, *solutions tarifaires suisses SA* élaborera par la suite des versions annuelles mises à jour.

L'objectif du système forfaitaire ambulatoire, en tant que système auto-apprenant, est de représenter la réalité économique et médicale 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 (cost-weight) représente la structure tarifaire, et le baserate le prix. Le prix de base 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® reconnue. Ceci garantit une évaluation adéquate et transparente des prestations au niveau de la structure tarifaire, les prestations pouvant être mises à jour chaque année au moyen des nouvelles données de prestations.

2 Logique fondamentale des forfaits ambulatoires

2.1 Structure et fonctionnement

La structure et le fonctionnement des forfaits ambulatoires présentés ici sont très largement inspirés 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, 2020 et 2021 fournies par de nombreux hôpitaux suisses. Dans le domaine ambulatoire, les prestations médicales ont été majoritairement facturées via le TARMED. Cela signifie qu'actuellement, un système forfaitaire basé sur les coûts ne peut reposer que sur des données de prestations du TARMED associées à des données de coûts ambulatoires.

Les positions du TARMED facturées ont permis d'identifier des cas de patients médicalement semblables et de les regrouper dans un groupe de cas. Sur la base des données de coûts associées au cas, on a vérifié au sein du groupe de cas s'il s'agissait de cas économiquement semblables. Les groupes de cas ont donc été 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) ou de montants facturés.

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 recouvrent avant tout des positions du TARMED, mais elles peuvent aussi être complétées par des dispositifs médicaux (codes GTIN), par des médicaments (code ATC), par le tarif 003 ou par d'autres prestations. A l'avenir, les forfaits devront être élaborés sur la base des diagnostics selon la CIM et des procédures selon la CHOP.

Définition «Fournisseur de prestations ambulatoires»

Afin que tous les fournisseurs de prestations (cabinets libéraux, structures ambulatoires, hôpitaux) soient traités de la même manière, il convient de définir le «fournisseur de prestations ambulatoires». Pour simplifier, celui-ci dépend de la spécialité médicale. La définition exacte est énoncée dans le document «Règles et définitions».

Gestion des cas ambulatoires

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. Il y a des cas qui ne durent qu'un jour (p. ex. traitement d'urgence) ou que quelques semaines (p. ex. petite intervention avec contrôle pré- et post-opératoire) tandis que d'autres durent 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 (cf. paragraphe suivant).

Définition du contact-patient:

Un contact-patient est défini comme la rencontre physique ou téléphonique/virtuelle d'un patient avec un fournisseur de prestations. Dans le domaine ambulatoire, un patient peut donc avoir plusieurs contacts-patients avec différents fournisseurs de prestations le même jour. Pour la facturation des forfaits ambulatoires, le contact-patient se mue en cas tarifaire, si bien qu'un forfait est facturé par contact-patient.

Contenu des forfaits ambulatoires

Les forfaits ambulatoires, y compris les rémunérations supplémentaires, 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, les comptes-rendus, les prestations fournies en l'absence du patient, etc. Les prestations facturables séparément sont énumérées dans une liste exhaustive.

Délimitation forfaits ambulatoires/tarif à l'acte

En principe, les forfaits ambulatoires sont appliqués dans le domaine des soins spécialisés, et la structure à l'acte 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 l'acte, le groupeur de facturation sera fourni avec une liste CHOP correspondante.

Dans le cadre de la transition de la version 0.2 à la version 0.3, la question de la définition exacte de cette délimitation entre le système de forfaits ambulatoires et le tarif à l'acte a fait l'objet d'intenses discussions. En avril 2022, les partenaires tarifaires de solutions tarifaires suisses SA ont convenu de se baser sur les principes suivants pour la délimitation entre le tarif à l'acte et le système de forfaits ambulatoires:

1. Le système de forfaits ambulatoires couvre en particulier les prestations dans les infrastructures nécessitant beaucoup de ressources.
2. Le tarif à l'acte couvre en particulier les prestations fournies dans des infrastructures simples.

Dans la présente version 0.3, les travaux de développement ont porté principalement sur les points-clés suivants (cf. Illustration 1):

- Prestations opératoires
- Cardio- & angiographie interventionnelle
- Naissances en ambulatoire
- Radiooncologie
- Médecine nucléaire
- Endoscopies
- CT & IRM
- Mammographie

- DEXA scan

Actuellement, tous les partenaires tarifaires élaborent des principes de tarification dans le cadre de l'Organisation des tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA) créée le 15 novembre 2022. La délimitation exacte entre le système de forfaits ambulatoires et le tarif à l'acte sera également établie dans ces principes. solutions tarifaires suisses SA élaborera ensuite la version tarifaire 1.0 en tenant compte de ces directives de délimitation issues des principes de tarification et la publiera en juin 2023 (cf. Illustration 1).

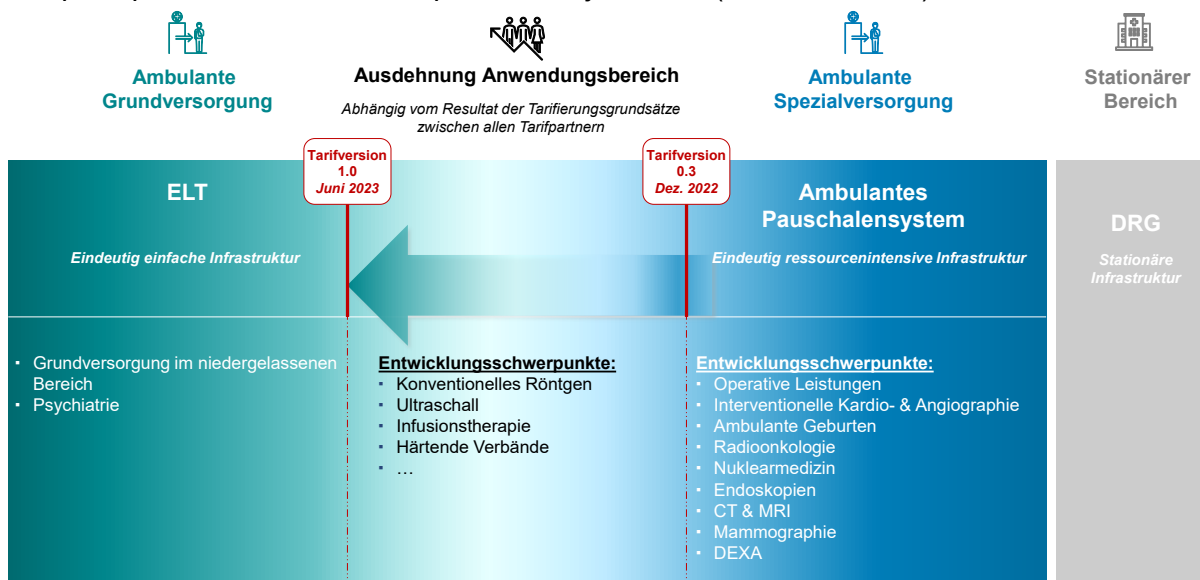


Illustration 1: Phases de développement de la version tarifaire 1.0

À cela s'ajoute, au cours du premier semestre 2023, une phase de développement supplémentaire («Étape de développement 1^{er} semestre 2023») dont les éléments clés sont les suivants:

- Radiologie conventionnelle
- Ultrasons
- Traitement par perfusion
- Bandages durcissants
- Autres le cas échéant

L'objectif est de s'assurer que le champ d'application attribué au système de forfaits ambulatoires pour la version tarifaire 1.0 est déjà disponible en juin 2023. L'un des avantages du système de forfaits ambulatoires réside dans le fait que les prestations sont évaluées de manière automatisée, sur la base des données disponibles sous forme de coûts relatifs. En d'autres termes, une fois qu'un domaine (par exemple: traitement par perfusion) a été intégré dans la logique de l'arbre de décision, il est possible de décider de manière flexible si ce domaine doit faire partie d'une version tarifaire ou non. Si les partenaires tarifaires devaient arriver à la conclusion que certains éléments clés de l'«Étape de développement 1^{er} semestre 2023» ne doivent pas (encore) faire partie de la version tarifaire 1.0, ces domaines pourraient être exclus sans que cela n'affecte le reste de la logique de la structure tarifaire.

Le champ d'application du système de forfaits ambulatoires pourrait également être adapté aux autres versions tarifaires dans le cadre de la mise à jour et du perfectionnement annuels.

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-GM (si disponible)
- positions tarifaires selon la liste des positions trigger (Annexe 1 au présent rapport)
positions du tarif 003
- médicaments (GTIN)
- indications démographiques (âge, sexe)

Dans la version de facturation, les prestations fournies du contact-patient sont codées selon la CIM et la CHOP. Ces indications, et non les variables susmentionnées, sont donc pertinentes pour le groupement. Le diagnostic est pertinent pour le classement dans les chapitres. La procédure est quant à elle 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 prix de base 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 par rapport aux autres groupes de cas.

Catalogue des forfaits ambulatoires

Le catalogue des forfaits ambulatoires répertorie tous les groupes de cas avec leurs numéros, désignations et cost-weight respectifs. Ces informations seront complétées par d'autres critères dans la version 0.3.

- Implants : le signe qui figure dans la colonne Implants indique que pour le groupe de cas correspondant, les implants peuvent être facturés en sus du forfait ambulatoire.

La colonne Implants permet d'apporter une nouvelle amélioration structurelle aux forfaits ambulatoires.

2.2 Alignement sur la structure SwissDRG

La structure et le fonctionnement des forfaits ambulatoires s'orientent sur le modèle établi de la structure SwissDRG applicable dans le domaine stationnaire aigu. 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

Cela permet une perméabilité des structures tarifaires entre le domaine ambulatoire et le domaine stationnaire, et ainsi une application plus simple des structures tarifaires.

2.3 Différences par rapport à la structure SwissDRG

Des raisons à la fois médicales et économiques expliquent l'impossibilité de reprendre à 100 pour cent 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 préopératoire du patient est également meilleur, etc. C'est pourquoi les prescriptions stationnaires ne peuvent pas être simplement reprises.

Dans un premier temps, le groupement dans les cas a été effectué, lorsque cela était possible, selon la logique des SwissDRG. Le premier groupement a été vérifié puis complété, modifié ou élargi selon les besoins dans le domaine ambulatoire (voir le chapitre 4.2.2). Cela a conduit à la refonte des groupes de cas et, partant, à une meilleure différenciation pour le domaine ambulatoire.

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 définir 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 2, le contrat type de livraison des données et leur emploi figurant à l'Annexe 3.

3.1.2 Fondements

Les données de base sont des données de coûts basées sur la comptabilité analytique selon REKOLE®. Les données relatives aux prestations se basent sur les prestations facturées conformément aux tarifs ambulatoires en vigueur.

Les hôpitaux ont livré la totalité des cas ambulatoires en indiquant le début du traitement (ouverture du cas) et la fin du traitement (clôture du cas) pour les années 2019, 2020 et 2021, du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les cas livrés devaient également comprendre au minimum une position tarifaire de type 001 (TARMED), 002 (Forfaits), 003 (Nouveaux forfaits) ou 500 (Dialyses). Cette restriction a permis de limiter 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 relevaient pas du 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 des données de coûts)
- Âge: âge en années ou date de naissance selon le format suivant : jj.mm.aaaa
- 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 Échange de données
- Numéro du tarif: position tarifaire, resp. chiffre de référence selon le Forum Échange 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. Pour la première livraison de données concernant l'année 2019, 44 hôpitaux avaient signé un contrat de livraison de données. Pour la deuxième phase de collecte qui s'est achevée en août 2022, trois hôpitaux supplémentaires ont signé un contrat de livraison de données. Pour les trois années 2019, 2020 et 2021, ce sont donc 77 jeux de données qui ont été transmis, dont 70 ont pu être utilisés pour le groupement et l'évaluation. Certains hôpitaux n'ayant pu fournir que des données de prestations, les cas n'ont pas pu être pris en compte pour l'évaluation.

Tableau 1: récapitulatif des livraisons de données

Contrats de livraison de données	47
Livraisons de données	77
Utilisation pour le groupement et l'évaluation	70

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

41	Spitalzentrum Biel
42	Stadtspital Zürich
43	Universitäts-Kinderspital beider Basel
44	Universitätsklinik Balgrist
45	Universitätsspital Basel
46	Uroviva Klinik AG
47	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. Les données de coûts sont-elles plausibles au regard des données de prestations (p. ex. des coûts OP sont-ils indiqués s'il s'agit d'un cas OP?)

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 utilisés, 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	5'726'271

<i>Dont cas qui ont été exclus car non plausibles ou impossibles à classer avec certitude sur la base de la gestion du cas</i>	1'489'708
Cas plausibles, dont:	4'236'563
- <i>Cas sans position trigger</i>	1'771'484
- <i>Cas avec plusieurs contacts-patients</i>	894'054
<i>Cas avec un contact-patient et prestation de soins spécialisés</i>	1'571'025
- <i>Dont cas qui ont été pris en compte pour le développement de la version 0.3</i>	853'915

Le développement de la version 0.3 a également pris en compte les cas de radiothérapie comprenant plusieurs contacts-patients. Cette manière de procéder se justifie par le fait que les hôpitaux gèrent généralement un cas pour l'ensemble de la radiothérapie d'un patient. Comme les coûts n'ont été présentés qu'au niveau des cas et non des contacts-patients individuels, les coûts par cas dans le domaine de la radiothérapie ont dû être attribués aux contacts-patients individuels. Pour ce faire, les coûts par cas ont été attribués aux contacts-patients individuels au prorata des recettes. Cette méthode garantit que la radiothérapie est évaluée dans son ensemble, avec une juste pondération par rapport aux autres domaines médicaux. Au sein de la radiothérapie, les relations entre les différents groupes de cas reflètent les relations issues des anciens tarifs et donc principalement du TARMED. Dès que les fournisseurs de prestations attribueront les coûts aux différents contacts-patients également dans le domaine de la radiothérapie, il sera possible de tenir compte de cet état de fait dans le cadre du perfectionnement de la gestion du tarif.

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. Ponctuellement, un code d'identification des médicaments prescrits peut également être pertinent pour le groupement.

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

1. Chapitre
2. Groupe de cas de base
3. Groupe de cas

Ces différentes étapes sont examinées plus en détail dans le chapitre suivant.

4.1.1 Chapitres

Les chapitres sont ceux du catalogue des forfaits ambulatoires de niveau supérieur. Ils se recoupent souvent avec les chapitres principaux du TARMED et de SwissDRG, comme l'illustrent les deux exemples suivants.

Tableau 4: illustration de la concordance entre les chapitres et les chapitres principaux du TARMED/SwissDRG

Chapitre	Chapitres principaux du TARMED	CMD du SwissDRG
01 Système nerveux	05 Système nerveux central et périphérique	01 Maladies et troubles du système nerveux
02 Œil	08 Œil	02 Maladies et troubles de l'œil

Le catalogue des forfaits ambulatoires inclut les chapitres suivants:

Tableau 5: Chapitres figurant dans le catalogue des forfaits ambulatoires

Cap	Libellé
1	Système nerveux
2	Œil
3	Oreille, nez, bouche et cou
4	Organes respiratoires
5	Système circulatoire
6	Système digestif
7	Système hépatobiliaire et pancréas

8	Système musculo-squelettique et tissu conjonctif
9	Peau, tissus sous-cutané et glande mammaire
10	Organes endocriniens
11	Organes urinaires
12	Organes génitaux masculins
13	Organes génitaux féminins
14	Grossesse et accouchement
22	Brûlures
23	Autre recours aux soins de santé
30	Imagerie

Chaque contact-patient est attribué à un chapitre (cap) en fonction du diagnostic principal. Les hôpitaux n'ayant pas tous transmis un diagnostic selon la CIM-10-GM, une méthode alternative a été mise au point pour déterminer le diagnostic principal. Chaque position du TARMED utilisée est en l'occurrence attribuée à un chapitre. Le tableau suivant contient deux exemples:

Tableau 6: illustration de l'attribution de positions du TARMED à un chapitre

Position tarifaire	Libellé	Cap
05.2410	Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon)	01
08.2760	Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire	02

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

Les chapitres sont précédés d'un pré-chapitre (préCap) regroupant notamment les contacts-patients coûteux (p. ex. médecine nucléaire, radiothérapie), indépendamment du diagnostic. Les procédés d'imagerie sont tarifés dans le chapitre 30, indépendamment également du diagnostic. Le chapitre 30 est suivi d'un post-chapitre (postCap) qui regroupe les contacts-patients séparément des chapitres précédents.

4.1.2 Groupe de cas de base

Après avoir été classé dans un chapitre, le contact-patient est classé dans un groupe de cas de base. Ce classement s'effectue sur la base des prestations fournies. Dans la phase de développement, la prestation fournie est 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

I = interventionnel

M = médical

Ce classement a une incidence 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 en fonction de la prestation fournie et 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 Classement

Le cas échéant, les cas sont attribués sur la base du diagnostic principal aux chapitres correspondant à la classification de la CMD SwissDRG. En revanche, pour les chapitres, qui ne s'appliquent pas dans le domaine couvert par les forfaits ambulatoires, le classement est adapté en conséquence.

Exemple:

Tableau 7: illustration de la répartition par diagnostic principal entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires

Code CIM	CMD SwissDRG	Chapitre forfaits ambulatoires
J15.9	04	04
F41.0	19	postCap

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 unités fonctionnelles TARMED qualifiées d'essentielles par les partenaires tarifaires.
2. Création d'autres groupes de cas de base pour les prestations présentant, selon les partenaires tarifaires, un potentiel de perfectionnement. Il s'agit là pour l'essentiel de groupes de cas de base relevant du domaine de la partition interventionnelle et médicale.
3. Affinage de l'arbre de décision sur la base d'un contrôle de l'homogénéité médicale et des coûts, de critères de split potentiels, d'une hiérarchisation et, à partir de là, établissement de groupes de cas.

4.3 Explications plus détaillées par chapitre

4.3.1 Pré-chapitre

Dans le pré-chapitre (préCap), les contacts-patients coûteux sont répartis en groupes de cas, indépendamment du diagnostic.

Les forfaits ambulatoires du préCap 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 Chapitres 1-24

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

On notera que la tarification des forfaits des partitions opératoires et interventionnelles inclut respectivement l'imagerie. Les forfaits de la partition médicale sont en règle générale tarifés sans l'imagerie. Si un forfait médical a été combiné à de l'imagerie, il est mentionné explicitement. 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 Chapitre 30

Le chapitre 30 (cap30) regroupe les prestations d'imagerie. L'imagerie peut être essentiellement fournie en combinaison avec une procédure opératoire ou interventionnelle. Dans ce cas, les prestations d'imagerie sont incluses dans les forfaits ambulatoires des chapitres 01-24 (cf. chapitre 4.3.2). Toutefois, une prestation d'imagerie peut également être fournie en combinaison avec une procédure médicale, une prestation à l'acte ou sans autres prestations. Le cap30 inclut ces combinaisons.

4.4 Catalogue des forfaits ambulatoires

Le catalogue des forfaits ambulatoires regroupe les désignations, titres et pondérations des groupes de cas. 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.

4.5 Spécificités au sein de la logique d'arbre de décision

Contenu des forfaits ambulatoires:

- Laboratoire: les prestations de laboratoire sont facturées dans TARMED sur la base de la Liste des analyses (LA), alors que dans SwissDRG, elles sont incluses dans le forfait. La facturation correspondante est régie à l'art. 69 OAMal. La version tarifaire 0.3 prévoit d'intégrer également les prestations de laboratoire dans les forfaits, ce qui nécessite une modification de l'art. 69 OAMal.
- Il est en outre stipulé dans le Manuel d'utilisation de la Liste des analyses que les prestations sont facturées le jour de leur réalisation, ce qui implique une facturation en dehors des forfaits ambulatoires et complique l'établissement de règles.
- Cette modification entraîne une prise en compte obligatoire de cet état de fait dans le cadre des négociations du baserate (prise en compte des éventuels anciens coûts externes et des cost-weights éventuellement sous-évalués).

- Pathologie: idem
- Prestations facturables séparément: en plus du forfait ambulatoire, d'autres prestations définies selon le tarif existant peuvent être facturées séparément, ce qui améliore la qualité du système dans le cadre du développement de ce dernier.

5 Évaluation

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 moyen de coûts relatifs. Le calcul des coûts relatifs s'effectue en principe selon la formule suivante:

Coût relatif d'un groupe de cas =

$$\frac{\text{Coûts moyens du groupe de cas}}{\text{Coûts moyens de tous les contacts-patients (valeur de référence)}}$$

Dans certaines situations résultant d'une combinaison entre le nombre de cas ($N < 30$) et la faible homogénéité du groupe de cas, la médiane est utilisée pour l'évaluation du groupe de cas. En cas de faible homogénéité, on renonce à toute évaluation. L'utilisation de la médiane augmente la robustesse du système car, par rapport à la moyenne, la médiane réagit moins fortement aux valeurs aberrantes.

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 TARMEF 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 qui en résulte 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

Nombre de contacts-patients	Nombre de contacts-patients	Coûts moyens
Total	6'461'880	496.64

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

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	59,2 %	40,5 %
Avec position trigger	40,8 %	59,5 %

6.2 Nombre de groupes de cas

Tableau 10: nombre de groupes de cas

Nombre de groupes de cas	481
Dont groupes de cas non évalués	2

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 pour cent. 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 Perspective concernant le perfectionnement et la gestion du tarif

7.1 Données

7.1.1 Données de base

Le système des forfaits ambulatoires repose sur des données de prestations et de coûts relatives à chaque cas et peut donc également traiter les données correspondantes provenant des cabinets libéraux ou des structures ambulatoires. Du fait de l'obligation légale de livrer des données, la masse de données exploitable est importante. Il convient de noter que la comptabilité des coûts par cas doit d'abord être établie dans les cabinets libéraux et les structures ambulatoires, ce qui permettra ensuite de prendre en compte les données des cabinets libéraux pour perfectionner le système.

7.1.2 Représentativité des données

Pour la version tarifaire actuelle, la livraison des données se fait sur la base du volontariat. Un engagement clair des partenaires tarifaires et des autorités en faveur de ce système de forfaits ambulatoires permettra de convaincre d'autres fournisseurs de prestations de livrer leurs données sur une base volontaire. Ainsi, au moment de l'introduction de la nouvelle obligation légale, une très vaste base de données sera déjà disponible à moyen terme pour la gestion du système.

8 Annexe

Annexe 1

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

Annexe 2

Document de collecte de données

Annexe 3

Contrat-type de livraison de données