

Forfaits ambulatoires

Rapport sur l'application de la structure tarifaire

Etat: décembre 2022

Version 0.3

Sommaire

LISTE DES SIGLES	2
1 INTRODUCTION	3
2 GESTION DU TARIF ET PERFECTIONNEMENT	3
2.1 Objectifs et condition.....	3
2.1 Collecte annuelle de données	3
2.1 Evolution du système	3
3 APPLICATION DU TARIF ET CODAGE	5
3.1 Groupeurs.....	5
3.2 Codage et révision du codage.....	5
3.3 Fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire.....	5
4 FACTURATION	6
5 AUTRES ASPECTS DU SYSTÈME	6
5.1 Mise en oeuvre de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal et monitoring	6
5.2 Négociation tarifaire / détermination des prix.....	6
5.3 Publication de l'explorateur de données	7
6 PERSPECTIVES	7

Liste des sigles

CHOP:	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM-10-GM:	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^{ème} révision, German Modification
EFAS:	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires
LAMal:	Loi sur l'assurance-maladie
OAMal:	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFS:	Office fédéral de la statistique
OFSP:	Office fédéral de la santé publique

1 Introduction

Le rapport sur l'application fournit des explications sur certains éléments relatifs à l'application de la structure tarifaire des forfaits ambulatoires.

2 Gestion du tarif et développement continu

Les éléments suivants doivent être transposés dans la convention nationale relative à la structure tarifaire pour les prestations à l'acte et les forfaits ambulatoires. Cette convention tarifaire nationale doit toutefois être élaborée et approuvée par tous les partenaires tarifaires concernés en vue d'une remise d'ici fin 2023.

2.1 Objectifs et condition

La structure tarifaire des forfaits ambulatoires est un système apprenant. Les objectifs suivants sont poursuivis:

- amélioration de la différenciation des groupes de cas fondée sur les coûts et les prestations.
- amélioration du niveau d'adéquation en ce qui concerne l'homogénéité des coûts, la qualité du système et l'actualité des examens et traitements représentés.
- intégration d'examens et de traitements facturés au moyen de forfaits issus d'autres conventions tarifaires (p. ex. dialyses, cellules souches).
- représentation et évaluation de nouveaux examens et traitements.
- représentation de l'évolution économique, technique et médicale.

Condition: les adaptations de la structure tarifaire doivent être effectuées sur la base de données effectives.

2.1 Collecte annuelle de données

Les fournisseurs de prestations, à qui la loi impose d'appliquer la structure tarifaire, sont tenus de fournir chaque année les données de coûts et de prestations conformément aux directives de l'organisation tarifaire compétente en vue du développement continu du système. Grâce au nombre élevé de contacts-patients, la structure tarifaire reposera sur un taux de couverture élevé.

2.1 Evolution du système

Le développement du système repose sur deux piliers:

- premièrement, l'organisation tarifaire compétente a pour mandat d'analyser régulièrement le système pour en tirer des possibilités d'optimisation et de les transposer dans le système conformément aux objectifs fixés.
- deuxièmement, les partenaires tarifaires peuvent formuler tous les ans des demandes de développement continu du système via une procédure de demande (formulaire à remplir) pendant une période déterminée. L'organisation tarifaire compétente est tenue d'étudier toutes les demandes qui lui parviennent et de les mettre en oeuvre, dès lors

que la structure tarifaire peut être améliorée conformément aux objectifs fixés. La procédure de demande s'inspire de celles de SwissDRG SA et est publiée de manière accessible au public.

3 Application du tarif et codage

La structure tarifaire des forfaits ambulatoires est un système basé sur les coûts, axé sur les prestations et régi par le diagnostic et les procédures. Le diagnostic du patient est codé selon la classification CIM-10-GM, les examens et traitements selon la classification CHOP. Les diagnostics, les procédures ainsi que d'autres caractéristiques relatives aux patients sont saisis dans un groupeur qui attribue le cas ambulatoire de manière univoque à un groupe de cas. Chaque cas ambulatoire qui est facturé au moyen de forfaits ambulatoires se voit ainsi affecter un coût relatif clair conformément au catalogue des forfaits par cas ambulatoires applicable.

3.1 Groupeurs

Des groupeurs de simulation ou de planification, qui permettent de simuler une année de données pour l'année d'application respective, sont mis à disposition pour la planification, la budgétisation et les négociations tarifaires.

Initialement, un groupeur de simulation pouvant grouper les cas ambulatoires sur la base des positions tarifaires du TARMED est également fourni.

3.2 Codage et révision du codage

Le codage s'effectue soit conformément au manuel officiel des règles de codage suisse (manuel de codage médical de l'OFS), soit conformément aux lignes directrices applicables au domaine ambulatoire édictées par l'organisation tarifaire compétente, qui s'appuient sur le manuel de codage médical de l'OFS. L'organisation agit, dans la mesure où cela est possible et souhaité, en concertation avec l'OFS.

Afin de garantir la qualité du codage dans le domaine ambulatoire, les partenaires tarifaires élaborent un règlement relatif aux révisions du codage dans le domaine ambulatoire en tenant compte du principe de proportionnalité.

3.3 Fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire

La nouvelle définition du fournisseur de prestations dans le secteur ambulatoire permet de mettre sur un pied d'égalité le domaine hospitalier ambulatoire et la pratique libérale. Les domaines de spécialité utilisés reprennent les titres fédéraux de spécialiste (ISFM).

Pour permettre une facturation et un contrôle sans faille des prestations, il est nécessaire d'identifier sans équivoque les fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Cette identification est constituée de l'[IDE du fournisseur de prestations] et du [numéro du domaine de spécialité]. Les éventuelles autres définitions en rapport avec la transmission des informations relatives au domaine de spécialité sont formulées dans le cadre du standard de facturation.

Quant aux règles d'application de la liste des domaines de spécialité, elles sont édictées à l'annexe 2 du document Règles et définitions.

4 Facturation

La facturation repose sur un standard électronique défini entre les partenaires tarifaires. Les paramètres obligatoires en vue du contrôle des factures des forfaits ambulatoires sont le numéro et la désignation du forfait, le fournisseur de prestations ambulatoire (domaine de spécialité), le costweight (coût relatif), le baserate (prix de base), l'attribution du diagnostic au chapitre correspondant, les procédures pertinentes pour le codage ainsi que les médicaments inclus dans le forfait et déterminants pour la compensation des risques.

Afin de garantir des processus allégés, les partenaires tarifaires définissent non seulement le standard de facturation, mais aussi des règles et des conditions claires pour le rejet des factures.

Pour les questions relatives à la facturation, les partenaires tarifaires intègrent les standards existants et leurs organisations.

5 Autres aspects du système

5.1 Mise en oeuvre de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal et monitoring

Les exigences du Conseil fédéral et de l'OFSP doivent être convenues et intégrées dans un concept global pour le système de forfaits ambulatoires et le tarif à l'acte. Tous les partenaires tarifaires concernés doivent, quant à eux, adopter ce concept dans une convention relative à la structure tarifaire pour le tarif à l'acte et le système de forfaits ambulatoires. Ces travaux doivent être effectués au cours du premier semestre 2023 en vue de leur remise commune fin 2023. santésuisse et H+ ont élaboré des solutions complémentaires au concept du CMI en se référant à la convention relative à la structure tarifaire de la version tarifaire 0.2, qui seront prises en compte dans ces travaux. Il a donc été décidé de renoncer à préparer un concept bilatéral révisé pour la version tarifaire 0.3. Ces solutions complémentaires incluent également le monitoring.

5.2 Négociation tarifaire / détermination des prix

Les partenaires tarifaires ont convenu que la structure tarifaire et la négociation tarifaire (ou détermination des prix) doivent être strictement séparées. La convention relative à la structure tarifaire régit donc exclusivement des aspects relatifs à la structure tarifaire et ne contient délibérément aucun élément relatif aux négociations tarifaires. Les négociations tarifaires se déroulent entre les fournisseurs de prestations / le groupement de fournisseurs de prestations et les communautés d'achat selon la LAMal. L'approbation des conventions tarifaires et, partant, la garantie de la conformité avec la loi relèvent des autorités compétentes selon la LAMal.

Le costweight ne contient donc pas d'éventuelles distorsions dues aux négociations tarifaires. La position de négociation des parties à la convention tarifaire n'entre en ligne de compte que lors de la convention ou de la détermination du tarif voire du baserate. La convention ou détermination du baserate ne fait pas partie de la structure tarifaire, qui est régie par les parties à la convention relative à la structure tarifaire.

5.3 Publication de l'explorateur de données

Dans un souci de transparence totale, les partenaires tarifaires publieront de manière accessible au public un explorateur de données basé sur les explorateurs de données de SwissDRG SA relatifs aux structures tarifaires SwissDRG et TARPSY, afin de garantir que l'ensemble des institutions concernées et intéressées par la structure tarifaire, ainsi que l'opinion publique, puissent consulter les bases de calcul des différents groupes de cas.

6 Perspectives

L'une des préoccupations majeures des partenaires tarifaires est la perméabilité tarifaire entre les domaines ambulatoire et stationnaire. Avec la présente structure tarifaire, qui reprend en tous points la logique de la structure tarifaire SwissDRG, un grand pas a été fait dans cette direction. Alors que se profile un potentiel financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), les bases d'un regroupement à moyen terme des structures tarifaires stationnaire et ambulatoire sont ainsi posées, ce qui permettra de ne plus négocier qu'un tarif (baserate) et, partant, de minimiser les incitations inopportunes potentielles.