

Rapport

sur le développement de la structure tarifaire du tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient

État: juin 2023

Version 1.0

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	I
LISTE DES ABRÉVIATIONS	II
1 INTRODUCTION	1
2 LOGIQUE FONDAMENTALE DU TARIF BASÉ SUR DES FORFAITS PAR PATIENT	2
2.1 Structure et fonctionnement.....	2
2.2 Alignement sur des structures tarifaires existantes.....	5
3 DONNÉES.....	6
3.1 Collecte des données.....	6
3.1.1 Fondements.....	6
3.1.2 Format	6
3.1.3 Fournisseurs de données.....	7
3.2 Traitement des données	9
3.2.1 Plausibilité.....	9
3.2.2 Sélection des cas.....	9
3.2.3 Jeu de données de calcul.....	9
4 CLASSIFICATION DES CONTACTS-PATIENTS AU MOYEN D'UNE LOGIQUE D'ARBRE DE DÉCISION.....	11
4.1 Introduction	11
4.1.1 Chapitres.....	11
4.1.2 Groupe de cas de base	12
4.1.3 Groupes de cas.....	13
4.2 Développement.....	13
4.2.1 Classement.....	13
4.2.2 Création de la logique d'arbre de décision	13
4.3 Explications plus détaillées par chapitre.....	14
4.3.1 Pré-chapitre.....	14
4.3.2 Chapitres 1-24	14
4.3.3 Cap30.....	14
4.4 Catalogue des forfaits ambulatoires.....	14
4.5 Contenu du tarif basé sur des forfaits par patient	14
5 ÉVALUATION	16
5.1 Cost-weights.....	16
5.2 Groupes de cas non évalués	16
5.3 Valeur de référence	16
6 CHIFFRES CLÉS	18

6.1	Groupes de cas	18
6.2	Homogénéité des groupes de cas.....	18
6.3	Contacts-patients par groupe de cas.....	19
6.4	Qualité du système	19
6.5	Indice casemix et nombre de contacts-patients	19
6.6	Degré de couverture.....	20
6.7	Degré de financement.....	20
6.8	Estimation des conséquences sur les coûts.....	21
7	PERSPECTIVE CONCERNANT LE PERFECTIONNEMENT ET LA MAINTENANCE DU TARIF	22
7.1	Feuille de route.....	22
7.2	Champ d'application	22
7.3	Différenciation	23
7.4	Données.....	23
7.4.1	Représentativité des données.....	23
7.4.2	Données de base du secteur en pratique privée	23
7.5	Prestations facturables séparément.....	23
7.6	Procédure de demande.....	23
8	ANNEXE.....	24

Liste des tableaux

Tableau 1: récapitulatif des livraisons de données	7
Tableau 2: liste des hôpitaux ayant signé un contrat de livraison de données	8
Tableau 3: aperçu des cas livrés	10
Tableau 4: vue d'ensemble des contacts-patients dans le jeu de données de calcul.....	10
Tableau 5: illustration de la concordance entre les chapitres et les chapitres principaux du TARMED/SwissDRG.....	11
Tableau 6: chapitres figurant dans le catalogue des forfaits ambulatoires	11
Tableau 7: illustration de l'attribution de positions du TARMED à un chapitre	12
Tableau 8: illustration de la répartition par diagnostic principal entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires.....	13
Tableau 9: résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts	17
Tableau 10: nombre de groupes de cas	18
Tableau 11: nombre de contacts-patients dans des groupes de cas évalués et non évalués	18
Tableau 12: nombre de groupes de cas	18
Tableau 13: répartition des groupes de cas selon le degré d'homogénéité.....	18
Tableau 14: répartition des groupes de cas par nombre de cas	19
Tableau 15: paramètres statistiques.....	19
Tableau 16: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients.....	19
Tableau 17: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients par catégorie d'hôpitaux	19
Tableau 18: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients par catégorie d'âge.....	20
Tableau 19: degré de couverture du tarif basé sur des forfaits par patient, pourcentage de contacts-patients	20
Tableau 20: degré de couverture du tarif basé sur des forfaits par patient, pourcentage des recettes TARMED	20
Tableau 21: degré de couverture par catégorie d'âge	21
Tableau 22: conséquences financières hypothétiques	21

Liste des abréviations

ATC	Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique
Cap	Chapitre
CH	Coefficient d'homogénéité
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
OTMA SA	Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA
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 la prestation 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 des tarifs basés sur des forfaits 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 ont soumis au Conseil fédéral fin 2021 la version intermédiaire 0.2 et fin 2022 la version intermédiaire 0.3, respectivement pour examen et dans le but de poursuivre les échanges techniques avec l'OFSP. La demande concernant la version d'introduction 1.0 sera soumise au Conseil fédéral fin 2023. Le présent rapport décrit quant à lui le développement de la structure tarifaire, version 1.0.

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. À l'instar du système forfaitaire stationnaire SwissDRG, *solutions tarifaires suisses SA* élaborera régulièrement, au plus tard à l'issue de la phase de neutralité dynamique des coûts, une version annuelle mise à jour.

Dans la logique des structures tarifaires applicables 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) des différents groupes de cas représente la structure tarifaire, et le baserate le prix. Le prix de base est négocié entre d'une part les fournisseurs de prestations ou leurs groupements et, d'autre part, les communautés d'achat des assureurs.

Les coûts relatifs des groupes de 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 du tarif basé sur des forfaits par patient

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, et expliqués ci-après à l'aide de différents concepts clé.

Basé sur les données

Les groupes de cas ambulatoires ont été élaborés sur la base de données de coûts et de prestations ambulatoires réelles datant de 2019, 2020 et 2021 fournies par de nombreux hôpitaux suisses. Le jeu de données relatif aux prestations a été généré à partir des positions tarifaires facturées (en part. TARMED, forfaits facultatifs), tandis que le jeu de données relatif aux coûts l'a été à partir des données de coûts par cas selon REKOLE.

Les positions tarifaires 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 groupes de cas 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. La collecte des données de l'année 2025 permettra de perfectionner le catalogue des forfaits ambulatoires 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 «Modalités d'application».

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 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 atteint d'une pathologie chronique). Afin de créer une base pour les forfaits ambulatoires, le concept de «contact-patient» a donc 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 ambulatoires*. Un patient peut donc avoir plusieurs contacts-patients avec différents fournisseurs de prestations ambulatoires au cours d'une même journée. Pour la facturation d'un groupe de cas, le contact-patient correspond à un *contact-patient facturable* (cas tarifaire) ou plusieurs contacts-patients sont regroupés conformément aux modalités d'application en un seul et même *contact-patient facturable* (cas tarifaire).

Contenu du tarif basé sur des forfaits par patient

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 tarif basé sur des forfaits par patient – tarif à la prestation

En principe, le tarif basé sur des forfaits par patient est appliqué dans le domaine des soins spécialisés, et le tarif à la prestation dans celui des soins de base. Afin que le tarif basé sur des forfaits par patient puisse être appliqué de manière exacte, une limite doit être définie. Dans la version 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 figurant sur la liste des positions trigger (Annexe 1).

Dans la version de facturation du tarif basé sur des forfaits par patient, ce ne seront plus les positions tarifaires qui seront 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.

Dans le cadre de la transition de la version 0.2 à la version 1.0, la question de la définition exacte de cette délimitation entre le tarif basé sur des forfaits par patient et le tarif à la prestation 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 la prestation et le tarif basé sur des forfaits par patient:

1. Le tarif basé sur des forfaits par patient couvre en particulier les prestations fournies dans les infrastructures nécessitant beaucoup de ressources.
2. Le tarif à la prestation couvre en particulier les prestations fournies dans les infrastructures simples.

Pour la version d'introduction 1.0, une attention particulière a été apportée aux domaines de prestations qui relèvent indiscutablement des soins spécialisés:

- Prestations opératoires;
- Cardio- & angiographie interventionnelle;
- Naissances en ambulatoire;
- Radio-oncologie;
- Médecine nucléaire;

- Endoscopies;
- Imagerie (p. ex. CT & IRM).

Les domaines de prestations qui soit relèvent de toute évidence des soins de base (p. ex. ultrasons), soit se situent entre les soins de base et les soins spécialisés (p. ex. diagnostic fonctionnel) ne sont pas représentés dans la version d'introduction 1.0. Le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient peut cependant être adapté dans le cadre de la gestion et du perfectionnement. Il incombe à l'OTMA SA et à ses partenaires d'adopter une feuille de route pour l'intégration dans le système tarifaire basé sur des forfaits par patient des domaines de prestations déjà représentés dans les versions précédentes. L'Annexe 4 offre une vue d'ensemble des unités fonctionnelles qui sont purement et simplement remplacées par le tarif basé sur des forfaits par patient ou qui contiennent des positions trigger.



Développement du domaine d'application (2025 – 2028)

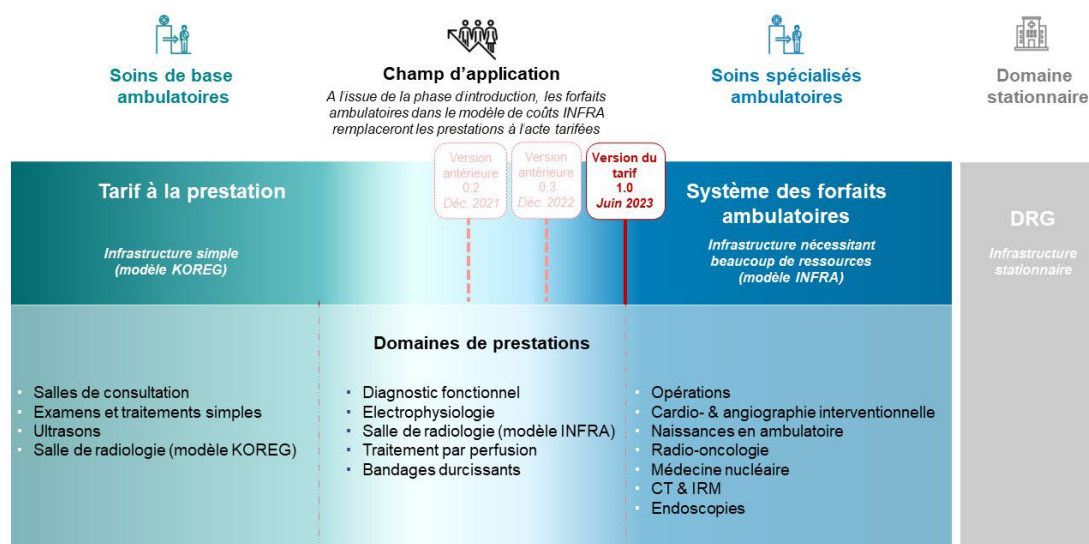


Illustration 1: évolution du champ d'application

Groupement

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

- Données médicales:
 - o Diagnostic (selon CIM-10-GM si disponible, ou selon l'attribution de la position trigger au chapitre);
 - o Positions tarifaires;
 - o Médicaments (GTIN).
- Indications démographiques:
 - o Âge;
 - o Sexe.

Dans la version de facturation, les prestations fournies dans le cadre du contact-patient sont codées selon la CIM, la CHOP et le GTIN. 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 groupes de cas ambulatoires (forfaits)

Le catalogue des forfaits ambulatoires répertorie tous les groupes de cas avec leurs numéros, désignations et cost-weight respectifs. Comme dans la version 0.3, ces informations seront complétées par une remarque si les coûts pour l'implant ont été exclus du calcul du cost-weight. La facturation séparée des implants dans les groupes de cas signalés contribue à une amélioration de la qualité du système.

2.2 Alignement sur des structures tarifaires existantes

Les logiques décisionnelles et les nomenclatures d'autres tarifs, à l'instar du SwissDRG ou des forfaits facultatifs, ont servi pendant une première phase de développement (v0.1 et v0.2) principalement à poser une première hypothèse de travail et exprimaient la volonté de se baser sur ce qui existait déjà et avait fait ses preuves. Avec l'évolution vers la version d'introduction, le développement du système s'est largement détaché des logiques décisionnelles existantes d'autres systèmes tarifaires. Dans ce contexte, il convient également de mentionner que le patient subissant, en ambulatoire, la même intervention qu'un patient en milieu stationnaire, a généralement moins de complications. L'intervention est aussi plus courte et l'état de santé préopératoire du patient est meilleur. C'est pourquoi les prescriptions stationnaires ne peuvent pas être simplement reprises.

La structure et le fonctionnement des groupes de cas s'orientent sur le modèle établi applicable dans le domaine stationnaire et particulièrement en soins somatiques aigus. Il en découle les avantages suivants:

- structure fondée sur les données de coûts et de prestations;
- mise à jour régulière 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.

3 Données

3.1 Collecte des données

3.1.1 Fondements

Les données disponibles à ce jour dans le domaine ambulatoire ne combinant pas des données de prestations et de coûts, il a fallu procéder à une collecte de données auprès des hôpitaux pour définir les forfaits ambulatoires. Cette collecte s'est inspirée de 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.

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 le tarif basé sur des forfaits par patient. 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.

3.1.2 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 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 tarifaire 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.

3.1.3 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 Thuisis
38	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
39	Spitalregion Fürstenland Toggenburg
40	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden

41	Spitalzentrum Biel
42	Stadthospital 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?
 - a. 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 (par exemple, 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
- dont cas qui ont été exclus car non plausibles ou impossibles à classer avec certitude sur la base de la gestion du cas	1'752'231
Cas plausibles	3'974'040
- dont cas sans prestation dans le champ d'application	2'901'274
Cas plausibles avec prestation dans le champ d'application	1'072'766
- dont cas hors radiothérapie avec plusieurs contacts-patients	272'908
Cas plausibles qui ont été pris en compte dans le développement de la version 1.0	799'858

Le développement de la version 1.0 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 maintenance du tarif.

Alors que le nombre de cas qui ont été pris en compte dans le développement de la version 1.0 est indiqué dans la dernière ligne du Tableau 3, le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble au niveau des contacts-patients.

Tableau 4: vue d'ensemble des contacts-patients dans le jeu de données de calcul

	Nombre de contacts-patients
- Contacts-patients, hors radiothérapie	788'680
- Contacts-patients, radiothérapie	95'626
Contacts-patients, nombre total	884'306
- dont regroupés en groupes de cas non facturables	52
Contacts-patients utilisés pour l'évaluation des groupes de cas	884'254

4 Classification 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 ou le montant des coûts liés à un implant peuvent également être pertinents pour le groupement.

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

1. Chapitre (capitulum);
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 5: illustration de la concordance entre les chapitres et les chapitres principaux du TARMED/SwissDRG

Chapitre	Chapitres principaux 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 6: 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	Autres 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 7: illustration de l'attribution de positions du TARMED à un chapitre

Position tarifaire	Libellé	Cap
05.2410	Décompression/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 Groupes 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 aux chapitres sur la base du diagnostic principal. Dans le cas des chapitres qui ne s'appliquent pas dans le domaine couvert par les forfaits ambulatoires, le classement est adapté en conséquence.

Exemple:

Tableau 8: illustration de la répartition par diagnostic principal entre la structure SwissDRG et les forfaits ambulatoires

Code CIM	Chapitre forfaits ambulatoires
J15.9	04
F41.0	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 groupes de cas du préCap contiennent l'ensemble des prestations qui ont été fournies dans le cadre d'un contact-patient. En d'autres termes, les groupes de cas 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 groupes de cas sont divisés en trois partitions. Chaque chapitre n'a pas forcément de groupes de cas dans les trois partitions.

On notera que la tarification des groupes de cas des partitions opératoires et interventionnelles inclut l'imagerie. En revanche, les groupes de cas 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 Cap30

Le 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 Contenu du tarif basé sur des forfaits par patient

Les prestations du laboratoire sont facturées dans le tarif à la prestation conformément à la Liste des analyses, alors que dans SwissDRG, elles sont incluses dans le forfait. La facturation correspondante est régie à l'art. 59 OAMal. La version tarifaire 1.0 prévoit d'intégrer également les prestations de laboratoire dans les forfaits, ce qui nécessite une modification de l'art. 59 OAMal afin d'étendre au domaine ambulatoire le régime dérogatoire existant pour les tarifs forfaitaires dans le domaine stationnaire. solutions tarifaires suisses SA a attiré l'attention du Conseil fédéral sur ce point dans le cadre de la version intermédiaire 0.3 et est en discussion avec l'OFSP au sujet d'une adaptation de l'ordonnance.

En conséquence, les coûts des analyses de laboratoire sous-traitées à des prestataires externes ne sont pas compris dans les coûts par cas transmis et utilisés pour l'évaluation, tout comme les coûts d'autres prestations sous-traitées à des prestataires externes, à l'instar des examens de pathologie. Le volume de prestations sous-traitées à des prestataires externes (décision «make or buy») est propre à chaque hôpital; certains hôpitaux appliquent le principe «make», tandis que d'autres suivent plutôt le principe «buy». Comme ces prestations se répartissent sur l'ensemble du système, on peut considérer qu'il n'y a pas ou que peu de distorsion de la structure tarifaire.

Dans le cadre des négociations de prix, différents facteurs doivent être pris en compte. Ainsi, il faut tenir compte d'une part des coûts des prestations sous-traitées à des prestataires externes et, d'autre part, des produits thérapeutiques fournis dont les coûts sont intégrés dans le calcul des cost-weights (cf. 6.8).

En sus du groupe de cas, d'autres prestations peuvent être facturées séparément selon les modalités d'application. La possibilité de facturer des prestations séparément augmente la qualité du système, dans la mesure où les prestations dont les coûts présentent de grandes variations, qui ne sont pas systématiquement fournies ou dont l'inclusion pourrait nuire aux soins, ne sont pas rémunérées par le groupe de cas. Dans la version d'introduction, les prestations facturables séparément sont rémunérées selon les tarifs en vigueur.

5 Évaluation

5.1 Cost-weights

C'est parce que les groupes de cas 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 (ou cost-weights). 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. 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 Groupes de cas non évalués

Les groupes de cas à faible nombre de cas ($N < 30$) et à faible coefficient d'homogénéité ($< 0,5$) ne sont pas évalués.

5.3 Valeur de référence

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 (p. ex. physiothérapie, conseil nutritionnel).

Les contacts-patients de catégorie c) n'incluent pas de prestation médicale et ne sont donc pas pertinents dans le cas présent. La valeur de référence représente les coûts moyens de tous les contacts-patients ayant donné lieu à des prestations médicales (types a et b).

À 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 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 9: résultats de la catégorisation et de la répartition des coûts

Nombre de contacts-patients	Coûts moyens
6'729'742	488 CHF

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 Groupes de cas

Tableau 10: nombre de groupes de cas

	v1.0	v0.3
Nombre de groupes de cas	454	483
Non facturables	1	2
Nombre de groupes de cas facturables	453	481
évalués	450	479
non évalués	3	2

Tableau 11: nombre de contacts-patients dans des groupes de cas évalués et non évalués

	Nombre de groupes de cas	Nombre de contacts-patients
Groupes de cas évalués	450	884'233
Groupes de cas non évalués	3	21

Tableau 12: nombre de groupes de cas

	Nombre de groupes de cas évalués	Proportion de contacts-patients	Proportion de casemix
Évalués au moyen de la valeur moyenne	420	100,0%	99,9%
Évalués au moyen de la médiane	30	<0,1%	0,1%

6.2 Homogénéité des groupes de cas

L'homogénéité des coûts des différents groupes de cas peut être exprimée au moyen du coefficient d'homogénéité (CH) : plus sa valeur est élevée, plus le groupe de cas est homogène. Normalement, sa valeur ne devrait pas descendre nettement en dessous de 50 % (cf. Nicole Eisenmenger, «das aG-DRG System - komplex, logisch... und fair ?», p. 28). Le tableau ci-dessous montre que seuls quelques groupes de cas et un très faible pourcentage de contacts-patients et de casemix sont rémunérés par le biais de groupes de cas non homogènes (CH < 0,50).

Tableau 13: répartition des groupes de cas selon le degré d'homogénéité

Coefficient d'homogénéité	Nombre de groupes de cas évalués	Proportion de contacts-patients	Proportion de casemix
≥ 0,67	327	56 %	68 %
≥ 0,60	78	34 %	26 %
≥ 0,50	37	8 %	5 %
< 0,50	8	2 %	1 %

6.3 Contacts-patients par groupe de cas

Tableau 14: répartition des groupes de cas par nombre de cas

Contacts-patients par groupe de cas	Nombre de groupes de cas évalués	Proportion de groupes de cas	Proportion de casemix
> 10'000	24	69 %	42 %
> 1'000	69	23 %	34 %
> 100	193	7 %	21 %
> 30	94	1 %	3 %
≤ 30	70	0 %	0 %

6.4 Qualité du système

Avec R^2 et MAPE, on dispose de deux indicateurs de la qualité du système. R^2 est obtenu au moyen d'une analyse de variance à un facteur et correspond au rapport entre la variance expliquée et la variance totale. MAPE est l'écart moyen en pourcentage entre les coûts effectifs par cas d'un groupe de cas et les coûts moyens par cas d'un groupe de cas. Les chiffres clés pour les versions 1.0 et 0.3 ont été calculés avec le même jeu de données de calcul (v1.0).

Tableau 15: paramètres statistiques

Indicateur de qualité	v1.0	v0.3
R^2	0,80	0,79
MAPE	38,8 %	39,3 %

6.5 Indice casemix et nombre de contacts-patients

Tableau 16: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients

	CMI	Nombre
Jeu de données de calcul	2,08	884'233

Tableau 17: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients par catégorie d'hôpitaux

	CMI	Nombre
Hôpitaux universitaires (K111)	2,52	286'608
Centres hospitaliers (K112)	1,92	499'171
Médecins de premier recours (K12*)	1,94	53'890
Médecins spécialistes (K23*)	1,37	44'585

Tableau 18: indice casemix (CMI) et nombre de contacts-patients par catégorie d'âge

	CMI	Nombre
Enfants et adolescents (moins de 18 ans)	2,52	58'425
Adultes (18 à 64 ans)	2,06	499'791
Adultes (65 ans et plus)	2,05	326'017

6.6 Degré de couverture

Le tableau suivant montre, pour tous les contacts-patients qui ont été rémunérés en 2021 sur la base du TARMED, les pourcentages pour le tarif basé sur des forfaits par patient et pour le tarif à la prestation. Les contacts-patients qui n'incluent que des positions du TARMED relatives à la prestation fournie en l'absence du patient n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation.

L'analyse pour le secteur hospitalier ambulatoire a été réalisée par tarifsuisse sa sur la base des Données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) 2021. Pour le secteur en pratique privée, les factures individuelles (année de traitement 2021) mises à disposition par les assureurs-maladie à tarifsuisse sa ont été analysées. Les recettes TARMED contenues dans les données de facturation transmises correspondent à 39,9 % des recettes TARMED totales.

Tableau 19: degré de couverture du tarif basé sur des forfaits par patient, pourcentage de contacts-patients

Pourcentages de contacts-patients			
	v1.0	v0.3	v0.2
Secteur en pratique privée	5,2 %	7,5 %	14,3 %
Secteur hospitalier ambulatoire	18,5 %	21,1%	36,3 %

Tableau 20: degré de couverture du tarif basé sur des forfaits par patient, pourcentage des recettes TARMED

Pourcentages de recettes TARMED			
	v1.0	v0.3	v0.2
Secteur en pratique privée	20,4 %	27,2 %	40,7 %
Secteur hospitalier ambulatoire	43,9 %	49,0 %	64,9 %

6.7 Degré de financement

Le degré de financement 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 qui financerait intégralement tous les contacts-patients. Calculé sur l'ensemble des cas, le degré de couverture est donc toujours de 100 pour cent.

Tableau 21: degré de couverture par catégorie d'âge

	Degré de financement
Enfants et adolescents (moins de 18 ans)	100,2 %
Adultes (18 à 64 ans)	98,3 %
Adultes (65 ans et plus)	102,7 %

6.8 Estimation des conséquences sur les coûts

Il est possible d'effectuer une estimation grossière des conséquences sur les coûts pour le secteur ambulatoire hospitalier à partir des Données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) 2021 et, pour le secteur en pratique privée, à partir des données de facturation des assureurs. Il convient toutefois de garder à l'esprit que les valeurs indiquées ne constituent pas une base fiable pour la détermination du prix de base sans incidence sur les recettes. En l'absence de prix négociés, la présente estimation des conséquences financières est basée sur les recettes actuelles. Par rapport à ces dernières, les prix négociés prendront en compte plusieurs autres facteurs:

- Surcoûts dus aux prestations sous-traitées à des prestataires externes (analyses de laboratoire, pathologie);
- Réduction des coûts pour les produits thérapeutiques remis, qui sont rémunérés séparément dans le cadre du système de forfaits par patient;
- Volumes supérieurs ou inférieurs qui s'expliquent par l'écart entre les contacts-patients identifiables et les contacts-patients qui découlent de l'application concrète du *contact-patient facturable*, conformément aux modalités d'application.

Eu égard aux restrictions mentionnées, il est possible d'estimer comme suit les possibles conséquences financières pour l'année 2021.

Tableau 22: conséquences financières hypothétiques

	Nombre de contacts-patients	Indice casemix	Recettes actuelles	Montant
Hôpital, soins ambulatoires	2'497'000	2,1	400 CHF	2,1 mrd CHF
Secteur en pratique privée	2'866'000	1,6	360 CHF	1,6 mrd CHF
Total	5'363'000	1,8	380 CHF	3,7 mrd CHF

7 Perspective concernant le perfectionnement et la maintenance du tarif

7.1 Feuille de route

solutions tarifaires suisses SA a convenu avec ses organisations partenaires d'une feuille de route pour le perfectionnement de la structure tarifaire. Le principe du système apprenant entrera en vigueur à partir de la troisième année d'application, puisque la structure tarifaire restera stable pendant les deux premières années, afin de stabiliser les recettes et de pouvoir apporter au système les changements qui s'avèreront nécessaires.

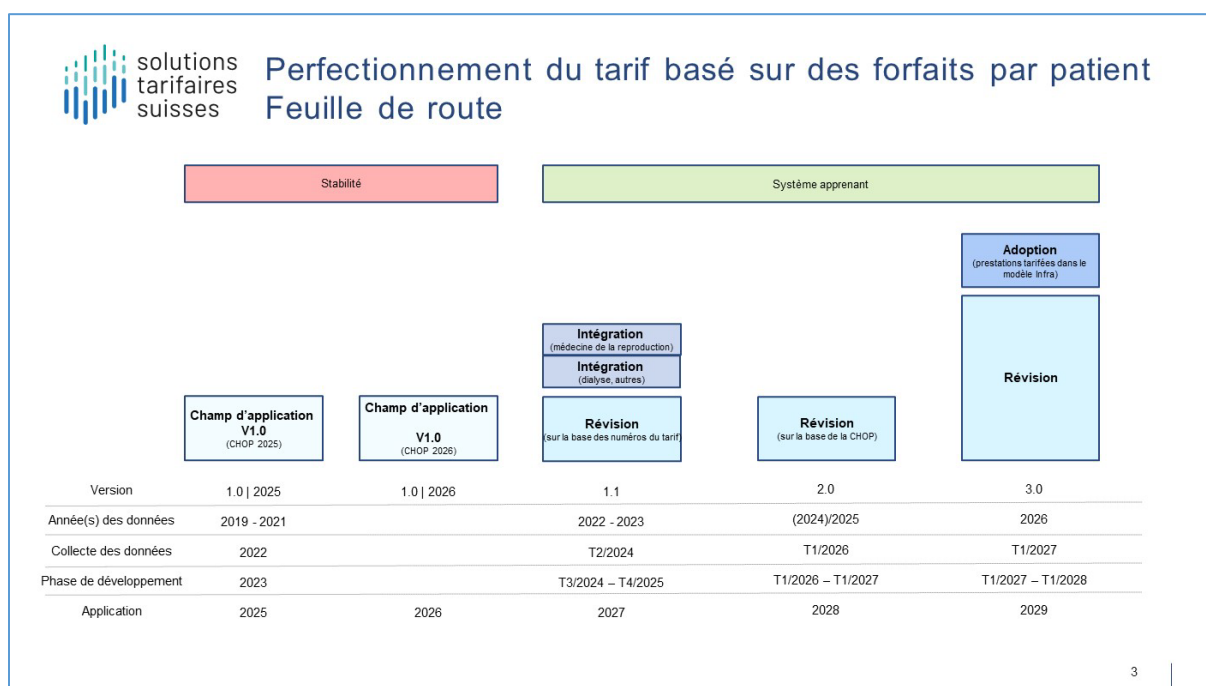


Illustration 2: feuille de route définie pour le perfectionnement

7.2 Champ d'application

La version d'introduction 1.0 du tarif basé sur des forfaits par patient forfaitise les prestations qui peuvent être clairement attribuées au domaine des soins spécialisés (cf. chapitre 2). Les organisations partenaires de solutions tarifaires suisses SA ont convenu, dans le cadre d'une feuille de route, de maintenir ce domaine d'application stable pendant les deux premières années d'introduction. En 2027, les prestations médicales ambulatoires qui sont aujourd'hui déjà rémunérées de manière forfaitaire pourraient être intégrées dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient (p. ex. médecine de la reproduction, dialyses, prestations liées aux transplantations). À moyen terme, il est prévu que le champ d'application représente toutes les prestations tarifées dans le tarif à la prestation au moyen du modèle INFRA. En font également partie les prestations de diagnostic fonctionnel qui, contrairement à la version intermédiaire 0.3, ne font pas partie du champ d'application de la version d'introduction. Pour conclure, il convient de préciser que le champ d'application effectif des futures versions sera déterminé par l'OTMA SA et ses organisations partenaires.

7.3 Différenciation

Les possibilités de représentation différenciée des prestations ont été limitées dans la phase de développement par le fait que les prestations fournies devaient être identifiées sur la base des positions tarifaires existantes. Il est communément admis que la nomenclature TARMED est obsolète et ne permet pas de représenter de manière différenciée les prestations fournies dans de nombreux domaines. Avec l'introduction du tarif basé sur des forfaits par patient, les prestations sont représentées à l'aide de codes CHOP. De plus, grâce à la collecte des données 2025 en 2026, un jeu de données de calcul sera disponible pour le perfectionnement, ce qui permettra une différenciation adéquate du catalogue. Il est prévu que la structure tarifaire 2.0 soit appliquée en 2027 (cf. feuille de route ci-dessus).

7.4 Données

7.4.1 Représentativité des données

Il est prévu de collecter mi-2024 les données de coûts et de prestations 2022 et 2023 et, à partir de 2026, de collecter chaque année les données générées par la mise en œuvre du tarif basé sur des forfaits par patient. Un engagement clair des partenaires tarifaires et des autorités en faveur du système du tarif basé sur des forfaits par patient permettra de convaincre d'autres fournisseurs de prestations de livrer leurs données. Dès l'introduction de la nouvelle obligation légale, une très grande base de données sera donc déjà disponible pour la maintenance régulière du système.

7.4.2 Données de base du secteur en pratique privée

La structure tarifaire du tarif basé sur des forfaits par patient repose sur des données de prestations et de coûts relatives à chaque cas, qui peuvent également être générées dans des cabinets libéraux ou des structures ambulatoires. Du fait de l'obligation légale de livrer des données, la masse potentielle de données exploitable est considérable. Il convient de noter que la comptabilité des coûts par cas doit préalablement 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.

7.5 Prestations facturables séparément

Dans le cadre du perfectionnement du système, on examine en permanence quelles prestations sont rémunérées séparément et pour lesquelles de ces prestations des rémunérations supplémentaires peuvent être établies sur la base des données disponibles.

7.6 Procédure de demande

Les partenaires tarifaires se sont mis d'accord pour mettre en place une procédure de demande annuelle à compter de l'introduction du tarif basé sur des forfaits par patient. Les retours d'information des utilisateurs et les demandes concrètes constitueront une base précieuse pour le perfectionnement et la maintenance de la structure tarifaire.

8 Annexe

Annexe 1

Positions trigger: liste des positions tarifaires qui déclenchent une facturation via le système des forfaits par patient

Annexe 2

Document de collecte de données

Annexe 3

Contrat-type de livraison de données

Annexe 4

Vue d'ensemble des unités fonctionnelles: désignation des unités fonctionnelles qui sont purement et simplement remplacées par le tarif basé sur des forfaits par patient ou qui contiennent des positions trigger. Les modifications apportées par rapport à la v0.3 sont mises en évidence.