



Etude de faisabilité forfaits ambulatoires

Sur mandat du conseil d'administration
de SwissDRG SA

Auteurs: Constanze Hergeth, Fabian Gfeller, Rémi Guidon, Simon Hölzer
Etat: 30.10.2018

Table des matières

Management Summary.....	4
Introduction.....	5
Chapitre I: Bases.....	6
1. Incitations dans les structures tarifaires et par le financement.....	6
1.1. Tarifs des prestations individuelles vs. forfaits	6
1.2. Traitement ambulatoire avant et après	7
1.3. Des structures tarifaires obsolètes (tarification hétérogène)	7
1.4. Un financement hétérogène des prestations ambulatoires et stationnaires	7
1.5. Transfert des cas couverts par l'assurance complémentaire.....	7
2. Conditions-cadres.....	8
2.1. Champ d'application, niveau des fournisseurs de prestations	9
2.2. Champ d'application, niveau des prestations	9
2.3. Protection tarifaire	9
2.4. Modalités d'application.....	9
2.5. Actualité des structures tarifaires	10
2.6. La question du financement du point de vue des organismes payeurs, EFAS.....	10
2.7. Organisation et financement de SwissDRG SA.....	10
2.8. Adaptations législatives.....	10
3. Les conditions du développement	10
3.1. Révision du regroupement / de la méthode de calcul	10
3.2. Nécessité d'étendre le relevé des données	11
3.3. Etat de l'enregistrement des données des cas ambulatoires à l'échelle suisse.....	11
4. Questions à élucider.....	12
Chapitre II: Méthode et résultats.....	14
1. Domaines de prestations.....	14
1.1. Liste des interventions à effectuer en ambulatoire	14
1.2. Extensions de la liste des interventions chirurgicales.....	14
2. Méthode	16
2.1. Configuration de la structure tarifaire	16
2.2. Classement des DRG.....	17
2.3. Délimitation des cas	18
2.4. Délimitation des coûts.....	20
2.5. Calcul	22
2.6. Evaluation des forfaits ambulatoires et comparaison.....	22
3. Discussion	23

Annexe A: Domaines de prestations	24
Annexe B: composantes de coûts non utilisées	28
Références	29

Management Summary

La présente étude de faisabilité nous a permis de montrer que des forfaits ambulatoires peuvent être évalués en s'appuyant sur les données de coûts et prestations. En raison de la disponibilité de ces données par cas, il est possible d'établir rapidement des forfaits ambulatoires. Dans le monde tarifaire actuel, des incitations inopportunes systématiques résultent – notamment – de la tarification différente des prestations ambulatoires et stationnaires. Le regroupement de prestations (forfaits) et la primauté claire de l'ambulatoire sur le stationnaire réduisent les incitations inopportunes dans le système. Dans le présent travail, les forfaits se basent sur le système de forfaits par cas SwissDRG, en partant du principe que les prestations ambulatoires peuvent être regroupées selon les prestations, resp. les patients, et évaluées de la même manière que les prestations stationnaires. Dans le sens d'un système apprenant, le calcul pourra intégrer les données des cas ambulatoires grâce à des relevés ultérieurs des coûts et des prestations dans les services ambulatoires des hôpitaux. En plus de l'élaboration et de l'évaluation techniques d'une structure tarifaire pour les forfaits ambulatoires, une série de conditions cadres devront être élaborées pour ce domaine de prestations par les partenaires tarifaires qui seront concernés.

Die vorliegende Machbarkeitsstudie konnte zeigen, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Aufgrund der Verfügbarkeit dieser Daten auf Fallenebene lassen sich rasch ambulante Pauschalen etablieren. In der heutigen Tarifwelt gibt es systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch - aber nicht ausschliesslich - aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung „ambulant vor stationär“ reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der vorliegenden Arbeit wurde die Pauschalierung gemäss dem SwissDRG-Fallpauschalensystem gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen. Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden.

Introduction

Notamment grâce aux progrès de la technologie, les interventions chirurgicales stationnaires peuvent être réalisées en ambulatoire et sont identifiées comme un potentiel ambulatoire. Il est évident qu'il est avantageux de pousser à ce que ces cas soient traités en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire. A performance comparable, la configuration ambulatoire est plus économique, et la prestation stationnaire, qui demande des ressources supplémentaires non proportionnelles, va donc à l'encontre des critères EAE de la LAMal. Pour ce qui est du patient, la prestation ambulatoire atténue les désagréments de la personne concernée. Entre autres, un traitement en ambulatoire réduit les risques d'infection, permet généralement d'être mieux à l'écoute du patient et de limiter son niveau de stress, notamment en pédiatrie (voir [2], p.24). Surtout, le traitement ambulatoire étant plus économique, il peut soulager non seulement les patients, mais aussi les payeurs de primes et les contribuables.

Le rapport d'experts «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins» [1] a pour objectif d'identifier les mesures susceptibles de soulager l'assurance obligatoire des soins. Une comparaison internationale révèle également dans ce domaine un potentiel encore inexploité en Suisse. Les mesures vont de l'encouragement au transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire (M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire) à l'établissement de forfaits dans le secteur ambulatoire (M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire). Le rapport cite également d'autres mesures, qui sont importantes dans le contexte de cette étude de faisabilité: M25 Maintenir la structure tarifaire à jour, M26 Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire, M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG).

Les études de l'OCDE révèlent elles aussi le potentiel ambulatoire de la Suisse, dans le cadre d'une comparaison internationale: par rapport à la moyenne de l'OCDE, la Suisse affiche un pourcentage inférieur d'interventions chirurgicales effectuées en ambulatoire parmi celles qui peuvent en principe être réalisées dans ce domaine (voir [5], p.117). La moyenne est donc supérieure dans le domaine stationnaire. Il faut noter à ce sujet que cette comparaison ne peut être faite sans tenir compte d'autres facteurs, car les conditions-cadres sont gérées de façon différente suivant les pays de l'OCDE, le suivi médical des interventions chirurgicales en ambulatoire (ex.: organisation de soins et d'aide à domicile, hébergement avec suivi médical dans un hôtel dépendant de l'hôpital) impliquant une définition variable de la notion de prestation «ambulatoire».

L'étude de PwC «Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année» [6] ainsi que le document de l'Observatoire suisse de la santé Obsan («Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire» [3]) proposent des approches pour quantifier le potentiel d'économies pouvant être réalisées grâce à une fourniture des prestations en ambulatoire.

En décembre 2017, le conseil d'administration de SwissDRG SA a chargé son directeur de faire une étude de faisabilité sur les forfaits ambulatoires, sur la base de la liste des interventions chirurgicales à effectuer en ambulatoire, fixée par l'Office fédéral de la santé publique. L'objectif de cette étude est un débat critique et une évaluation des structures d'incitation actuelles, notamment dans l'optique d'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Chapitre I: Bases

1. Incitations dans les structures tarifaires et par le financement

La structure tarifaire SwissDRG est perfectionnée tous les ans, sur la base des données à jour sur les prestations et les coûts. Grâce à cette procédure basée sur des données, la réalité des soins médicaux et les variations des coûts des cas sont répercutées dans la structure tarifaire.

On constate également ce qu'on appelle une compression de la structure tarifaire dans la version 8.0 de la structure tarifaire SwissDRG, qui entraîne une surévaluation des cas présentant une moindre gravité et une possible sous-évaluation des cas de traitement plus complexes. Sur- et sous-évaluation résultent de différents facteurs, notamment la base des données actuelle.

La structure des coûts et les éventuels indices de répartition sont fixés par le manuel REKOLE®. L'objectif de la présente étude de faisabilité n'est pas d'évaluer cette procédure de répartition, ni l'enregistrement des coûts.

En dehors des éventuelles incitations inopportunes présentées ci-après (ex.: tarifs des prestations individuelles vs. forfaits, structure tarifaire obsolète, cas couverts par l'assurance complémentaire), l'hypothèse selon laquelle il existe d'autres incitations inopportunes au sein de la structure tarifaire SwissDRG, qui freineraient le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, ne peut être confirmée.

Les partenaires de SwissDRG SA se sont mis d'accord sur une façon de procéder basée sur les coûts pour calculer les cost-weights (coûts imputables sur la base des coûts réels de REKOLE®). Les prestations analysées ici en détail, et présentant un potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire dans SwissDRG, ne sont pas systématiquement plus rémunérées comparé aux autres prestations purement stationnaires, elles subissent peut-être même l'effet de compression décrit ci-dessus.

Les incitations négatives en matière de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire sont constatées quand les traitements pour lesquels une configuration ambulatoire est recommandée, que ce soit du point de vue médical et social, ou de celui des coûts, sont malgré tout administrés en stationnaire. Ces incitations négatives, qui freinent, voire empêchent le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, seront présentées dans ce chapitre:

1.1. Tarifs des prestations individuelles vs. forfaits

Partant du principe, d'une part que tous les acteurs concernés par l'exécution d'interventions chirurgicales sélectionnées comme pouvant être réalisées en ambulatoire ont une attitude fondamentalement positive, d'autre part que les systèmes tarifaires TARMED et SwissDRG modélisent bien l'utilisation des ressources, la décision du type de prestation devrait être prise au cas par cas, sur la base des indications médicale et sociale.

Alors que le système TARMED correspond à une tarification des prestations individuelles, le système SwissDRG regroupe, lui, les prestations fournies sous forme de forfaits. A la différence d'une tarification des prestations individuelles, les systèmes basés sur des forfaits n'incitent pas à générer le plus de prestations possible par cas; ils se concentrent au contraire sur les traitements médicalement nécessaires. On peut donc supposer que les possibilités d'augmenter les quantités sont limitées grâce aux forfaits.

Un effet de sélection dans le choix du système tarifaire peut aussi s'avérer aller dans l'autre sens, à savoir de l'ambulatoire vers le stationnaire. Si le forfait génère des recettes plus élevées par rapport à la facturation de positions TARMED, cela représente une incitation financière à traiter le cas en stationnaire.

Seuls des règles de facturation claires et impossibles à manipuler peuvent garantir que les prestations ne seront fournies en stationnaire que quand c'est médicalement nécessaire.

1.2. Traitement ambulatoire avant et après

Les traitements administrés avant et après des séjours stationnaires ou des interventions chirurgicales en ambulatoire contribuent à assurer et à consolider le suivi du traitement. Les incitations inopportunes concernant les traitements ambulatoires avant et après résultent de la capacité à modéliser les prestations, que ce soit dans les forfaits ou dans les positions des prestations individuelles de TARMED. Il peut en résulter la fourniture d'une prestation en ambulatoire, qui est également contenue dans le forfait DRG facturable. Des règles claires sur le contenu des prestations d'un forfait (des règles de facturation définissant par exemple si les traitements avant et après, chez le même prestataire, dans une période définie, peuvent être compris dans le forfait stationnaire ou ambulatoire) permettraient de limiter ces incitations négatives. Les forfaits appliqués au secteur ambulatoire sont également concernés par ces incitations et appellent eux aussi une réglementation claire.

1.3. Des structures tarifaires obsolètes (tarification hétérogène)

Les coûts des prestations ne cessent de varier. Les prestations pour lesquelles les coûts pourraient être réduits, par exemple grâce aux progrès technologiques, mais qui continuent de générer la même rémunération, conformément à la tarification, deviennent financièrement plus attractives.

Dans le domaine ambulatoire, en moyenne les hôpitaux ne peuvent plus couvrir leurs frais (voir [3], p. 29). C'est déjà en soi une incitation au transfert vers le stationnaire. Le même mécanisme joue à plein, à cause de structures tarifaires obsolètes. Si des prestations ne sont pas correctement modélisées dans un tarif, cela génère des incitations au transfert.

L'une des composantes importantes de la qualité du système tarifaire SwissDRG est qu'il évolue tous les ans. Dans le domaine ambulatoire aussi, la structure tarifaire devrait être en permanence adaptée à la réalité.

1.4. Un financement hétérogène des prestations ambulatoires et stationnaires

Alors que dans le domaine stationnaire de la LAMal, les cantons assument 55% de la rémunération (et les assureurs 45%), les prestations ambulatoires sont totalement financées par les assureurs. Suivant le montant de la rémunération et le fait que la prestation peut indifféremment être fournie en stationnaire ou en ambulatoire, rien n'incite les assureurs à un transfert vers l'ambulatoire, sachant qu'ils assumeront totalement seuls les frais d'une configuration ambulatoire. Le transfert des prestations vers le secteur ambulatoire réduit en revanche les dépenses des cantons.

Dans une étude de l'Obsan (voir [3], p. 9), les économies réalisées par les cantons du fait de l'augmentation des transferts vers l'ambulatoire sont évaluées, pour les secteurs définis de cette étude, à près de CHF 90 millions. Les conséquences pour les assureurs sont difficiles à estimer: suivant le domaine de prestation, les différences de montants des rémunérations indiquées dans les tarifs des interventions chirurgicales ambulatoires seront déterminantes. On ne peut donc exclure de nouvelles pressions financières sur les assureurs et les payeurs de primes. Une série d'hypothèses sont nécessaires pour évaluer les conséquences financières sur l'ensemble du système. Tout comme dans le secteur stationnaire, ces calculs devraient faire partie de la demande d'approbation des tarifs et être présentés par les partenaires tarifaires.

1.5. Transfert des cas couverts par l'assurance complémentaire

Pour les prestations fournies aux patients en division privée ou semi-privée, les hôpitaux / médecins perçoivent en général une rémunération supplémentaire de l'assurance complémentaire. Dans le domaine

ambulatoire, dans les cas normaux, la rémunération est indépendante de la catégorie d'assurance et les hôpitaux n'ont aucune possibilité de gain complémentaire. Cela provoque des incitations inopportunes, car les hôpitaux profitent des honoraires de l'assurance complémentaire en cas de prestation stationnaire. Si la rémunération du médecin est associée aux honoraires générés, la fourniture de prestations stationnaires aux patients couverts par une assurance complémentaire représente une possibilité de rémunération complémentaire pour les médecins, ce qui constitue là encore une incitation à fournir le traitement en stationnaire.

Nos propres analyses vont dans le sens de cette appréciation. Alors qu'en 2016, dans le champ d'application SwissDRG, dans la division «commune», 41,3% des cas correspondaient à des interventions chirurgicales planifiées, pour la division «semi-privée», ils étaient 53,6% et 56,6% pour la division «privée» (voir Illustration 1). Certes, la classe de lit ne correspond pas obligatoirement à la catégorie d'assurance, mais on s'attend à une forte corrélation. Sur la base de la fixation précédente de la catégorie d'assurance, le type d'entrée peut être expliqué par cette catégorie d'assurance: justement pour ces interventions chirurgicales planifiables, les médecins traitants ont une plus grande autonomie pour le traitement et peuvent mieux piloter le déroulement du processus thérapeutique.

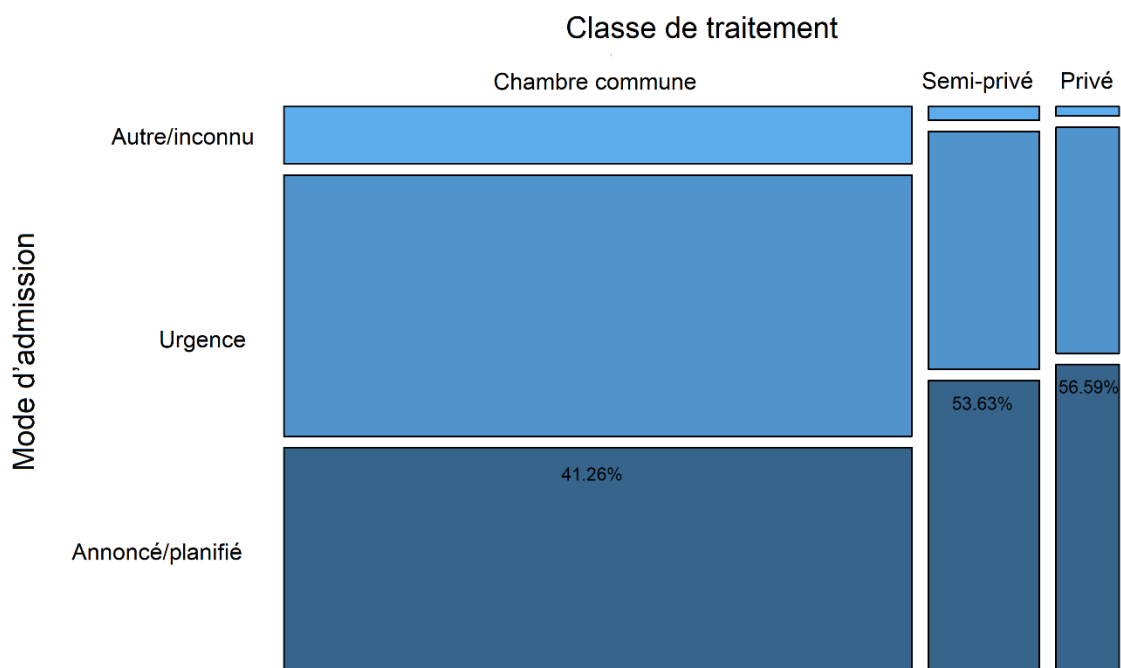


Illustration 1: Part des interventions annoncées/planifiées par classe de lit, Champ d'application SwissDRG 2016

2. Conditions-cadres

Pour introduire les forfaits ambulatoires mentionnés en détail au chapitre II du présent rapport, il faut entre autres remplir certaines conditions pour réduire les incitations inopportunes. Les conditions les plus importantes du point de vue de SwissDRG SA sont présentées ci-après. On ne peut éviter d'aborder des problématiques politiques. Ces dernières ne sont en aucune manière jugées mais sont présentées au sens d'un état des lieux non définitif.

2.1. Champ d'application, niveau des fournisseurs de prestations

Il convient de définir les cas entrant dans le champ d'application des forfaits ambulatoires.

Si les cas traités en ambulatoire en cabinet ne sont pas intégrés dans le champ d'application, cela va contre le principe d'une «tarification identique pour une même prestation, indépendamment du lieu où cette prestation est fournie». Etant donné les variations de montants de rémunération pour les mêmes interventions chirurgicales, suivant l'application du tarif choisi, de nouvelles incitations inopportunes apparaissent.

2.2. Champ d'application, niveau des prestations

Le mandat d'étude de faisabilité visant au développement des forfaits ambulatoires se réfère concrètement aux prestations de la liste des interventions à effectuer en ambulatoire, en annexe 1a Chiffre I de l'OPAS. Mais la méthode décrite au chapitre II permettrait également l'évaluation d'autres prestations. Il convient de déterminer pour quelles prestations les forfaits ambulatoires doivent être introduits et quels cas relèvent des forfaits ambulatoires dans le champ d'application. On peut envisager de commencer par une série déterminée de prestations et d'étendre petit à petit la structure tarifaire. Reste à déterminer dans quelle mesure cela est souhaité et suivant quels critères le catalogue doit être étendu.

Les auteurs pensent que sur le principe, une limitation des interventions chirurgicales ambulatoires à partir d'un certain degré de complexité médicale serait judicieuse. Les prestations individuelles, par exemple les examens non invasifs (CHOP Z68.11 Examen digital de l'utérus), ne sont pas adaptées au calcul d'un forfait, que ce soit en termes de contenu ou d'utilisation des ressources. Il n'en reste pas moins nécessaire de décrire clairement les prestations. Il n'est pas judicieux de faire figurer dans le catalogue des prestations des codes CHOP vagues, sans description précise, car cela laisse une grande marge d'interprétation.

Conformément à l'Obsan ([4], p. 9) les prestations ont été divisées en trois phases de transfert: une phase de démarrage, une phase intermédiaire et une phase finale. Il paraît en principe judicieux d'évaluer les prestations de la phase de démarrage ou de la phase intermédiaire du processus de transfert. Mais il faut renoncer à toute obligation d'évaluation en phase de transfert du TARMED au PAM (évaluation initiale au moyen des cas stationnaires) des prestations fournies en phase finale, notamment car la part relative des cas stationnaires dans l'ensemble des cas est elle aussi réduite.

Le développement des forfaits ambulatoires ne semble pas uniquement judicieux au regard du potentiel de transferts ou de l'évolution des quantités; il l'est aussi lorsque leur évaluation est obsolète dans le système tarifaire actuel et que des incitations inopportunes en résultent.

2.3. Protection tarifaire

Conformément à l'art. 44 LAMal sur la protection tarifaire, les prestataires n'ont pas le droit d'exiger de rémunération supplémentaire pour les prestations obligatoires légales, même avec l'accord du patient. Ils doivent respecter les tarifs fixés contractuellement. Il convient donc de s'assurer qu'aucune prestation soumise à la protection tarifaire n'est facturée au patient. Il faut également veiller à ce que les prestataires acceptent et assurent le mandat thérapeutique des interventions chirurgicales ambulatoires. Il faut éviter que les interventions chirurgicales devant être réalisées en ambulatoire passent dans le domaine stationnaire, en générant une rémunération supplémentaire à la charge du patient.

2.4. Modalités d'application

Les règles d'application sont inséparables des structures tarifaires. C'est pourquoi elles doivent être définies avant d'introduire les forfaits ambulatoires. Le GT Règles de facturation de SwissDRG SA peut s'occuper de l'harmonisation nécessaire avec le domaine stationnaire.

2.5. Actualité des structures tarifaires

Afin d'éviter ou de supprimer les incitations négatives existantes dans le système, il est nécessaire d'actualiser et de développer en permanence la structure tarifaire existante de rémunération des prestations individuelles. Les évaluations des forfaits ambulatoires doivent aussi pouvoir être mises à jour. La méthode de calcul du système doit donc être élaborée de façon à pouvoir procéder à des adaptations (au sens d'un système apprenant) et à pouvoir intégrer de nouveaux domaines / de nouvelles interventions chirurgicales (capacité d'extension) dans le système.

2.6. La question du financement du point de vue des organismes payeurs, EFAS

Afin d'éviter ou de supprimer les incitations inopportunes existantes dans le système, il paraît judicieux de reconsidérer le régime de financement actuellement en vigueur pour les prestations ambulatoires (à l'hôpital) et stationnaires, et de l'adapter afin que les incitations soient homogènes pour tous les acteurs. Le transfert du secteur stationnaire vers l'ambulatoire doit ainsi être favorisé.

2.7. Organisation et financement de SwissDRG SA

Dans les statuts de SwissDRG SA, la société a pour but «l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires [...] nécessaires à la rémunération liée aux prestations des traitements hospitaliers [...]». Si les forfaits ambulatoires doivent être élaborés au sein de SwissDRG SA pour être ensuite introduits, une modification des statuts de SwissDRG SA est nécessaire.

Les activités de SwissDRG SA en relation avec les structures tarifaires stationnaires sont financées via une contribution par cas, conformément à la LAMal, art. 49, al. 2. Cette contribution par cas doit être exclusivement employée pour les structures tarifaires stationnaires. Les travaux sur les forfaits ambulatoires ne doivent donc pas être financés par la contribution par cas, ce qui implique la nécessité d'un financement séparé.

2.8. Adaptations législatives

Surtout, il convient de vérifier dans quelle mesure les adaptations législatives (LAMal, OCP) pourront être réalisées.

3. Les conditions du développement

Une évaluation initiale des forfaits ambulatoires pour les interventions chirurgicales ambulatoires, à l'aide des données des cas stationnaires, s'impose pour plusieurs raisons (voir chapitre II). L'introduction et le possible et nécessaire développement d'une structure tarifaire pour les forfaits ambulatoires sont soumis à certaines restrictions que nous exposons ci-après.

3.1. Révision du regroupement / de la méthode de calcul

La méthode proposée utilise uniquement les cas du domaine stationnaire pour l'évaluation des forfaits ambulatoires. La disponibilité des données et la définition des prestations de la liste de l'OFSP avec les codes CHOP amènent à cette façon de procéder. La structure tarifaire doit pouvoir être développée au sens d'un système apprenant, de la même façon que dans le domaine stationnaire. L'objectif doit être de pouvoir adapter le regroupement et la méthode de façon à ce que plus tard les cas ambulatoires correspondants s'intègrent dans les calculs. Les utilisateurs de la structure tarifaire doivent enregistrer les cas ambulatoires comptabilisés avec les forfaits ambulatoires suivant des directives modifiées, qui rendent possible un regroupement et une comptabilisation ultérieurs (ex.: CIM/CHOP). Dès que, au moyen du relevé de données SwissDRG, les cas ambulatoires à l'hôpital auront été à leur tour recensés dans le champ d'application pour les forfaits ambulatoires (voir 3.2), le regroupement et la méthode de calcul pourront aussi être peaufinés.

3.2. Nécessité d'étendre le relevé des données

La nécessité mentionnée ci-dessus d'adapter la méthode de calcul à des fins d'intégration des cas ambulatoires implique que les cas correspondants soient inclus en plus dans le relevé de données de SwissDRG SA. Cette étendue du relevé de données exige avant tout des prestataires, mais aussi de SwissDRG SA, un effort supplémentaire, qui dépend de plusieurs facteurs.

Pour ce qui est des prestataires, la part principale de cet effort devrait donc résider dans le fait que les cas devant être comptabilisés avec les forfaits ambulatoires doivent être codés comme les cas stationnaires. De plus, pour l'évolution de la méthode de calcul et de la structure tarifaire en général, il est nécessaire que l'ensemble des données de prestations et de coûts soient au même format que pour les cas stationnaires (codes CHOP et CIM, et coûts par cas suivant REKOLE®). Il faut aussi que les prestataires aient l'obligation de fournir les données. Il faut impérativement veiller à ce que cet effort supplémentaire qui doit être fait, notamment pendant la période de transition, et les adaptations nécessaires restent proportionnés.

Pour ce qui est de SwissDRG SA, les interfaces sur le web servant au relevé de données et les structures des banques de données doivent être adaptées. En outre, tous les processus nécessaires à l'étendue du relevé de données doivent être développés. Il faut notamment mentionner ici la logique de plausibilisation et les échanges qu'elle implique avec les prestataires.

3.3. Etat de l'enregistrement des données des cas ambulatoires à l'échelle suisse

Le projet MARS a pour objet d'établir des statistiques sur les soins ambulatoires. Une distinction est faite entre les hôpitaux et les cabinets médicaux / centres ambulatoires. Les contenus collectés parmi les données des patients en ambulatoire à l'hôpital, pour chaque cas, sont le type, l'étendue et le coût des prestations fournies, ainsi que le type d'admission et de sortie. L'objectif est d'enregistrer les diagnostics, mais ce n'est pas obligatoire dans la mesure où leurs codages sont variables en fonction des classifications. Conformément à la révision de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015), d'ici 2019 le Département fédéral de l'intérieur DFI va définir des classifications applicables au niveau national pour les diagnostics et les procédures, pour le domaine «Réadaptation et soins ambulatoires». Ces classifications seront ensuite introduites en respectant le principe de la proportionnalité. Pour ce qui est des cabinets médicaux et des centres ambulatoires, le relevé de données se concentre pour l'instant sur les données structurelles. A l'avenir, des données de patients complémentaires seront recueillies, comme pour les données des hôpitaux, à savoir les traitements administrés et prestations fournies, ainsi que les diagnostics. Afin de limiter au maximum les efforts des fournisseurs de données, seront essentiellement recueillies les données existant déjà au format électronique dans les systèmes administratifs des établissements ou dans les banques de données et registres existants.

La société SwissDRG SA ne dispose pas encore de données sur les prestations et les coûts des cas ambulatoires qui soient adaptées pour développer une structure tarifaire.

4. Questions à élucider

Les points 1 à 3 peuvent générer des questions et des demandes concernant une structure tarifaire SwissDRG-PAM. Le 21 septembre 2018, le conseil d'administration de SwissDRG SA n'a pas pris de décision sur les questions présentées, mais sur la poursuite générale du projet PAM. Les questions ci-après doivent être élucidées avant une éventuelle introduction des forfaits ambulatoires.

- Le but commercial de SwissDRG SA doit être complété, ce qui nécessite une adaptation des statuts.
- La question du financement des travaux réalisés au sein de SwissDRG SA au sujet des tarifs ambulatoires doit être réglée.
- Il convient de vérifier si l'OCP doit être adaptée, et dans quelle mesure.
- La LAMal doit être révisée et adaptée en conséquence.
- De quel champ d'application les forfaits PAM doivent-ils relever?
 - a) Dans un premier temps, du domaine ambulatoire hospitalier et après évaluation des expériences, suivant les résultats, dans un second temps, également du domaine ambulatoire en cabinet médical.
 - b) En même temps du domaine ambulatoire à l'hôpital et du cabinet médical.
 - c) Uniquement du domaine ambulatoire à l'hôpital.
- Les modalités d'application relatives à l'étendue des prestations des forfaits doivent être définies. Il faut pour cela décrire et expliquer clairement les prestations, en précisant quels traitements avant et après sont intégrés dans les forfaits ou au contraire en sont exclus.
- Il convient de définir quelles prestations relèvent du champ d'application des forfaits ambulatoires:
 - a) Il ne faut prendre en compte que la liste des interventions à effectuer en ambulatoire de l'OPAS.
 - b) Il faut fixer, avec des critères précis, quelles autres procédures relèvent du champ d'application des forfaits ambulatoires.
- Il convient en outre de préciser si des prestations secondaires doivent être exclues du champ d'application des forfaits ambulatoires (ex.: les examens non invasifs, les prestations non définies, qui ne sont pas précisément décrites, voir ch. II, point 1.1.), et lesquelles.
- Il faut définir si les prestations doivent être évaluées dans le champ d'application en fonction des phases de transfert (conformément à l'Obsan):
 - a) N'évaluer que les interventions chirurgicales de la phase de démarrage et de la phase intermédiaire.
 - b) Conformément à l'obligation d'évaluation, évaluer aussi les prestations de la phase finale (ex.: cataracte).
- Il faut s'assurer que la protection tarifaire est garantie:
 - a) Les prestataires n'ont pas le droit d'exiger des rémunérations supplémentaires pour les prestations légalement obligatoires.
 - b) Les prestataires doivent accepter et exécuter le mandat thérapeutique pour les interventions chirurgicales ambulatoires.

- Il faut repenser le régime de financement actuellement en vigueur pour les prestations ambulatoires à l'hôpital et les prestations stationnaires, et l'adapter en configurant des incitations neutres (voir ch. I, point 2.6).
- Il faut préciser à quel domaine le relevé de données sur les coûts et les prestations se rapporte à moyen terme. Le bénéfice supplémentaire tiré de l'intégration des cas ambulatoires en cabinet doit être évalué.
- Comment la structure tarifaire doit-elle être configurée?
 - a) La société SwissDRG SA calcule les cost-weights comme indiqué ici (valeurs de référence suivant SwissDRG v8.0). Les partenaires tarifaires négocient le prix de base.
 - b) La société SwissDRG SA calcule les cost-weights au moyen d'une valeur de référence autonome pour les prestations ambulatoires (dissociation du catalogue des forfaits par cas de SwissDRG). Les partenaires tarifaires négocient le prix de base.
 - c) Les forfaits PAM doivent être chiffrés par SwissDRG SA, avec des montants en francs.
- Il convient de déterminer dans quelle mesure une facturation de rémunérations supplémentaires doit être autorisée en plus des forfaits. La décision de la méthode de calcul doit se faire en fonction de la possibilité de facturation.
 - a) Les rémunérations supplémentaires peuvent être facturées conformément à l'annexe 2 du catalogue des forfaits par cas de SwissDRG.
 - b) La facturation de rémunérations supplémentaires, venant s'ajouter aux forfaits ambulatoires, n'est pas autorisée.
 - c) Seules certaines rémunérations supplémentaires sont autorisées pour chaque domaine de prestations défini. La sélection des rémunérations supplémentaires possibles doit être régie suivant des critères définis.

Chapitre II: Méthode et résultats

Pour les cas stationnaires et ceux dont les données ont été collectées par SwissDRG SA, les coûts effectifs sont consultables. Le chapitre II présente l'élaboration d'une structure tarifaire pour les forfaits ambulatoires, basée sur la structure tarifaire SwissDRG (SwissDRG-PAM). Il classe les domaines de prestations, délimite les cas et les coûts pour les données fournies et montre comment les forfaits ont été évalués. Le chapitre II de cette étude de faisabilité se termine par une discussion.

1. Domaines de prestations

1.1. Liste des interventions à effectuer en ambulatoire

L'analyse est basée sur toutes les interventions de l'annexe 1, chapitre 1.1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), version 1.0 du 23 novembre 2017. La liste, publiée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), distingue les six groupes d'intervention ci-dessous:

- A. Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs
- B. Interventions pour hémorroïdes
- C. Opérations unilatérales des hernies
- D. Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus
- E. Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque
- F. Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes

Chaque groupe contient plusieurs codes CHOP 2017, pour lesquels un traitement ambulatoire semble en principe indiqué et approprié. Les codes CHOP 2017 correspondent aux codes CHOP 2018, suivant la modification de l'OPAS du 7 juin 2018. Comme indiqué au chapitre I (point 2.2), il ne semble pas judicieux aux auteurs de calculer un forfait pour des prestations individuelles ou pour des prestations non définies. C'est pourquoi les examens ci-après n'ont pas été inclus dans l'étude (suivant CHOP 2017):

- Z49.41 Réduction d'hémorroïdes
- Z49.42 Injection d'hémorroïdes
- Z49.47 Evacuation d'hémorroïdes thrombosées
- Z49.49.00 Autres interventions pour hémorroïdes, SAP
- Z49.49.10 Autres interventions pour hémorroïdes, sclérose
- Z49.49.11 Autres interventions pour hémorroïdes, ligature élastique
- Z49.49.99 Autres interventions pour hémorroïdes, autre
- Z67.11 Biopsie endocervicale
- Z67.12 Autre biopsie du col utérin
- Z67.19 Autres techniques diagnostiques concernant le col utérin
- Z68.11 Examen digital de l'utérus

1.2. Extensions de la liste des interventions chirurgicales

Comme nous le décrivons dans la présente étude, les forfaits permettent aussi de modéliser les opérations interventionnelles, par exemple l'angiographie coronarienne. Santéuisse et la FMCH ont signé un contrat sur un tarif forfaitaire ambulatoire pour les opérations de la cataracte. Interviennent donc aussi dans l'analyse, en plus des interventions chirurgicales définies dans la liste en annexe 1, chiffre I,r de l'OPAS, les codes CHOP suivants de deux groupes d'interventions comprises dans les listes cantonales [7]:

G. Cataracte

CHOP 2016	Dénomination
Z13.11	Extraction intracapsulaire de cristallin, par voie temporale inférieure
Z13.19	Autre extraction intracapsulaire de cristallin
Z13.2	Extraction extracapsulaire de cristallin, technique d'extraction linéaire
Z13.3	Extraction extracapsulaire de cristallin, aspiration simple (et irrigation)
Z13.41	Phacoémulsification et aspiration de cataracte
Z13.42	Phacofragmentation mécanique et aspiration de cataracte, voie postérieure
Z13.43	Phacofragmentation mécanique et autre aspiration de cataracte
Z13.51	Extraction extracapsulaire de cristallin, voie temporale inférieure
Z13.59	Autre extraction extracapsulaire de cristallin
Z13.64	Discision de membrane secondaire [après cataracte]
Z13.65	Excision de membrane secondaire [après cataracte]
Z13.66	Fragmentation mécanique de membrane secondaire [après cataracte]
Z13.69	Autre extraction de cataracte

H. Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie

CHOP 2016	Dénomination
Z37.21	Cathétérisme cardiaque droit
Z37.22	Cathétérisme cardiaque gauche
Z37.23	Cathétérisme cardiaque combiné, droit et gauche
Z88.50	Angiocardiographie, SAP
Z88.51	Angiographie de la veine cave
Z88.52	Angiographie du cœur droit
Z88.53	Angiographie du cœur gauche
Z88.54	Angiographie du cœur combinée, gauche et droite
Z88.55	Artériographie coronaire avec un seul cathéter
Z88.56	Artériographie coronaire avec deux cathéters
Z88.57	Autre artériographie coronaire, SAP

2. Méthode

Ce paragraphe décrit les méthodes d'évaluation des forfaits ambulatoires. Un transfert CHOP des codes 2017 à ceux de 2016 garantit que les cas et leurs prestations définies pour 2017 (codes CHOP 2017) pourront être délimités avec les données qui sont à la disposition de SwissDRG SA pour 2016 (codes CHOP 2016). Ensuite, au point Classement des DRG, pour chaque code CHOP, le DRG de la version 8.0 modélisant le mieux la prestation est défini. La délimitation des cas permet de définir quels cas relèvent d'un forfait ambulatoire. La délimitation des coûts réalisée ensuite décrit quels éléments de coûts de la configuration stationnaire existante interviennent dans le calcul pour que cela soit ultérieurement applicable en ambulatoire. Le point 2 se termine sur la méthode de calcul et l'évaluation des forfaits.

2.1. Configuration de la structure tarifaire

La méthode proposée dans le présent rapport pour évaluer les forfaits ambulatoires se base sur la méthode de calcul de la structure tarifaire SwissDRG. Dans cette perspective, il semble pertinent d'intégrer les forfaits ambulatoires dans la structure tarifaire SwissDRG. Mais ce n'est pas forcément nécessaire; cela doit entre autres dépendre de la façon dont l'évaluation de la prestation est configurée. Si seuls apparaissent des cost-weights qui impliquent des négociations ultérieures sur le prix de base, une intégration dans la structure tarifaire SwissDRG est envisageable. Si les prestations sont évaluées avec des montants en francs, un catalogue séparé semble plus judicieux.

2.2. Classement des DRG

Les DRG ont été classés sur la base de la pertinence du regroupement des codes d'interventions, sans autres conditions, à l'intérieur des groupes de diagnostics principaux typiques (MDC), par exemple arthroscopie du genou dans le DRG de la MDC 08: Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif. Les splits par âge existants sont aussi pris en compte.

	Groupe	Dénomination	DRG suivant Version 8.0
A1	Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs	Veines variqueuses	F39C
B1	Interventions pour hémorroïdes	Hémorroïdes	G26A (<16 ans)
B2			G26B (>15 ans)
C1	Opérations unilatérales des hernies	Hernies	G09E
D1	Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus	Col utérin	N09Z
D2		Hystérocopie	N10Z
D3		Curetage	O40Z
D4		Biopsie du col utérin	N25Z
E1	Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque	Arthroscopie, genou	I18A (<16 ans)
E2			I18B (>15 ans)
F1	Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes	Amygdale	D30B (<16 ans)
F2			D30C (>15 ans)
F3		Excision de végétations adénoïdes, sans amygdalectomie	D13A (<6 ans)
F4			D13B (>5 ans)
G1	Cataracte	Extraction intra-/extracapsulaire	C08A (des deux côtés)
G2			C08B (des deux côtés)
G3			Autre extraction
H1	Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie	Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie sans la veine cave	F49F
H2		Angiocardiographie de la veine cave	F75D (>17 ans)

Les attributions des différents codes CHOP aux DRG de la version 8.0 sont détaillées en annexe A.

2.3. Délimitation des cas

Le calcul se fait à partir des données de l'année 2016. Les cas de l'année 2016 qui ont aussi servi au développement de la version SwissDRG 8.0 ont été utilisés comme base (voir Figure 2). Pour ces quantités, SwissDRG SA a pu procéder aux étapes de correction nécessaires (suppression des coûts de formation et de recherche, coûts supplémentaires pour les cas en division privée ou semi-privée, coûts des rémunérations supplémentaires). La plausibilité de ces cas a aussi été contrôlée avec succès; ils peuvent donc être désignés dans l'ensemble comme des cas plausibles.

Un cas plausible est attribué à un groupe suivant la version 8.0 et ne reste parmi les données de calcul qu'à condition que le cas soit classé dans un DRG pour lequel un forfait ambulatoire doit être calculé. En outre, pour ce cas, il ne doit survenir ni décès, ni admission et/ou sortie pour transfert. Quand des frais ont été comptabilisés pour un séjour en unité de soins intensifs ou quand il est fait état de rémunérations supplémentaires, le cas est également exclu de la base de calcul.

La base de calcul est contrôlée (ex-post), sur la base des données. Une délimitation conforme à l'OPAS, en vue d'une définition, n'est pas jugée judicieuse pour les calculs, car la quantité de cas dépendrait alors beaucoup de ces directives et limiterait le développement. La méthodologie de la délimitation des cas est contrôlée tous les ans, par rapport à la capacité de modélisation des cas, et est adaptée si nécessaire.

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'335'246	1'060'732	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1'276'785	1'056'577	Cas dans le domaine d'application Swiss-DRG (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas de DRG non pertinents - Cas avec durée de séjour > 1 - Cas transférés ou décédés - Cas avec coûts de soins intensifs - Cas avec rémunérations supplémentaires
	30'576	Cas stationnaires du champ d'application ex-post des forfaits ambulatoires (Swiss-DRG-PAM)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets - Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 7 hôpitaux)
	28'623	Données de calcul SwissDRG-PAM

Figure 2: Erosion des données forfaits ambulatoires (SwissDRG-PAM)

Il reste alors, pour le calcul, 28 623 cas, répartis comme suit entre les DRG:

DRG		Nombre de cas stationnaires du champ d'application SwissDRG-PAM ex-post	Nombre de cas utilisés pour le calcul des forfaits Swiss-DRG-PAM
A1	F39C	1564	1427
B1	G26A	86	79
B2	G26B	1837	1754
C1	G09E	4499	4274
D1	N09Z	1138	1095
D2	N10Z	1896	1760
D3	O40Z	2119	1946
D4	N25Z	874	819
E1	I18A	978	952
E2	I18B	7597	6947
F1	D30B	609	597
F2	D30C	502	484
F3	D13A	332	323
F4	D13B	278	271
G1	C08A	42	38
G2	C08B	724	661
G3	C20Z	198	185
H1	F49F	4861	4627
H2	F75D	442	384
	Total	30'576	28'623

Tableau 1: Données de calcul SwissDRG-PAM par DRG

La colonne 3 du Tableau 1 montre aussi le nombre de cas par DRG dans le champ d'application SwissDRG ex-post et les quantités de cas effectivement utilisées pour le calcul des forfaits. La quantité totale n'est pas explicitement désignée comme potentiel ambulatoire, car la délimitation est ici effectuée uniquement à des fins de calcul. Pour les six interventions chirurgicales principales définies par l'OFSP, l'Obsan [3] estime à 33 000 le potentiel de cas stationnaires transférables pour l'année 2016.

La délimitation des cas n'a pas été faite conformément aux interventions chirurgicales de l'OPAS, ni aux critères en faveur d'une prise en charge stationnaire: les simulations de calcul montrent qu'étant donné l'homogénéité des coûts, seules des différences minimales de cost-weights ultérieures apparaissent dans les DRG quand ne sont pris en compte pour le calcul que les cas avec des interventions conformes à la

liste en annexe 1a, chiffre I, OPAS et aux listes cantonales. Cela vaut aussi pour les délimitations de cas suivant les critères en faveur d'une prise en charge stationnaire. Quand la délimitation des cas se fait suivant PCCL par exemple, les modifications de quantités de cas et de calcul des cost-weights sont aussi minimales.

La possibilité d'opérer en ambulatoire dépend d'une part de l'intervention chirurgicale, d'autre part du patient (aspects sociaux et médicaux). La décision doit toujours se prendre au cas par cas, sans anticipation par rapport à la structure tarifaire.

2.4. Délimitation des coûts

Dans le relevé 2017 des données de coûts 2016, deux formats de coûts ont été admis. Le format de coût le plus récent, qui fait des distinctions claires, peut être converti au format de coûts précédent. A partir des données de 2017, seul le nouveau format de coûts est admis.

Les données 2017 sont en cours de vérification. Il semble donc qu'il soit prématuré de vouloir procéder à une première évaluation de ces données. En 2017, beaucoup d'hôpitaux ont livré les données 2016 encore à l'ancien format, ce qui rend impossible pour le calcul de faire référence aux éléments de coûts distincts. Comme pour la version 8.0, les éléments de coûts peuvent simplement être intégrés de façon indifférenciée dans le calcul. Les éléments de coûts et le plan comptable H+ correspondant peuvent être consultés dans la documentation sur le relevé 2017¹.

En configuration stationnaire, le total des coûts par cas résulte de la somme des différents éléments de coûts de v10 à v39. Si ces coûts contiennent des frais dédiés à la formation ou à la recherche universitaire, ces derniers sont déduits. Les frais supplémentaires des cas en division privée ou semi-privée sont aussi décomptés lors de la correction des données. Enfin, les coûts d'éventuelles rémunérations supplémentaires sont eux aussi déduits des coûts totaux et les coûts d'utilisation des immobilisations ajoutés. C'est ainsi que sont obtenus les coûts totaux corrigés qui sont utilisés pour le calcul des cost-weights de la version 8.0.

Cependant, les prestations du domaine stationnaire génèrent des coûts qui ne concernent pas le domaine ambulatoire. Certaines variables de coûts pour le calcul des coûts totaux ambulatoires par cas ont été exclues (voir annexe B) après des analyses et sur la base des valeurs empiriques de SwissDRG SA et des connaissances sur les soins médicaux. Cette limitation des coûts ne sera plus adaptée après un relevé ultérieur des données de coûts pour les cas ambulatoires auprès des prestataires (voir 3.2) et ne doit donc être considérée que comme une construction temporaire. Les coûts des éléments de coûts suivants ont été utilisés pour calculer les tarifs ambulatoires:

¹ https://www.swissdrg.org/download_file/view/1391/478, consulté le 09.10.2018

Coûts directs		Plan comptable H+
v10	Médicaments	400
v12	Implants	401
v13	Matériel médical	401
v14	Honoraires de médecins – médecins hospitaliers	380
v15	Honoraires de médecins – médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
v16	Honoraires de médecins – médecins agréés (non-soumis aux assurances sociales)	405*
v19	Autres coûts directs	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Coûts indirects		Centre de charges obligatoire REKOLE®
v20	Salles d'opérations	(20)
v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	(26) + (28)
v24	Laboratoire (inclus dons sanguins)	(29)
v26	Corps médical	(31)
v32	Anesthésie	(23)

* Seulement la partie honoraires du compte 405 (cf. REKOLE®, plan comptable H+ 2014)

** Compte 405 excepté les honoraires des médecins agréés non assujettis aux charges sociales (cf. REKOLE®, plan comptable H+ 2014)

Les coûts totaux ambulatoires par cas i , hors coûts d'utilisation des immobilisations, sont calculés comme suit, en additionnant les composantes de coûts mentionnées ci-dessus, en soustrayant les frais d'honoraires médicaux estimés comme supplémentaires pour les patients des divisions privée et semi-privée (\widehat{hon}_i) et en soustrayant les coûts de recherche et formation universitaire (RFU_i) (déductions suivant la méthode de calcul SwissDRG):

$$coûts_sansCUI_i = v10_i + \dots + v32_i - \widehat{hon}_i - RFU_i$$

Les coûts estimés des honoraires médicaux supplémentaires sont déterminés de la même façon que lors de la correction des données pour la structure tarifaire SwissDRG.

Même si les données 2017 ne sont pas encore suffisamment corrigées au moment du calcul, elles apparaissent déjà dans un format de coûts différencié. Pour chaque cas, les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) sont isolés des composantes de coûts utilisés dans les données 2017 et rapportés aux coûts totaux des CUI. Une délimitation préalable identique des cas pour les données 2017 garantit la possibilité de transfert ultérieur vers les données 2016. On obtient ainsi, par DRG j , une estimation en pourcentage de la part des CUI en ambulatoire, rapportée au montant total des CUI. Cette estimation ($p_CUI_amb_j$) est alors appliquée aux données 2016, dans lesquelles les CUI par cas n'existent que sous forme agrégée.

$$coûts_avecCUI_{i,j} = coûts_sansCUI_i + p_CUI_amb_j * CUI_i$$

C'est ainsi que sont déterminés, pour chaque cas i dans les DRG j , les coûts totaux, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations pris en compte pour le calcul des cost-weights.

2.5. Calcul

Le calcul effectif peut se faire après délimitation des cas et des coûts et regroupement des cas suivant la version SwissDRG 8.0. Les cost-weights des forfaits ambulatoires sont calculés comme on le ferait pour le cas des DRG avec une durée de séjour explicite d'une journée:

$$CW_j = \frac{mCT_j}{BG_{8.0}}$$

mCT_j correspondant au coût moyen du cas des DRG j , CUI compris, et $BG_{8.0}$ indiquant la valeur de référence qui correspondait à CHF 10 277 pour la version 8.0.

2.6. Evaluation des forfaits ambulatoires et comparaison

Les forfaits ambulatoires sont présentés en colonne 3 (cost-weight SwissDRG-PAM). La colonne 4 permet de comparer avec les cost-weights effectifs de chaque DRG, selon la version 8.0, pour les cas dont la durée de séjour est d'une journée.

	DRG	Cost-weight Swiss-DRG-PAM	Cost-weight SwissDRG 8.0 pour cas avec durée de séjour=1
A1	F39C	0.392	0.515
B1	G26A	0.371	0.505
B2	G26B	0.264	0.389
C1	G09E	0.401	0.519
D1	N09Z	0.255	0.397
D2	N10Z	0.278	0.411
D3	O40Z	0.208	0.355
D4	N25Z	0.466	0.616
E1	I18A	0.343	0.492
E2	I18B	0.293	0.429
F1	D30B	0.290	0.426
F2	D30C	0.256	0.380
F3	D13A	0.289	0.423
F4	D13B	0.266	0.387
G1	C08A	0.451	0.628
G2	C08B	0.290	0.428
G3	C20Z	0.401	0.552
H1	F49F	0.208	0.443
H2	F75D	0.180	0.345

3. Discussion

Les tarifs actuels entraînent systématiquement des incitations inopportunes ciblées, résultant également (mais pas seulement) des différences de tarification entre les prestations ambulatoires et stationnaires. Les forfaits ambulatoires ont pour objectif de limiter les prestations inutiles, tout en favorisant la procédure de traitement et la qualité de la prestation. En principe, la sécurité de traitement, donc l'indication (type et étendue de l'intervention chirurgicale) doivent continuer de déterminer le lieu où la prestation est fournie, ce qui doit rester une décision médicale, prise en fonction de chaque patient. Le regroupement des prestations individuelles (forfaits) et la réglementation claire «L'ambulatoire avant le stationnaire» (la fourniture de la prestation en stationnaire ne devant être possible qu'après avoir examiné des critères clairs et vérifiables) limitent les incitations inopportunes dans le système. Dans le présent travail, l'établissement de forfaits conformes au système des forfaits par cas SwissDRG a été choisi en supposant que les prestations ambulatoires peuvent être regroupées et évaluées en fonction d'ensembles de patients et de prestations de la même manière que pour les prestations stationnaires.

La présente étude de faisabilité a pu montrer que les forfaits ambulatoires pouvaient être évalués sur la base des données de coûts et de prestations existant dans le domaine stationnaire. La disponibilité de données de cas codées et de données de coûts à jour et valides est un immense avantage. La possibilité de traiter à égalité, à savoir avec la même tarification, les prestations ambulatoires et stationnaires, constitue un avantage décisif.

Les forfaits ambulatoires résultant de l'approche choisie (ici SwissDRG-PAM) peuvent être directement comparés aux forfaits SwissDRG. Cette structure permet à SwissDRG SA de développer à l'avenir des systèmes SwissDRG en même temps que les forfaits ambulatoires, en harmonie avec eux. SwissDRG SA ne peut procéder à aucune comparaison des forfaits calculés ici avec la situation actuelle de rémunération du système tarifaire TARMED. Que ce soit dans l'étude de PwC [6] ou dans le rapport de l'Obsan [3], les coûts ambulatoires sont évalués à partir des tarifs existants. Cela ne permet pas cependant d'avoir une perception réelle des coûts. La démarche présentée ici permet, elle, d'avoir une vision des coûts, ne serait-ce que pour les données stationnaires. Grâce à des relevés ultérieurs de données de coûts et de prestations des prestataires ambulatoires, des données de cas ambulatoires pourront être intégrées dans les calculs, dans l'esprit d'un système apprenant.

On ne peut prévoir si les adaptations des structures tarifaires prévues favoriseront effectivement les transferts de prestations. Mais ces transferts semblent probables, notamment pour les prestations contenant encore un potentiel ambulatoire élevé, non exploité.

Outre l'élaboration technique et l'évaluation d'une structure tarifaire pour les forfaits ambulatoires (ici SwissDRG-PAM, forfaits ambulatoires sur la base des SwissDRG), toute une série de conditions-cadres restent à définir et à modifier. Ces principes doivent être élaborés par les futurs partenaires tarifaires de ce domaine de prestations. Tous ces partenaires travaillent avec la société SwissDRG SA.

Annexe A: Domaines de prestations

A1 Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs - veines variqueuses: F39C

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z38.50	Ligature et stripping de veines variqueuses, site non précisé.	Z38.50
Z38.59.00	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP	Z38.59.00
Z38.59.10	Ligature, excision et stripping de veines variqueuses et veines perforantes des membres inférieurs (en tant qu'intervention indépendante)	Z38.59.10
Z38.59.20*	Crossectomie et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP	Z38.59.20*
Z38.59.21*	Crossectomie et stripping de la veine grande saphène	Z38.59.21*
Z38.59.22*	Crossectomie et stripping de la veine petite saphène	Z38.59.22*
Z38.59.30*	Crossectomie (isolée), SAP	Z38.59.30*
Z38.59.31*	Crossectomie (isolée), veine grande saphène	Z38.59.31*
Z38.59.32*	Crossectomie (isolée), veine petite saphène	Z38.59.32*
Z38.59.40	Traitement de veines variqueuses par laser local	Z38.59.40
Z38.59.50	Traitement endoluminal de veines variqueuses	Z38.59.50
Z38.59.51	Traitement de veines variqueuses par laser endoveineux [EVLV]	Z38.59.51
Z38.59.52	Ablation endoveineuse de veines variqueuses par radiofréquence	Z38.59.52
Z38.59.59	Traitement endoluminal de veines variqueuses, autre	Z38.59.59
Z38.59.99	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, autre	Z38.59.99
Z38.69	Autre excision de veines de membre inférieur	Z38.69

*: uniquement opérations unilatérales

B1/B2 Interventions pour hémorroïdes – hémorroïdes : G26A/G26B

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z49.43	Cautérisation d'hémorroïdes	Z49.43
Z49.44	Destruction d'hémorroïdes par cryothérapie	Z49.44
Z49.45	Ligature d'hémorroïdes	Z49.45
Z49.46.00	Excision d'hémorroïdes, SAP	Z49.46.00
Z49.46.10	Excision d'hémorroïdes, hémorroïdopexie	Z49.46.10
Z49.46.11	Excision d'hémorroïdes, ligature d'artère hémorroïdale	Z49.46.11
Z49.46.12	Excision d'hémorroïdes avec plastie réparatrice	Z49.46.12
Z49.46.99	Excision d'hémorroïdes, autre	Z49.46.99

C1 Opérations unilatérales des hernies – hernies: G09E

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z53.00	Réparation de hernie inguinale, SAP	Z53.00
Z53.06.11	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, sans implantation de membranes ou filets	Z53.01
		Z53.02
Z53.06.21	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, avec implantation de membranes et filets	Z53.03
		Z53.04
Z53.07.11	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, sans implantation de membranes ou filets	
Z53.07.21	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, avec implantation de membranes et filets	Z53.05
Z53.09	Réparation de hernie inguinale, autre	

Uniquement opérations unilatérales sans opérations de récurrence. Les codes CHOP 2016 comprennent déjà la latéralité.

D1 Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus – col utérin: N09Z

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z67.2	Conisation du col utérin	Z67.2
Z67.31	Marsupialisation de kyste du col utérin	Z67.31
Z67.32	Destruction de lésion du col utérin par cautérisation	Z67.32
Z67.33	Destruction de lésion du col utérin par cryochirurgie	Z67.33
Z67.34	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par électro-coagulation	Z67.34
Z67.35	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par coagulation au laser	Z67.35
Z67.39	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, autre	Z67.39

D2 Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus – Hystérocopie: N10Z

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.12.00	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, SAP	Z68.12.00
Z68.12.10	Hystérocopie, SAP.	Z68.12.10
Z68.12.11	Hystérocopie diagnostique	Z68.12.11
Z68.12.12	Hystérosalpingoscopie diagnostique	Z68.12.12
Z68.12.19	Hystérocopie, autre	Z68.12.19
Z68.12.99	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, autre	Z68.12.99

D3 Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus – Curetage: O40Z

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z69.02	Dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement (exclusif après accouchement)	Z69.02
Z69.09	Autre dilatation et curetage de l'utérus	Z69.09
Z69.52	Aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement (exclusif après accouchement)	Z69.52
Z69.59	Autre aspiration curetage de l'utérus	Z69.59

D4 Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus – Biopsie de l'utérus: N25Z

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.15	Biopsie fermée des ligaments utérins	Z68.15
Z68.16	Biopsie fermée de l'utérus	Z68.16

E1/E2 Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque– Arthroscopies du genou: I18A/I18B

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z80.26.00	Arthroscopie, genou, SAP.	Z80.26.00
Z80.26.10	Arthroscopie diagnostique, genou	Z80.26.10
Z80.26.99	Arthroscopie, genou, autre	Z80.26.99
Z80.6X.00	Méniscectomie du genou, SAP	Z80.6X.00
Z80.6X.10	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, partielle	Z80.6X.10
Z80.6X.11	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, totale	Z80.6X.11
Z80.6X.99	Méniscectomie du genou, autre	Z80.6X.99
Z80.86.11	Débridement de l'articulation du genou	Z80.86.11
Z80.86.13	Excision de kyste méniscal de l'articulation du genou	Z80.86.13

F1/F2 Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes – amygdales: D30B/D30C

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.2X.10	Résection partielle d'amygdale, sans excision de végétations adénoïdes	Z28.2X.10

F3/F4 Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes - Excision de végétations adénoïdes, sans amygdaléctomie: D13A/D13B

CHOP 2017	Dénomination CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.6	Excision de végétations adénoïdes, sans amygdaléctomie	Z28.6

Annexe B: composantes de coûts non utilisées

Coûts directs		Plan comptable H+
v11	Sang et produits sanguins	400
v17	Honoraires de médecins versés pour certificats et rapports médicaux	
Coûts indirects		Centre de charges obligatoire REKOLE®
v21	Unités de soins intensifs (SI) et intermediate care (IC)	(24)
v22	Urgences	(25)
v25	Dialyses	(30)
v27	Thérapies non médicales et conseil (Physiothérapie, Ergothérapie, Logopédie, Conseil en diététique, Thérapie d'activation)	(32) + (33) + (34) + (35)
v28	Diagnostic médical et thérapeutique	(36)
v29	Service de soins	(39)
v30	Hôtellerie	(41) + (42) + (43)
v31	Salle d'accouchement	(27)
v39	Autres fournisseurs de prestations	(44) + (45) + (10) + (77)*

* Sans les coûts des transports primaires

Références

- [1] OFSP (2017); Rapport du groupe d'experts; «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins»;
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- [2] Lemos et al. (2006); «Day Surgery: Development and praxis»; IAAS; <http://www.iaas-med.com/files/historical/DaySurgery.pdf>
- [3] Obsan (2018); Roth S., Pellegrini S.; «Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire»; Obsan Dossier 63
- [4] Obsan (2015); Roth S., Pellegrini S.; «Virage ambulatoire; Transfert ou expansion de l'offre des soins?»; Obsan Rapport 68
- [5] OECD (2015); «Ambulatory surgery», Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris
- [6] PwC (2016); Schwendener P., Sommer P. et al.; «Ambulatoire avant stationnaire»
- [7] Canton de Zurich; Communiqué de presse du 26.10.2017; «Ambulant statt stationär: Die kantonalen Listen sind koordiniert» ;
<https://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2017/ambulant-statt-stationaer-die-kantonalen-listen-sind-koordiniert.html>