

## Convention de structure tarifaire TARPSY

du 1<sup>er</sup> janvier 2018

entre

a) H+ Les Hôpitaux de Suisse

(ci-après «H+»)

et les assureurs selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie représentés par

b) santésuisse

c) curafutura

(ci-après «les assureurs maladie»)

(ci-après ensemble «les parties à la convention»)

## Préambule

- <sup>1</sup> Le Conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé d'introduire la structure tarifaire TARPSY dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 dans toute la Suisse.
- <sup>2</sup> La présente convention a pour objet l'introduction conforme à la loi de la structure tarifaire TARPSY dans le domaine de l'AOS.
- <sup>3</sup> L'approbation du Conseil fédéral donne force obligatoire dans toute la Suisse à la convention.

## Partie I: Généralités

### 1. Objet de la convention

- <sup>1</sup> La convention a pour objet la structure tarifaire TARPSY adoptée par les parties à SwissDRG SA et approuvée par le Conseil fédéral, y compris les annexes, le monitoring national et les mesures de correction prévues à la partie IV de la présente convention.

### 2. Parties et procédure d'adhésion

- <sup>1</sup> Les parties à la convention sont H+, santésuisse et curafutura.
- <sup>2</sup> H+ mène la procédure d'adhésion et remet aux autres parties une liste des fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention.
- <sup>3</sup> curafutura et santésuisse ne mènent pas de procédure d'adhésion.

## Partie II: Structure tarifaire

### 1. Structure tarifaire

- <sup>1</sup> Les parties à la convention aménagent la structure tarifaire TARPSY conformément aux annexes A, B, C et D.
- <sup>2</sup> L'annexe A à la structure comprend le catalogue de PCG TARPSY (Psychiatric Cost Groups).
- <sup>3</sup> L'annexe B définit les règles d'application (Règles et définitions pour la facturation des cas sous TARPSY).
- <sup>4</sup> L'annexe C comprend le manuel de codage médical correspondant aux directives officielles de codage en Suisse, y compris son extrait pour la psychiatrie.
- <sup>5</sup> L'annexe D est le règlement d'exécution de la révision du codage sous TARPSY et inclut un modèle de rapport de révision.

### 2. Facturation

- <sup>1</sup> En principe, la transmission des données est effectuée sous forme électronique. Les standards techniques existants du Forum Datenaustausch sont appliqués pour la transmission des données pertinentes pour la facturation.
- <sup>2</sup> Les partenaires tarifaires peuvent convenir d'exceptions à la transmission électronique des données dans les conventions tarifaires.
- <sup>3</sup> La définition des données pertinentes pour la facturation s'aligne sur l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs (832.102.14).

### 3. Détermination des prix de base

- <sup>1</sup> Afin de tenir compte des spécificités propres aux hôpitaux et aux régions des fournisseurs de prestations, les parties à la convention renoncent à fixer un prix de base national uniforme.
- <sup>2</sup> Les facteurs et principes suivants sont pris en compte dans le cadre des négociations sur les prix de base:
  - a. Les constatations actuelles du conseil d'administration de SwissDRG SA sur la représentation des différences de coûts dans la structure tarifaire TARPSY;
  - b. Les nouvelles réglementations éventuelles pour le calcul et la rémunération des congés;
  - c. La rémunération de traitements intercurrents, prodigués hors de l'hôpital, et de médicaments coûteux qui ne relèvent pas du mandat de prestations de l'hôpital intervient séparément dans la mesure où elle ne peut pas être facturée au moyen de suppléments.

## Partie III: Qualité

### 1. Instruments et mécanismes visant à garantir la qualité des prestations

- <sup>1</sup> La qualité des prestations doit être garantie. Les parties à la convention s'engagent à reconnaître et à respecter les accords intervenus dans le cadre de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

## Partie IV: Monitoring et mesures de correction

### 1. Objectif

- <sup>1</sup> Les dispositions suivantes régissent la transition entre les structures tarifaires appliquées jusqu'à présent et la nouvelle structure tarifaire uniforme au niveau national. Elles garantissent la neutralité du volume de prestations au moyen d'un monitoring sur deux ans et de mesures de correction obligatoires.

### 2. Neutralité du volume de prestations

- <sup>1</sup> La transition entre les anciennes structures tarifaires et la nouvelle respecte la neutralité du volume de prestations.
- <sup>2</sup> Dans le cadre du contrôle de la neutralité du volume de prestations, le volume d'un fournisseur est calculé à partir de la somme des jours de séjour sans déduction des jours d'absence multipliée par les cost-weights correspondants (annexe A).

*Cas sans transfert*

**Nombre de jours de soins = date de sortie moins date d'admission + 1**

*Cas avec transfert*

**Nombre de jours de soins = date de sortie moins date d'admission**

- <sup>3</sup> Le volume national de prestations est la somme des volumes de tous les fournisseurs dans le domaine d'application de TARPSY.
- <sup>4</sup> La neutralité du volume de prestations est réalisée lorsque le volume national de prestations ne s'écarte pas en 2018 et en 2019 d'une valeur prescrite (fourchette-cible). Si le volume national de prestations se maintient dans la fourchette-cible définie à la

partie IV, chiffre 3, de la présente convention, aucune mesure de correction n'est entreprise.

- <sup>5</sup> Si le volume national de prestations s'écarte de la fourchette-cible, les mesures de correction définies au chiffre 7, respectivement 8, sont entreprises.

### 3. Fourchette-cible

- <sup>1</sup> La fourchette-cible est fixée sur la base d'un taux de croissance annuelle admissible. Ce taux de croissance tient compte de la croissance générale de la population et des prestations selon les statistiques de l'OFS pour 2010-2015 et des regroupements de cas qui ne sont pas compris dans le volume de prestations de l'année de référence.

- <sup>2</sup> L'index 100.0 correspond au volume national de prestations en 2017.

- <sup>3</sup> Si le volume national de prestations dépasse les index suivants, les mesures de correction obligatoires prévues au chiffre 7, sont entreprises:

- Index Limite supérieure de la fourchette-cible en 2018: 103.0
- Index Limite supérieure de la fourchette-cible en 2019: 105.0

- <sup>4</sup> Si le volume national de prestations n'atteint pas les index suivants, les mesures de correction obligatoires prévues au chiffre 8, sont entreprises:

- Index Limite inférieure de la fourchette-cible en 2018: 98.0
- Index Limite inférieure de la fourchette-cible en 2019: 99.0

- <sup>5</sup> Les index pour la détermination du volume national de prestations sont arrondis à la première décimale après la virgule.

### 4. Responsabilité, durée et base de données

- <sup>1</sup> Le monitoring du volume de prestations ainsi que le calcul des corrections individuelles par hôpital sont menés par les parties à la convention conformément aux dispositions suivantes.

- <sup>2</sup> Les parties à la convention s'engagent à garantir la transparence réciproque des données et des calculs.

- <sup>3</sup> Une commission de monitoring est créée conformément au chiffre 5, pour assurer le monitoring.

- <sup>4</sup> Les volumes de prestations des années 2017, 2018 et 2019 sont comparés dans le cadre du monitoring.

- <sup>5</sup> Les données de la Statistique médicale des hôpitaux qui peuvent être mises à la disposition des parties à la convention par l'Office fédéral de la statistique jusqu'à la fin août de l'année suivante servent de base pour la comparaison des volumes de prestations.

- <sup>6</sup> Le volume des prestations des différentes années est calculé au moyen des versions suivantes du groupeur:

- 2017: version 1
- 2018: version de facturation en vigueur
- 2019: version de facturation en vigueur

### 5. Commission de monitoring

- <sup>1</sup> Les parties à la convention créent une commission paritaire de monitoring conformément au chiffre 4.

- 2 La commission de monitoring entre en fonction dès l'été 2019. Elle se réunit aussi souvent que nécessaire et, conformément à la présente convention, jusqu'à la fin de la dernière année où des corrections seront nécessaires.
- 3 La commission de monitoring est chargée du monitoring du volume de prestations et de la qualité des données utilisées.
- 4 Conformément au chiffre 4, la commission de monitoring dresse jusqu'au 30 novembre 2019 un rapport à l'intention des parties à la convention établissant si des mesures de correction sont nécessaires au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
- 5 La communication des mesures de correction nécessaires est effectuée par les parties à la convention conformément au chiffre 9.
- 6 La commission de monitoring se compose de quatre experts, dont deux représentent les fournisseurs de prestations et deux les assureurs maladie. Chaque partie à la convention nomme et rémunère ses experts et leurs remplaçants. Ces derniers suppléent aux absences des experts.
- 7 La commission prend ses décisions à l'unanimité.
- 8 Un observateur délégué par les cantons (CDS) et un observateur de SwissDRG SA peuvent participer aux séances.
- 9 La présidence est assurée par H+ en 2019, par santésuisse en 2020 et par curafutura en 2021.
- 10 Le secrétariat de la commission de monitoring est assuré par l'organisation qui la préside. Le secrétariat recueille les données des parties à la convention et les transmet aux experts, il prépare les séances et tient le procès-verbal, y compris la liste des affaires pendantes. Le président peut déléguer ces activités (aux frais de son organisation) et inviter aux séances une personne pour tenir le procès-verbal.
- 11 Les parties à la convention garantissent un accès et une livraison des données en temps utile. Ces données ne doivent pas être utilisées en dehors des activités de la commission.
- 12 Si des corrections sont nécessaires, les fournisseurs de prestations et communautés d'achat concernés ont un droit de consultation des données.
- 13 Si aucune décision ne peut être prise à l'unanimité, les parties à la convention nomment un expert neutre qui effectue le monitoring et calcule les mesures de correction individuelles. Les frais de l'expertise extérieure sont partagés entre les parties (50% H+, 25% santésuisse, 25% curafutura).

## 6. Détermination des index

- 1 L'index <sup>effectif 2018</sup> est calculé en divisant le volume national de prestations 2018 par le volume national de prestations de l'année de référence. Les calculs sont effectués jusqu'au 30 septembre 2019.
- 2 L'index <sup>effectif 2019</sup> est calculé en divisant le volume national de prestations 2019 par le volume national de prestations de l'année de référence. Les calculs sont effectués jusqu'au 30 septembre 2020.

## 7. Calcul des facteurs de correction en cas de dépassement de la fourchette-cible

- 1 Des mesures de correction sont imposées aux fournisseurs de prestations dont l'index effectif se situe au-dessus de l'index fixé au chiffre 3.3.
- 2 Le facteur de correction d'un fournisseur de prestations est calculé comme suit:  
2018:  $\text{index}_{\text{Limite supérieure de la fourchette-cible en 2018}} - \text{index}_{\text{effectif 2018}}$   
2019:  $\text{index}_{\text{Limite supérieure de la fourchette-cible en 2019}} - \text{index}_{\text{effectif 2019}}$

<sup>3</sup> Les calculs des facteurs de correction sont effectués jusqu'au 31 octobre 2019 pour l'année de prestations 2018, respectivement jusqu'au 31 octobre 2020 pour l'année de prestations 2019.

## **8. Calcul des facteurs de correction lorsque la fourchette-cible n'est pas atteinte**

<sup>1</sup> Des mesures de correction sont imposées aux fournisseurs de prestations dont l'index effectif se situe au-dessous de l'index fixé au chiffre. 3.4.

<sup>2</sup> Le facteur de correction d'un fournisseur de prestations est calculé comme suit:

2018:  $\text{index}_{\text{Limite inférieure de la fourchette-cible en 2018}} - \text{index}_{\text{effectif 2018}}$

2019:  $\text{index}_{\text{Limite inférieure de la fourchette-cible en 2019}} - \text{index}_{\text{effectif 2019}}$

<sup>3</sup> Les calculs des facteurs de correction sont effectués jusqu'au 31 octobre 2019 pour l'année de prestations 2018, respectivement jusqu'au 31 octobre 2020 pour l'année de prestations 2019.

## **9. Information / communication**

<sup>1</sup> Les parties à la convention mettent à disposition les informations suivantes:

- Pour les communautés d'achat des assureurs maladie ainsi que pour les fournisseurs de prestations / H+: les hôpitaux touchés par les mesures de correction et les facteurs de correction individuels.
- Pour la CDS et l'OFSP: une liste des hôpitaux touchés par les mesures de correction et la fourchette des mesures de correction individuelles.

<sup>2</sup> La communication des facteurs de correction intervient jusqu'au 30 novembre 2019 pour l'année de prestations 2018, respectivement jusqu'au 30 novembre 2020 pour l'année de prestations 2019.

## **10. Application des mesures de correction**

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations sont tenus d'appliquer les mesures de correction calculées par les parties à la convention ou par l'expert neutre.

<sup>2</sup> La restitution, respectivement la perception, est effectuée au travers d'un facteur de correction sur les factures de l'année 2020 (correction pour l'année de prestations 2018), respectivement 2021 (correction pour l'année de prestations 2019).

<sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations ou les communautés de négociation des fournisseurs de prestations et les communautés d'achat des assureurs peuvent s'entendre dans leurs conventions tarifaires sur l'impact des modifications des mandats de prestations sur les facteurs de correction de chaque hôpital et les autres mécanismes d'application des mesures de correction.

## **Partie V: Dispositions finales**

### **1. Validité, résiliation, obligations après la résiliation de la convention**

<sup>1</sup> La convention est conclue pour une durée illimitée. Le délai de résiliation est de 12 mois, la première échéance est fixée au 31 décembre 2021.

<sup>2</sup> La demande et l'acceptation de nouvelles versions des annexes A, B, C et D ne nécessitent aucune modification de la convention.

<sup>3</sup> Après la résiliation de la convention par une partie, de nouvelles négociations sont ouvertes sans délai.

## 2. Dispositions complémentaires

- <sup>1</sup> En cas de divergences sur l'interprétation de cette convention, les parties recherchent des solutions consensuelles.
- <sup>2</sup> La version allemande de la convention fait foi.
- <sup>3</sup> Les voies de droit demeurent réservées. Le for juridique est à Berne.

## 3. Dispositions transitoires

- <sup>1</sup> En complément des règles et définitions pour la facturation des cas sous TARPSY (annexe B), un jour de soins supplémentaire est facturé durant les années 2018 et 2019 pour chaque absence de plus de 24 heures.
- <sup>2</sup> Cette dérogation ne libère pas les hôpitaux du devoir de saisir et de transmettre les variables de la statistique médicale conformément aux prescriptions de l'Office fédéral de la statistique.
- <sup>3</sup> Le cost-weight d'un cas est calculé sur la base des jours de soins imputables selon TARPSY, y compris les jours de soins supplémentaires selon l'alinéa 1.

Lieu et date

### H+ Les Hôpitaux de Suisse

Isabelle Moret  
Présidente

Dr Bernhard Wegmüller  
Directeur

Lieu et date

### santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

Heinz Brand  
Président

Verena Nold  
Directrice

Lieu et date

### curafutura – Les assureurs-maladie innovants

Dr Ignazio Cassis  
Président

Pius Zängerle  
Directeur

## Partie VI: Annexes

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention:

- A Catalogue de PCG TARPSY
- B Règles d'application («Règles et définitions pour la facturation des cas sous TARPSY»)
- C Manuel de codage médical, y compris extrait pour la psychiatrie
- D Règlement d'exécution de la révision du codage sous TARPSY, y compris modèle de rapport de révision