

Transcription de la traduction automatique TARDOC Module 3

Chers collègues,

je vous souhaite la bienvenue à notre troisième et dernier module sur les forfaits ambulatoires et dernier module sur les forfaits ambulatoires.

J'ai de nouveau le Prof. Tutschek comme modérateur, qui me posera éventuellement encore des questions, si quelque chose n'est pas clair.

Nous avons déjà enregistré les deux premiers modules relativement tôt en juin et entre-temps, beaucoup de choses se sont passées.

Entre autres, les forfaits ambulatoires se sont maintenant mieux configurés et nous savons comment nous devons former nos collègues.

Le module 3 avec les forfaits ambulatoires n'a pas été facile à composer pour moi, parce que ce n'étaient pas simplement des résultats de négociations que j'avais menées moi-même, mais ce sont maintenant des résultats, que des économistes ont élaborés avec H+, l'association des hôpitaux, et qui ne sont pas tout à fait faciles à comprendre et qui ne sont pas tout à fait faciles à comprendre.

Cela ne concernera pas tout le monde de la même manière.

Il y en a certains dans la pratique, qui ne sont actifs que dans la pratique, sans opérations ambulatoires.

Ils pourront probablement parcourir ce module relativement rapidement, et ceux qui opèrent en ambulatoire, éventuellement aussi opérer en ambulatoire dans le cabinet, devront se pencher plus intensivement sur ces forfaits ambulatoires.

Je vais vous parler un peu des bases légales, Je vais vous parler un peu des bases légales, puis de l'interaction des différents tarifs, donc le TARDOC et les forfaits ambulatoires.

Ensuite, nous approfondirons un peu la matière avec le manuel de définition.

Nous examinerons les forfaits gynécologiques et obstétriques.

Nous examinerons les forfaits gynécologiques et obstétriques et puis un sujet très délicat, un thème de politique professionnelle est le calcul de la part du médecin et ensuite, j'aborderai encore des problèmes comme les interventions combinées et les problèmes de groupes de diagnostics et les prestations ambulatoires comme TARDOC.

groupes de diagnostics et les prestations ambulatoires comme TARDOC et pour finir, j'aimerais vous montrer quelques exemples en ligne directement sur Internet, comment ce groupeur de traitement est utilisé, pour calculer les forfaits, respectivement pour arriver aux forfaits.

Les bases légales sont claires.

Il y a un article 43 dans la LAMal, qui stipule clairement que, si des forfaits existent, leur application est légalement obligatoire.

Nous avons ces forfaits dans un tarif séparé, qui est organisé selon le Capitulum.

J'y reviendrai plus tard et le diagnostic mène au Capitulum respectif.

On peut déjà retenir, surtout si on connaît le navigateur LKAAT que j'ai déjà présenté dans le module précédent, que j'ai déjà présenté dans le module précédent, ce navigateur FMH avec la barre rouge.

Là, c'est comme ça, que les prestations TARDOC sont indiquées en rouge, les forfaits en bleu et les positions de déclenchement respectives qui mènent aux forfaits, en vert.

Je montre encore une fois l'interaction des tarifs.

Nous avons un système dit cohérent et lors de la saisie des prestations, on fait la distinction entre les prestations qui sont facturées sous forme de forfait et les prestations qui sont facturées dans le TARDOC comme un tarif de prestations individuelles.

qui sont facturées dans le TARDOC comme un tarif de prestations individuelles.

Il y a un algorithme dans le groupe, c'est similaire aux stationnaires, un groupe, qui sélectionne le forfait correspondant.

Soit on entre dans les forfaits ambulatoires, soit nous nous trouvons dans le TARDOC.

Il faut savoir que les deux systèmes interagissent.

Je vais maintenant donner un exemple pour une procédure opératoire, où par exemple une lésion est enlevée.

le premier contact avec la patiente et discute de l'intervention.

tout est sous TARDOC.

Cela peut se faire quelques jours, voire quelques semaines avant.

Ensuite, nous avons le jour de l'opération avec l'admission de la patiente, l'intervention proprement dite et la surveillance de la patiente.

Tous les médicaments sont également inclus dans ce forfait.

Tous les matériaux sont inclus, à l'exception de certains enregistrements et toutes les prestations comme le laboratoire et les rapports jusqu'à une date de 30 jours.

Donc, un rapport opératoire, même s'il est dicté quelques jours plus tard, est inclus dans le forfait.

Si la patiente revient plus tard pour l'ablation des fils, il s'agit alors d'un nouveau traitement TARDOC et la facturation se fait selon les prestations TARDOC.

Maintenant, quand TARDOC, quand forfaits ambulatoires ? Important, le premier contact est TARDOC.

Tous les autres traitements ambulatoires sont forfaitaires et ensuite le rapport qui sera envoyé plus tard, également un forfait ambulatoire.

Ce qui n'est plus inclus, c'est la pathologie.

La pathologie a été retirée des forfaits C'est important.

Elle est facturée séparément selon TARDOC.

Maintenant, que se passe-t-il si des forfaits ambulatoires et des prestations TARDOC sont effectués le même jour ? nous avons le jour de l'opération et nous avons une intervention chirurgicale et celle-ci a un groupe de diagnostic.

Elle a un diagnostic ICD, ils sont regroupés, ces diagnostics ICD.

Si nous fournissons d'autres prestations ce jour-là, il faut regarder dans quel groupe de diagnostic ces prestations se situent.

Si c'est un autre groupe de diagnostic, alors ces prestations peuvent être facturées séparément.

La plupart du temps, ce sera le cas que l'on fasse une facture pour le forfait et ensuite une autre facture pour les prestations TARDOC.

mais toutes les prestations peuvent aussi, si le motif du traitement est le même et l'assurance la même, on peut tout mettre sur une seule facture.

Je vais donner un exemple.

Nous prenons une cystoscopie, un forfait, que nous pouvons bien réaliser au cabinet.

Les diagnostics urologiques se regroupent en N30, par exemple N30 autre cystite, mais la patiente a encore d'autres troubles, par exemple, elle se plaint d'une mastodynies, elle a un résultat mammaire incertain et vous faites une mammosonographie.

Toutes ces prestations que j'ai notées là, sont des prestations TARDOC et elles se trouvent dans un autre groupe de diagnostic, par exemple, les néoformations bénignes de la glande mammaire.

Nous avons deux groupes de diagnostics différents.

Ce qui signifie que l'on peut facturer simultanément le forfait ambulatoire et les prestations TARDOC.

Je reviendrai plus tard quand il s'agira des mêmes groupes de diagnostics.

Ici, anticipons le problème de la cystoscopie et de l'urodynamique.

Là, c'est de sorte qu'on ne peut pas faire les deux le même jour.

Selon cet algorithme, il faudrait que, si deux jours calendaires consécutifs sont, si ce sont des jours calendaires différents, alors on a deux traitements ambulatoires.

À cause de la règle des 30 jours, il faut réfléchir à si je fais d'abord l'urodynamique et ensuite la cystoscopie, parce que les rapports et le laboratoire sont inclus dans le forfait, il est certainement plus judicieux de faire d'abord l'urodynamique et ensuite la cystoscopie.

Comment trouve-t-on les forfaits ambulatoires ? Là, comme on l'a déjà dit, au module 2. Il y a deux navigateurs tarifaires importants, et celui de l'OAAT.

Nous connaissons ce LKAAT. Si nous entrons par exemple dans ce LKAAT, une opération gynécologique typique, la cystoscopie avec curetage, alors nous voyons que nous arrivons à un forfait.

En bleu, c'est le numéro du forfait, le C1320C, et ensuite en vert, la position de déclenchement, qui mène au forfait.

Donc, encore une fois, en rouge, les prestations individuelles, en vert, les positions de déclenchement et en bleu les positions forfaitaires.

Mais il existe un deuxième navigateur tarifaire, à savoir celui de l'OAAT.

Là, ce n'est pas si simple, pour chercher. Il faut entrer l'hystérocopie comme nom.

Donc, si vous entrez 22.0645, il ne le trouve pas.

Mais là, nous avons l'hystérocopie, où il nous propose différentes possibilités sur quel forfait nous arrivons.

sur quel forfait nous arrivons.

Encore une fois, comment cela est enregistré.

Dans le navigateur LKAAT, nous voyons le forfait sous cette forme.

Nous voyons la dignité, la gynécologie et l'obstétrique.

Nous voyons le nombre de points tarifaires et dans le navigateur OAAT, nous voyons la même chose.

Nous voyons la même désignation.

Nous voyons les mêmes points tarifaires et nous voyons aussi qui peut effectuer cette prestation.

effectuer cette prestation.

Dans le navigateur OAAT, nous avons une classification selon Capitula.

Pour la gynécologie, nous nous situons principalement dans le Capitulum 09.

C'est la peau sous la peau et le sein.

Ou au niveau des organes urinaires. C'est le chapitre 11.

Ou encore au niveau des organes génitaux féminins.

Chapitre 13, ainsi que dans le chapitre Grossesse et Accouchement.

Ce sont les chapitres gynécologiquement pertinents dans le navigateur OAAT.

Si nous entrons dans les différents chapitres, maintenant le chapitre 09, vous voyez toute cette liste des différents forfaits.

Nous aurions probablement, par exemple, justement l'excision 1 et les ganglions lymphatiques peuvent être quelque chose.

Nous savons, grâce à la liste AWOS de Lucerne, que le médecin cantonal lucernois a le sentiment qu'une biopsie du ganglion sentinelle pourrait à l'avenir, n'être réalisée que sous forme de forfait ambulatoire.

à l'avenir, n'être réalisée que sous forme de forfait ambulatoire.

Ensuite, nous avons aussi la mastectomie simple.

Il souhaite également l'avoir comme nouvelle prestation AVOS, mais ce n'est pas encore fait.

La direction de la santé zurichoise n'est pas enthousiasmée par la proposition lucernoise.

Mais nous avons aussi les interventions stéréotaxiques mini-invasives du sein, corrections des tissus mous, etc.

Ensuite, nous avons un chapitre sur les organes urinaires.

Cela nous concerne tout au plus pour les opérations d'incontinence urinaire, que ce soit avec une bandelette, que ce soit avec, par exemple, du Bulkamid.

Nous avons aussi la cystoscopie, qui est incluse.

Mais nous avons aussi, par exemple, le changement de cystostomie, c'est-à-dire un cathéter sus-pubien.

On peut éventuellement le changer au cabinet.

C'est aussi un forfait.

Nous passons au chapitre 13, concernant les organes génitaux féminins.

Là, nous voyons que divers actes laparoscopiques sont des forfaits.

Ensuite, plusieurs actes hystéroscopiques et ensuite des interventions plus petites sur la vulve et par exemple aussi la conisation.

La conisation est mentionnée plusieurs fois.

Je vous montrerai après pourquoi.

La grossesse et l'accouchement, je suppose que vous allez maintenant commencer à réaliser la section en ambulatoire.

Cela montre simplement comment ces données ont été obtenues de manière étrange.
comment ces données ont été obtenues de manière étrange.

Les accouchements ambulatoires existent effectivement, puis pour nous bien sûr, l'avortement est beaucoup plus déterminant avec ou sans mesure d'imagerie échographique.

avec ou sans mesure d'imagerie échographique.

Le cerclage cervical, s'il est réalisé en ambulatoire, puis le col de l'utérus, le retrait du cerclage cervical.

C'est mon fameux exemple, de la façon dont les forfaits ambulatoires sont complètement absurdes, concoctés par de la façon dont les forfaits ambulatoires sont complètement absurdes, concoctés par des économistes.

Une version externe a assez peu à voir avec le retrait d'un cerclage cervical.

La version externe se passe le plus souvent à la clinique sous vraiment avec anesthésiste et sous préparation à la césarienne pendant un cerclage cervical. Cela peut se faire sur la chaise gynécologique en une minute.

Comment arrive-t-on à un forfait correspondant, par exemple la consultation ? Pour cela, il est important de connaître l'arbre de décision ou le manuel de définition du forfait.

Si vous entrez dans le tarif, vous voyez tout à fait à droite dans le tarif, il y a une section sur le manuel de définition.

Je vais vous donner un exemple.

Vous prenez une hystérocopie.

Là, il y a un tableau, où l'hystérocopie est indiquée Mais il y a aussi dans ce tableau la destruction non chirurgicale de l'endomètre et l'évacuation du chorio-carcinome. Si un oui apparaît là, alors on passe au tableau suivant.

Elle contient différentes positions. La destruction de l'endomètre, la destruction non chirurgicale de l'endomètre, l'ablation de tumeurs, etc. et aussi la conisation du col de l'utérus.

Si un « Oui » est indiqué, alors nous en sommes à l'hystérocopie avec destruction de l'endomètre, ablation de tumeur ou conisation.

Il n'est pas impossible de faire une hystérocopie en même temps qu'une conisation.

On fait souvent un curetage en plus.

on regarde jusqu'où la lésion s'étend dans le canal cervical.

on regarde jusqu'où la lésion s'étend dans le canal cervical.

Cela a toujours été fait ensemble auparavant.

C'est pourquoi c'est tarifé en conséquence.

Si nous regardons plus loin, la conisation, nous pouvons bien sûr aller dans le tableau Cervix. est également disponible dans ce manuel de définition.

La conisation du col de l'utérus, l'ouverture d'une fermeture du col de l'utérus ou de petites opérations sur le col de l'utérus sont répertoriées dans ce tableau C13 Cervix et puis, très intéressant, il y a ici une LKAAT, une position TARDOC, la VG0090.

Qu'est-ce que VG0090 ? C'est la colposcopie.

Maintenant, lors de la colposcopie, un oui est déclenché.

Ensuite, nous atteignons la conisation avec la colposcopie.

La conisation avec la colposcopie a 2 et 900 et points fiscaux.

Mais si un non se produit, alors nous avons une autre conisation.

La conisation issue de la C1340B et on y voit aussi le tableau.

Ce seraient aussi d'autres interventions sur le col de l'utérus ou l'ouverture de la fermeture du col de l'utérus. Et si aucune colposcopie ou aucune hystérocopie n'est effectuée en même temps, n'est effectuée en même temps, nous n'avons plus que 2 et 158 et points fiscaux.

Donc, une colposcopie, accrochez-vous bien.

Pour les économistes, cela signifie un ajustement des points fiscaux d'environ 800 points.

C'est pourquoi il est important, lorsque vous opérez, de décrire très précisément dans le rapport opératoire ce que vous avez fait et je pense que la clinique de jour va également acquérir un colposcope mobile, car après tout, il s'agit de 800 et points fiscaux.

Ensuite, encore une fois, la simple hystérocopie.

Si soit il y a un oui, soit il y a un non, et selon le tableau sur lequel on atterrit, cela correspond alors à un forfait correspondant.

Maintenant, il existe bien sûr différentes manières, de trouver le forfait approprié.

La plupart, qui travaillent dans une clinique de jour ou dans un hôpital public, là, c'est automatiquement fait par la clinique, le codeur.

Parce qu'ils connaissent ça, bien sûr, grâce aux DRG stationnaires et vont donc coder les forfaits ambulatoires en conséquence.

vont donc coder les forfaits ambulatoires en conséquence.

On peut soit procéder de manière « etdescendante et» (top down), on cherche dans le tarif le forfait correspondant, on va dans le manuel de définition, on a la position de déclenchement correspondante et les diagnostics ICD-10.

C'est le moyen simple pour le cabinet, par exemple pour une hystérocopie.

Mais on peut aussi arriver aux forfaits de manière dite (bottom up), c'est-à-dire qu'on utilise un (Grouper) dit.

En plaisantant, la question: quelle est la nature du diagnostic et? On entre la position de déclenchement et le grouper trouve alors le forfait.

Comme je l'ai dit, cela se fera plutôt dans les hôpitaux.

Je montre encore une fois les deux voies.

Les deux voies exigent un diagnostic ICD.

C'est important.

Pour les forfaits ambulatoires, le diagnostic CIM est obligatoire.

Nous regardons ici, hystérocopie avec biopsie.

J'aimerais bien avoir ça sous forme de forfait.

Ensuite, je regarde dans le tableau.

Aha, il y a une position de déclenchement, la C13GE0030.

Si je la saisis, alors je peux saisir sur la facture la C1320.

Ensuite, la position de déclenchement de l'hystérocopie plus un diagnostic correspondant M92 contre un trouble du cycle féminin.

Ou vous faites autrement.

Vous allez dans le Webgrouper, comme on l'appelle.

Je vous montrerai ça plus tard. Vous saisissez le diagnostic.

Vous saisissez la position de déclenchement correspondante.

Le grouper vous trouve aussi le même forfait.

Quelles sont les exigences pour la facture? Si vous souhaitez établir vous-même une facture, par exemple pour une hystérocopie ou éventuellement aussi pour une hystérocopie avec des instruments à usage unique, vous avez impérativement besoin d'un diagnostic CIM.

Vous avez besoin de la position de déclenchement et de la position du forfait, comme illustré ici avec l'exemple du Webgrouper.

représenté.

Les différents logiciels de cabinet feront ça différemment.

Certains ont ce Webgrouper en arrière-plan.

D'autres ont fait leurs propres groupers.

Vous devez vous concerter avec votre fournisseur de logiciel de cabinet pour savoir exactement comment ces forfaits ambulatoires sont saisis.

Sur la facture doivent figurer le diagnostic ICD, la position de déclenchement et la position du forfait.

Maintenant, ça devient un peu compliqué.

Pour chaque forfait et chaque capitulum, il existe un manuel de définition, pour ainsi dire. Dans ce manuel de définition, tous les diagnostics ICD sont répertoriés, qui mènent à ce capitulum 13.

qui mènent à ce capitulum 13.

J'ai fait un exemple, où divers services de diagnostic mènent à 13.

Donc, les néoplasmes malins du vagin, les néoplasmes malins de l'endomètre et ainsi de suite.

Mais il existe aussi des modifications bénignes.

Il serait un peu trop long de tous les énumérer individuellement.

C'est une très longue liste avec les diagnostics.

Je vous proposerais, si le diagnostic, comme je l'ai déjà montré, dans le module 2 dans le navigateur LKAAT, il y a une section sur les diagnostics ICD, où vous pouvez trouver relativement facilement votre diagnostic.

Les positions de déclenchement sont également notées dans ce manuel, aufgeschrieben.

Il y a une petite liste de positions de déclenchement que vous trouverez dans ce finden dans cette manuel.

Il y en a relativement loin.

Mais il y a aussi ce qu'on appelle des positions de supplément.

Il y a des positions principales et des positions de supplément pour les positions de déclenchement et nous avons ici encore les positions de déclenchement du chapitre 14.

Il faudra se pencher sur les positions de déclenchement les plus importantes et les sélectionner.

Par exemple, pour l'avortement avec ou sans procédure d'imagerie.

Verfahren.

Encore une fois, il y a les positions de déclenchement principales.

Par exemple, le tableau avec l'hystérocopie.

Hystérocopie avec curetage et biopsie. La C13GE0030.

Ce serait une position de déclenchement, une position de déclenchement principale et ensuite, dans l'arbre de décision, il y a un autre tableau.

La C1320A.

Cela décrit d'autres positions de supplément, par exemple la destruction chirurgicale de l'endomètre.

Ou l'ablation de la tumeur. Ou l'ablation du septum.

Il n'y a pas que des positions Z comme supplément.

Mais à l'intérieur, par exemple, la portio-conisation est également listée.

Comme prestation principale indépendante.

Je vais encore une fois donner un exemple.

Les suppléments Z pour l'hystérocopie.

Encore une fois, un peu plus grand, individuellement listés.

Que se passe-t-il si l'on introduit ces positions de déclenchement dans le groupe ? Je reviens encore une fois sur ce groupeur de traitements individuels.

Je choisis un sexe féminin.

J'ai maintenant pris un âge de 40 ans.

Je prends un diagnostic de menstruations trop fortes et trop fréquentes et je saisis une position principale.

Ce C13GE0030.

Hystérocopie et curetage et ensuite, je saisis par exemple comme position de supplément une destruction de l'endomètre en dessous.

Nous avons donc un diagnostic principal et un diagnostic de supplément.

Les deux nous mènent au C1320A.

Avec ces 3900 points tarifaires. Il existe cependant d'autres déclencheurs pour ce diagnostic.

Par exemple, deux déclencheurs principaux.

Si je saisis l'hystérocopie, la même qu'avant.

Mais la portio-conisation.

Alors nous avons deux déclencheurs principaux.

Qui mènent aussi au même résultat de groupement.

Lors de la laparoscopie, nous avons aussi des choses similaires.

qu'il faut savoir.

Une laparoscopie avec une chromopertubation n'est pas considérée comme une laparoscopie diagnostique.

Mais elle est considérée comme une laparoscopie thérapeutique et là, on trouve par exemple la chromopertubation comme position supplémentaire.

Qui nous amène ensuite aux interventions laparoscopiques avec biopsie, chromopertubation et ainsi de suite.

Avec leurs 4500 points tarifaires.

C'est bien sûr anesthésie comprise.

Ce sont généralement des interventions.

Qui ne sont plus réalisées sous anesthésie locale.

C'est pourquoi le montant du point tarifaire est bien sûr également élevé.

Je vais vous montrer la différence.

Si l'on ne fait qu'introduire la laparoscopie thérapeutique, on arrive à la 1013C, qui a moins de points tarifaires, que si j'introduis en même temps une chromopertubation comme supplément, cela augmente cette laparoscopie d'environ 700 points tarifaires, n'est-ce pas ? Donc, c'est pourquoi la documentation est très importante et il est également important pour vous-même, que vous sachiez, où peut se situer la différence entre les différents forfaits.

Nous passons au chapitre 14, traitement de l'avortement, je l'avais déjà mentionné, il est important que vous documentiez vraiment, que vous documentiez par exemple lors d'un traitement de l'avortement, nous y allons, nous le refaisons dans ce groupe, nous entrons une femme, j'ai pris 35 une fois, comme diagnostic, j'ai entré un avortement manqué, qui mène au chapitre 14 et ensuite j'ai entré, traitement de l'avortement en cas d'avortement manqué, Nous arrivons ensuite à l'autre avortement avec les 2 et 054 points tarifaires. Mais si j'entre en même temps une position d'échographie, par exemple l'endosonographie ciblée, vous pourriez aussi entrer l'échographie de la thyroïde ou une échographie du genou ou n'importe quelle échographie, peu importe, là, nous avons comment les économistes pensent, vous arrivez ensuite au résultat de groupement C1420A, quand même une

différence de 900 etpoints tarifaires entre les deux positions rien qu'en entrant cette sonographie ciblée, on voit là quelle est sa valeur, d'entrer une autre position. d'entrer une autre position.

Oui, voilà pour la systématique des forfaits individuels, je vous recommande de consulter le tarif, de regarder ces forfaits, d'aller dans le manuel de définition, de regarder aussi cet arbre de décision, afin de réaliser comment ces forfaits sont constitués, je pense que c'est aussi important, qu'on ne laisse pas ça seulement aux codeurs dans les hôpitaux, mais qu'on ait soi-même une idée, de comment on arrive à ces forfaits.

Maintenant, problématique de la part du médecin, dans chaque forfait, vous pouvez, dans le catalogue de l'OAT, cliquer sur ce qu'on appelle le miroir de données et ce miroir de données nous indique, comment ce calcul a été effectué.

comment ce calcul a été effectué.

Les hôpitaux ont saisi leurs données selon la norme dite REKOLE, c'est une comptabilité certifiée, dans laquelle les hôpitaux saisissent déjà leurs données dans le secteur stationnaire, afin d'arriver à leur base DRG.

On a alors dit, oui, on prend les mêmes normes aussi pour le secteur ambulatoire, mais là, ça commence déjà, c'est souvent estimé, quelle est la part du secteur ambulatoire, c'est-à-dire Ces chiffres ne sont pas très fiables, de plus, ces centres de coûts ne sont pas très transparents non plus.

Il y a un centre de coûts pour les salaires des médecins et dans ces salaires des médecins, il y a bien sûr de l'étudiant, de l'assistant, du chef de clinique, du médecin-chef, du médecin-chef, tout est inclus, avec bien sûr une courbe de distribution gaussienne, où les assistants prédominent et on peut alors cliquer sur le groupe correspondant, prestations médicales, et alors on voit qu'on nous a en fait accordé 13,2% de ces 2600 points tarifaires 2600 points tarifaires selon ces chiffres REKOLE.

La grande partie, 49,5%, détermine les autres composantes de coûts. Il n'y a aucune granularité, on ne sait pas ce qui est inclus exactement, ce qui est inclus, donc il devrait y avoir l'utilisation de la salle d'opération, l'infrastructure, le personnel et ainsi de suite, la salle de réveil, etc.

être inclus.

Mais il y a bien sûr aussi l'utilisation de la salle d'opération par les assistants, qui prennent peut-être deux fois plus de temps pour une intervention, que si nous le faisons en tant que médecins agréés expérimentés, et c'est la marge de négociation que nous avons en fait.

Ce n'est pas possible, que nous soyons indemnisés sur la base des salaires des médecins. que nous soyons indemnisés sur la base des salaires des médecins.

C'est aussi la raison pour laquelle, la FMCH et le SPV, l'Association suisse des médecins agréés, rejettent catégoriquement ce calcul.

On peut aussi se faire une idée, grâce au TARDOC, de ce dont nous disposerions.

Le TARDOC, que vous connaissez avec les barres rouges, c'est le TARDOC 1.4, mais dans une version antérieure, les forfaits n'étaient pas encore dans le TARDOC.

C'est-à-dire qu'il y avait les prestations individuelles, comme l'hystérocopie était encore mentionnée, la prestation dite de base pour l'opération était encore mentionnée.

C'est une prestation importante, aussi bien pour la clinique que pour les médecins, car elle calcule tous les frais en dehors du temps de suture proprement dit.

temps de suture proprement dit.

La planification opératoire était également incluse.

Si nous additionnons cela par exemple, nous partons du principe que la consultation contient également une TL qui appartient au médecin.

Donc, pour prendre la blouse de médecin dans la clinique de jour, il est incompréhensible de ne pas recevoir la TL.

Il y a aussi quelques hôpitaux publics qui, lors des consultations et des prestations de base, donnent aux médecins les TL.

lors des consultations et des prestations de base, donnent aux médecins les TL.

Le groupe Hirslanden ne le fait pas, mais je sais que d'autres hôpitaux publics du canton de Zurich donnent les premières TL.

Ensuite, nous avons l'anesthésie avec sa série et sa dérivation et l'activité de l'anesthésiste. Nous avons la salle de réveil, que l'on peut ajouter et si on additionne tout ça maintenant, alors on voit que, donc la prestation de l'opérateur correspond à environ 713 points tarifaires.

Ensuite, nous payons notre caisse de pension et nous payons nous-mêmes notre assurance responsabilité civile et cela correspond à environ 7,22%.

Si on additionne tout ça, nous aurions théoriquement généré 913 points tarifaires selon TARDOCh.

L'hystérocopie avec curetage a 2766 points tarifaires.

Cela correspond à peu près exactement à 33%, un tiers.

913 points tarifaires, donc si nous allons à la clinique et disons bonjour, 13,2%, ça ne peut jamais être juste, ça ferait 365 points tarifaires et vous, en tant qu'hôpital, vous voulez seulement nous donner ça, mais dans le TARDOC avec le meilleur revenu de référence, avec les prestations de base, etc.

Si on avait 913 points tarifaires, alors il y aurait certainement une certaine marge de négociation.

H+ a publié, que de nombreux hôpitaux se sont déclarés prêts à ne plus rémunérer que le miroir de données.

Ils ont mandaté une entreprise, EONUM, pour analyser à nouveau les données.

Mais EONUM, par exemple, dans de nombreux cas où il n'y avait pas de données, EONUM a pris l'ancien TARMED et les AL du TARMED pour fournir des données correspondantes.

Donc, ce n'est pas possible, que nous soyons rémunérés sur la base d'anciens AL de TARMED.

que nous soyons rémunérés sur la base d'anciens AL de TARMED.

Les chiffres REKOLE, on le sait, tout le monde le sait, ils sont totalement insuffisants.

Par exemple, peut-être vous souvenez-vous encore des discussions, sur la pathologie.

Donc, par exemple, pour une biopsie assistée par le vide, il y aurait eu 18 points tarifaires de pathologie prévus, ce qui ferait 16 francs.

Pour une hystérocopie avec curetage, cela coûterait environ 60 francs de pathologie gewesen et nous savons que la pathologie est certainement plus chère, en fonction de la quantité de matériel que l'on reçoit.

Une petite biopsie de l'utérus peut coûter peut-être 150 francs, mais une biopsie assistée par aspiration avec environ 12 cylindres, où il faut examiner chaque cylindre au moins à trois endroits, cela donne beaucoup de matériel et cela vaut certainement plus que ces 16 francs.

Juste pour montrer que ces chiffres REKOLE sont tout simplement totalement insuffisants.

Les autres composantes de coûts ne sont pas non plus ventilées.

C'est la raison pour laquelle la FMCH et la SSP rejettent ce miroir de données.

La part du médecin est une affaire de négociation entre le corps médical et la clinique de jour.

Je peux vous annoncer que nous avons dans le canton de l'obstétrique, je ne parle pas pour les autres domaines, mais en gynécologie et obstétrique, nous avons convenu d'environ 30 pour cent pour la part du médecin.

Je connais une clinique de jour dans la région de Bâle, qui a négocié un tiers.

Donc, on peut certainement obtenir plus que ces 13 pour cent.

Un problème, ce sont les coûts des matériaux, sont inclus, à l'exception des opérations d'incontinence urinaire qui sont importantes pour nous.

Là, le matériel est séparé. Mais pour les coûts des matériaux, par exemple pour une chaussure Nova ou un Cover-Term, nous comptons 800 francs de coûts de matériel.

Serait cependant le nombre au maximum d'environ 150 francs.

Comment calculer la part du médecin ? Une possibilité est de déduire d'abord ces coûts du forfait.

Donc, on peut dire que dans le forfait, il y a peut-être 300 à 400 francs de coûts de matériel.

Tout ce qui dépasse est d'abord déduit, avant de calculer la part du médecin.

Nous avons encore d'autres problèmes, ce sont les interventions combinées.

Cela n'existe pas pour les économistes.

Je prends comme exemple une hystéroscopie avec chromopertubation et une hystéroscopie, c'est une intervention typique que nous réalisons par exemple en cas de stérilité de la femme.

J'ai entré l'hystéroscopie, la laparoscopie et la chromopertubation et je n'arrive qu'à la laparoscopie.

L'hystéroscopie n'est quasiment pas prise en compte.

Enfin, ce qui est pris en compte, c'est le forfait, qui est plus fortement pondéré et c'est, dans ce cas, la laparoscopie.

Donc, soit on fait l'une des interventions gratuitement, soit on découpe toute l'opération et on fait un jour l'hystéroscopie ou peut-être même l'hystéroscopie dans le cabinet et ensuite la laparoscopie avec chromopertubation à l'hôpital sous anesthésie.

Ensuite, j'ai déjà mentionné l'entrée, le problème des mêmes groupes de diagnostics, cela concerne surtout en gynécologie les urogynécologues.

Par exemple, toute la cystométrie avec les mesures de profil de pression urétrale et le plancher pelvien, l'électromyographie, ce sont toutes des prestations TARDOC et elles ont le même groupe de diagnostics que la cystoscopie.

Comme tout cela se trouve dans le même groupe de diagnostics, on ne peut pas facturer séparément la cystoscopie et les autres prestations.

on ne peut pas facturer séparément la cystoscopie et les autres prestations.

On ne pourrait facturer que la cystoscopie.

L'ensemble de l'urodynamique serait gratuit ou inversement, seulement l'urodynamique et la cystoscopie seraient alors gratuits en plus.

Ou comme je l'ai mentionné au début, on effectue ces prestations à différentes dates.

Je recommanderais vivement de réaliser d'abord l'urodynamique, surtout à cause des rapports, du laboratoire, par exemple une culture d'urine ou peut-être qu'on a fait un

laboratoire de chlamydia et ainsi de suite, alors cela ne tombe pas dans le forfait et ensuite la cystoscopie.

Maintenant, pour finir, encore quelque chose sur les contrats de raccordement, nous ne l'avons pas mentionné dans les premiers modules, parce que ce n'était pas encore tout à fait d'actualité.

Je vous recommande d'aller sur le site web myfmh.ch.

Vous pouvez vous connecter sur myfmh, avec le client HIN par exemple, c'est la manière la plus simple de s'y connecter et si vous entrez ensuite dans ce groupe myfmh, vous voyez ici les contrats d'un des chapitres et si vous cliquez sur les contrats, alors vous voyez, j'ai maintenant une image de ma propre plateforme myfmh.

Vous voyez, je me suis déjà inscrit et j'ai accepté les forfaits TARDOC et Ambulanten, tant pour l'AOS que pour l'LAA.

UVG acceptés et ils sont valables à partir du 1er janvier.

Il suffit d'un clic et vous y êtes.

Maintenant, j'aimerais vous montrer quelques exemples en ligne.
montrer.

J'espère que ça marche et ce, via Prestations, comment vous pouvez les entrer dans le Grouper.

Le mieux est soit de passer par taifmatcher.oat-otma, soit d'aller directement sur www.otma.ch.

Cherchez l'outil de simulation et, dans l'outil de simulation, allez sur le Grouper de traitement individuel.

Alors, faisons ça.

Nous allons sur le Web-Grouper, nous remettons tout à zéro.

Nous avons affaire à des femmes, alors prenons le sexe féminin.

ça n'a pas vraiment d'importance et nous prenons comme exemple la cystoscopie.

Nous avons besoin d'un diagnostic CIM.

C'est un diagnostic N quelconque, un 30.

Par exemple, une autre cystite chronique comme exemple et ensuite, nous cherchons la cystoscopie.

et nous voyons la cystoscopie, l'urétroscopie et cela a la position de déclenchement C11, C11-EB0030.

Mais je l'ai cherché avec des mots et nous voyons, nous arrivons à ce C11-51D.

Sur la facture, vous devez donc indiquer.

N32 comme diagnostic, position de déclenchement C11-EB0030 et le forfait C11-51D.

Faisons autre chose.

Nous prenons une fois N92, par exemple 5. Bien sûr, nous devons en saisir une femme et je vous donne un exemple de comment une seule petite position.

L'ensemble du forfait de plusieurs centaines de francs ou de points tarifaires peut changer.
peut.

Prenons encore une fois l'hystérocopie dedans et nous prenons par exemple la hystérocopie diagnostique dedans.

Hystérocopie ou diagnostic, cela donne relativement peu.

C'est une petite position.

Mais j'ai fait un cathéter vésical à la patiente.

fait et Ensuite Cathétérisme vésical, diagnostique chez la femme, thérapeutique ou diagnostique chez la femme ou la fille.

Que se passe-t-il ? Nous obtenons un résultat de regroupement complètement différent.

À savoir, l'hystérocopie avec anesthésie ou avec d'autres mesures humides.

Parmi les autres mesures humides, il y a le cathéter vésical dedans.

Donc, une documentation précise est utile, ainsi que la connaissance des forfaits.

C'est par exemple quelque chose si on veut rapidement jeter un coup d'œil dans l'utérus.

Il existe des instruments à usage unique qui ne sont pas plus épais qu'une Mirena.

On peut les introduire.

Il faut juste avoir un pied à perfusion.

Ensuite, il faut un brassard de pression pour le sac en plastique avec le NAEL et on peut déjà le faire sans problème dans le cabinet et puis, il vous faut encore un cathéter.

C'est important, sinon vous n'atteindrez pas ces 2 100 points fiscaux.

Alors, nous allons peut-être refaire un exemple.

Nous remettons ça à zéro. Nous retournons à la femme.

Nous allons peut-être prendre un autre âge.

Cela ne joue aucun rôle en soi et nous choisissons une fois l'avortement comme diagnostic.

Qu'on peut entrer là.

par exemple quelque chose d'incomplet sans Avortement induit avec complications ou qu'est-ce qu'il y a d'autre? Il y a aussi la missed abortion.

Je crois qu'il y a ça dedans, si on entre ça.

missed abortion, vous voyez. Dedans et puis on entre le traitement de l'avortement.

On entre traitement de l'avortement pour abortus incomplets ou missed abortion et vous voyez, on arrive à l'autre avortement.

Mais peut-être qu'il y a encore une échographie dans la clinique de jour au bloc opératoire.

On pourrait par exemple entrer focalisé.

Il y a bien des échographies focalisées, non? Et l'échographie focalise un organe Transabdominal.

Que se passe-t-il? Ici, on voit comment le résultat de la copie change nettement.

Alors retenez bien, le rapport opératoire est important, que vous notiez seulement un traitement de l'avortement, un curetage par aspiration ou que vous entriez un curetage par aspiration plus un contrôle échographique.

entriez un curetage par aspiration plus un contrôle échographique.

Oui, ce serait tout pour moi.

Je pense ou j'espère avoir pu vous rapprocher des forfaits ambulatoires.

avoir pu vous rapprocher des forfaits ambulatoires.

Un grand merci et, de ma part aussi, tous mes vœux de bonheur et de réussite pour le début le 01.01.2026.