

P1 : Rapport de développement

Forfaits ambulatoires 1.2

Division Forfaits ambulatoires

Berne, le 29 mai 2026

En cas de contradiction entre les versions linguistiques des tarifs, c'est la version allemande qui fait foi.

Gender Disclaimer : la forme masculine utilisée dans les tarifs se réfère toujours aux personnes de sexe féminin, masculin et divers. Afin d'assurer une meilleure lisibilité, il est renoncé à l'utilisation simultanée des formes masculine et féminine.

Table des matières

Table des matières	2
1. Thèmes principaux	3
1.1. Aperçu	3
1.2. Axes de développement et participation des sociétés de discipline	3
1.3. Pathologie	3
1.4. Médecine pédiatrique	4
1.5. Procédure de demande	5
2. Modifications relatives aux chapitres	5
2.1. Capitulum 00	5
2.2. Capitulum 01	7
2.3. Capitulum 02	8
2.4. Capitulum 03	9
2.5. Capitulum 04	10
2.6. Capitulum 05	11
2.7. Capitulum 06	12
2.8. Capitulum 07	13
2.9. Capitulum 08	13
2.10. Capitulum 09	15
2.11. Capitulum 10	16
2.12. Capitulum 11	17
2.13. Capitulum 12	18
2.14. Capitulum 13	20
2.15. Capitulum 14	20
2.16. Capitulum 22	20
2.17. Capitulum 23	21
2.18. Capitulum 90	21

1. Thèmes principaux

1.1. Aperçu

Le développement du système s'est accompagné d'une différenciation considérable des forfaits ambulatoires. Cela traduit une plus grande homogénéité sur les plans médical et économique. Le nombre de groupes de cas a augmenté d'environ 100 pour atteindre 420 groupes de cas. À une exception près, tous les groupes de cas ont pu être évalués.

1.2. Axes de développement et participation des sociétés de discipline

Le Conseil d'administration de l'OTMA SA a défini cinq axes de développement pour l'évolution du système des forfaits ambulatoires :

- Médecine nucléaire
- Chirurgie de la main
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie pédiatrique
- Pathologie

Conformément à la convention d'accompagnement de 2024, l'OTMA SA a impliqué les sociétés de discipline reconnues dans le développement du système et a coordonné la démarche avec la FMH. Concernant l'ensemble des axes de développement, trois rencontres formelles ont eu lieu entre l'OTMA SA et les représentants du corps médical. Outre ces rencontres formelles, d'autres discussions et séances ont eu lieu avec les représentants des sociétés de discipline. Les délégations représentant le corps médical ont été désignées par la FMH, la FMCH ayant été invitée à toutes les séances. Ponctuellement, d'autres sociétés de discipline ont été impliquées, par exemple l'ORL en chirurgie maxillo-faciale et la dermatologie en pathologie.

1.3. Pathologie

Les prestations de pathologie devraient être intégrées dans les forfaits ambulatoires de la manière la plus appropriée possible, en tenant compte d'une grande homogénéité médicale. À cette fin, on a tout d'abord identifié l'ensemble des interventions qui s'accompagnent généralement d'un prélèvement tissulaire et qui donnent régulièrement lieu à des examens pathologiques. Il s'agit notamment de biopsies, de excisions et de frottis. Ces interventions ont été définies comme des « PATH-Trigger ». La définition des « PATH-Trigger » ainsi que leur classification ont été élaborées en collaboration avec la Société Suisse de Pathologie (SSPath) et validées sur le plan technique par celle-ci. Pour certaines de ces prestations formellement classées comme « PATH-Trigger », aucune prestation ni aucun coût liés à la pathologie n'apparaissaient toutefois dans l'ensemble de données. Ces cas n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation des groupes de cas, proportionnellement à leur occurrence réelle dans les données individuelles des assureurs maladie, afin de ne pas fausser les coûts globaux réels par cas. Parallèlement, l'ensemble des prestations pathologiques a été classé en trois catégories de complexité (complexe, exigeante, standard). Cette classification a également été réalisée en étroite collaboration avec la SSPath. Les groupes de cas existants ont ensuite été systématiquement examinés et adaptés de manière à garantir une forte homogénéité tant sur le plan médical qu'en termes de coûts.

1.4. Médecine pédiatrique

Dans le cadre du thème prioritaire de la médecine pédiatrique, des critères d'âge ont été définis, en collaboration notamment avec la Société suisse de chirurgie pédiatrique, en vue de l'analyse systématique et de la mise en place de splits d'âge :

< 1 ans	< 3 ans	< 7 ans	< 16 ans
---------	---------	---------	----------

Par conséquent, à l'issue d'un examen systématique, 30 splits d'âge supplémentaires ont pu être établis par rapport à la version tarifaire v2026.

Les groupes de cas de base comportant les splits d'âge susmentionnés sont les suivants :

Groupe de cas de base	Description
C00.80	TEP
C00.81	SPECT
C00.82	Scintigraphie
C02.02	Vitrectomie
C02.15	Cataracte
C02.25	Interventions sur les muscles oculaires
C02.30	Interventions sur la paupière/sur les glandes lacrymales
C03.15	Interventions en cas de pharyngolaryngoscopie
C03.20	Tonsillectomie / adénectomie
C03.25	Interventions sur le pavillon auriculaire
C03.26	Paracentèse
C06.00	Interventions abdominales
C08.02	Interventions lors de tumeurs osseuses
C08.20	Arthroplastie / interventions sur les os
C08.21	Ostéotomie / arthrotomie
C08.26	Arthroscopie du genou
C08.30	Fractures / luxations des membres
C08.35	Interventions sur les parties molles des membres
C08.43	Interventions au pied
C08.50	Réductions fermées
C09.35	Excisions de grande surface sur des processus cutanés
C11.42	Interventions transurétrales
C11.51	Cystoscopie
C11.55	Urétroscopie
C12.02	Cryptorchidie
C12.03	Circoncision

Étant donné que les interventions chez les patients âgés de moins de 16 ans (par rapport à la population âgée de 16 ans et plus) sont plus souvent réalisées sous anesthésie, les surcoûts qui en découlent peuvent également être pris en compte à l'aide de splits d'anesthésie, indépendamment des splits d'âge établis.

1.5. Procédure de demande

Dans le cadre de la procédure de demande, les associés ont déposé au total 234 demandes relatives aux forfaits ambulatoires, que le secrétariat de l'OTMA SA a pu traiter comme suit :

Procédure de demande v2027	
Acceptée	164
Rejetée	40
Non admise	30
Total	234

2. Modifications relatives aux chapitres

2.1. Capitulum 00

Définition du chapitre

Conformément à la version 2026, le Cap00 comprenait, d'une part, le renvoi, indépendamment du diagnostic, de certaines constellations vers les capitules spécifiques à un organe et, d'autre part, la représentation de la radiothérapie et de la médecine nucléaire. Dans la version 2027, le Cap00 inclut, outre les deux domaines de prestations susmentionnés, l'excision des ganglions lymphatiques, indépendamment du diagnostic. Le transfert, indépendamment du diagnostic, de certaines constellations vers les capitules spécifiques à un organe s'effectue dans le chapitre en amont (Pae-Cap).

C00.10 Radiochirurgie stéréotaxique

Les deux groupes de cas existants, C00.10A et C00.10B, ont été regroupés en un seul groupe de cas en raison du faible nombre de cas.

C00.12 Hyperthermie superficielle et profonde

L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.20 est reprise dans le groupe de cas de base C00.12, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires.

C00.13 Curiethérapie

L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.30 est reprise dans le groupe de cas de base C00.13, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires.

C00.14 Radiothérapie à haute énergie

L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.40 est reprise dans le groupe de cas de base C00.14, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires.

C00.15 Radiothérapie conventionnelle

L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.50 est reprise dans le groupe de cas de base C00.15, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires. Ces changements ont eu pour conséquence que la radiothérapie conventionnelle ne peut pas être différenciée davantage au sein du groupe de cas de base.

C00.20 Confection de bolus et planification d'irradiation

L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.61 est reprise dans le groupe de cas de base C00.20, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires. L'étendue des prestations de l'ancien groupe de cas de base C00.20 est reprise dans le groupe de cas de base C00.12, des modifications ayant été apportées à l'ordre de tri afin d'éviter les situations où une rémunération réduite s'appliquerait en cas de prestations supplémentaires.

C00.30 Curiethérapie

Le groupe de cas de base a été transféré vers le groupe de cas de base C00.13.

C00.40 Radiothérapie à haute énergie

Le groupe de cas de base a été transféré vers le groupe de cas de base C00.14.

C00.50 Radiothérapie conventionnelle

Le groupe de cas de base a été transféré vers le groupe de cas de base C00.15.

C00.61 Confection de bolus et planification d'irradiation

Le groupe de cas de base a été transféré vers le groupe de cas de base C00.20.

C00.63 Traitements de médecine nucléaire

Selon la version 2026, le groupe de cas de base C00.63Z regroupe les traitements ambulatoires comprenant une thérapie de médecine nucléaire ou des embolisations, à condition qu'ils comportent un diagnostic issu du tableau de diagnostics Cap00 ou une procédure de médecine nucléaire. Les coûts liés aux implants (produits radiopharmaceutiques) n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation de ce groupe de cas. Selon la version 2027, le groupe de cas de base C00.63 regroupe, indépendamment du diagnostic, uniquement les traitements ambulatoires relevant de la médecine nucléaire, les différentes formes de traitement telles que la radiothérapie interne sélective (SIRT), sa planification et le traitement avec Xofigo étant représentées de manière différenciée, et les coûts des implants (produits radiothérapeutiques) étant pris en compte dans l'évaluation des groupes de cas.

C00.80 TEP

Selon la version v2026, au sein du groupe de cas de base C00.80 sont représentés les examens réalisés par TEP/CT ainsi que par SPECT. Dans la version 2027, l'étendue des prestations du groupe de cas de base C00.80 a été réduite aux examens réalisés par TEP/CT. Les différents produits radiopharmaceutiques utilisés comme traceurs dans le cadre d'un examen par TEP/CT ont été regroupés en trois catégories et intégrés dans la logique de l'arbre de décision en tant que facteur de différenciation des coûts principal. D'autres facteurs de différenciation des coûts, tels que

l'anesthésie par l'anesthésiste, l'âge et la réalisation d'un examen sur un appareil TEP hybride (TEP/IRM), conduisent à une différenciation supplémentaire du groupe de cas de base.

C00.81 SPECT

Le groupe de cas de base C00.81 a été créé dans le cadre du développement du système v2027 et représente les examens de médecine nucléaire par SPECT, différenciés en fonction du produit radiopharmaceutique utilisé, de l'imagerie CT et de l'âge.

C00.82 Scintigraphie

Le groupe de cas de base C00.82 représente, comme dans la version v2026, l'examen de médecine nucléaire par scintigraphie. Une différenciation supplémentaire a pu être effectuée à l'aide des critères suivants : imagerie IRM, différentes catégories d'âge et produit radiopharmaceutique utilisé.

C00.90 Excision de ganglions lymphatiques

Les excisions de ganglions lymphatiques sont désormais regroupées dans le Cap00. Les excisions des ganglions lymphatiques peuvent être réalisées par différents services spécialisés et être associées à divers diagnostics. C'est pourquoi les cas impliquant ces interventions ont désormais été centralisés dans le Cap00, où ils peuvent être consultés indépendamment du diagnostic. Les interventions chirurgicales au niveau du sein avec excision des ganglions lymphatiques axillaires constituent une exception à cette règle. Celles-ci sont répertoriées dans le chapitre Cap09 en tant que combinaison d'interventions courante, la partie de l'intervention sur le sein constituant la partie la plus exigeante.

2.2. Capitulum 01

C01.00 Pompe à médicaments

Dans la version initiale, le groupe de cas correspondant à l'implantation d'une pompe à médicaments n'avait pas pu être évalué en raison d'un nombre de cas insuffisant. Grâce à la possibilité d'identifier l'implantation d'une pompe à médicaments non seulement à l'aide de la position TARMED correspondante, mais également à l'aide de la variable « *service_txt* », la base de données a pu être élargie et le groupe de cas C01.00Z a pu être évalué.

C01.05 Implantation de neurostimulateurs

L'identification des neurostimulateurs implantés à l'aide de la variable « *service_txt* » a permis de regrouper les différents types de neurostimulateurs en catégories et de les représenter de manière différenciée au sein du groupe de cas de base C01.05. Contrairement à la version du système, les groupes de cas correspondants doivent être évalués en incluant les coûts des implants.

C01.06 Retrait de neurostimulateurs

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C01.06Z.

C01.15 Décompression du nerf

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale et économique, et dans le cadre de l'axe de développement consacré à la chirurgie de la main, des modifications ont été apportées au sein de ce groupe de cas de base, ce qui a conduit à une revalorisation des interventions complexes et à une représentation plus différenciée des prestations liées aux interventions sur le canal carpien.

C01.16 Interventions sur le système nerveux périphérique

Dans le but d'améliorer l'homogénéité médicale et économique, des modifications ont été apportées au sein de ce groupe de cas de base, ce qui a permis de revaloriser les interventions exigeantes telles que le prélèvement de greffons et les interventions complexes de suture du nerf.

C01.20 Dérivation du liquide céphalo-rachidien

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale, le nouveau groupe de cas C01.20Z a été créé pour les cas comportant des prestations liées au système de drainage, qui étaient jusqu'à présent regroupés dans le groupe de cas C01.05B.

C01.32 Embolisation neuroradiologique

Le nouveau groupe de cas C01.32Z a été créé pour représenter l'embolisation neuroradiologique.

C01.50 Ponctions du système du liquide céphalo-rachidien

Les interventions de ponction du système du liquide céphalo-rachidien comprennent également la ponction lombaire avec l'administration de médicaments parfois très coûteux, tels que le Spinraza. Dans la version initiale, cette prestation était répertoriée sous C01.50A et le groupe de cas était évalué en incluant les coûts des médicaments. Le prix public du Spinraza ayant été fortement réduit, une évaluation du groupe de cas sur la base des coûts de revient des années 2022 et 2023 aurait entraîné une surrémunération importante par rapport au prix public en vigueur l'année d'application. De même, l'annonce de la mise sur le marché d'un autre médicament très coûteux, dont le prix public est encore inconnu, a conduit à la mise en place d'une facturation distincte des médicaments pour deux principes actifs (Nusinersen, Tofersen).

Par ailleurs, le groupe de cas de base a été remanié dans le but d'une représentation différenciée des prestations.

2.3. Capitulum 02

C02.02 Interventions sur le corps vitré

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale et économique, le groupe de cas de base a été remanié et une différenciation supplémentaire a été opérée.

C02.05 Interventions sur la cornée et la conjonctive

Le groupe de cas de base a été davantage différencié afin de revaloriser les prestations exigeantes et d'éviter une surrémunération des procédures simples.

C02.10 Interventions sur le glaucome

Le groupe de cas de base a été davantage différencié afin de pouvoir revaloriser les interventions impliquant la pose d'implants.

C02.15 Interventions intraoculaires et de la cataracte

Le groupe de cas de base a été davantage différencié afin de revaloriser les prestations exigeantes et d'éviter une surrémunération des procédures simples.

C02.20 Injection intravitréenne

La rémunération distincte du médicament injecté et une évaluation du groupe de cas sans prise en compte du coût du médicament injecté ont été examinées, mais écartées. Les avantages et l'effet incitatif découlant de l'intégration des coûts des médicaments dans le forfait sont jugés plus

importants que la surrémunération temporaire, car les coûts de revient des médicaments injectés utilisés pour l'évaluation, correspondant aux années 2022 et 2023, sont supérieurs à leurs prix publics au cours de l'année d'application.

C02.25 Interventions sur les muscles oculaires

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale et économique, le groupe de cas de base a été différencié davantage. La logique de regroupement a notamment été revue en ce qui concerne le nombre et le type de muscles oculaires opérés.

C02.30 Interventions sur les paupières

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale et économique, le groupe de cas de base a été remanié et différentes combinaisons d'interventions ont été représentées.

C02.35 Excision sur l'œil

Dans le but de renforcer l'homogénéité médicale et comme conséquence de l'axe de développement de la pathologie, le groupe de cas de base C02.35 nouvellement créé regroupe les excisions de l'œil et les représente de manière différenciée. Dans la version initiale, ces interventions étaient principalement regroupées dans les groupes de cas de base C02.05 et C02.30.

2.4. Capitulum 03

Les groupes de cas de l'ancien Cap10 Organes endocriniens figurent désormais dans le Cap03, représentés dans le groupe de cas de base C03.16 (cf. Cap10).

C03.05 Chirurgie des fentes

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C03.05.

C03.10 Interventions sur les cavités sinusales

Sur la base d'analyses menées avec la participation de la société de discipline SSORL, le groupe de cas de base a été différencié davantage. Des ultérieurs splits ont notamment été introduits au sein du groupe de cas originaire C03.10A.

C03.15 Pharyngolaryngoscopie directe et panendoscopie

Le groupe de cas de base C03.15 a fait l'objet d'une révision approfondie. Les interventions qui y figurent ont été réanalysées et reclassées en tenant compte de nouveaux critères de split (pathologie, âge).

C03.16 Thyroïdectomie bilatérale ou parathyroïdectomie (anciennement C10.00Z et C10.49Z)

Les groupes de cas du Cap10 ont fait l'objet d'une révision approfondie, en tenant compte des interventions pour lesquelles on disposait d'une base de données suffisante pour constituer des groupes de cas spécifiques. Le groupe C10.49Z, qui regroupait les « Autres interventions chirurgicales sur des organes endocriniens », n'a pas été conservé sous cette forme.

C03.20 Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes

Le groupe de cas de base C03.20 a été davantage différencié en mettant l'accent sur les interventions combinées, l'anesthésie ainsi que les tranches d'âge.

C03.25 Interventions sur le pavillon auriculaire

Au sein du groupe de cas de base C03.25, une différenciation supplémentaire a pu être opérée en fonction du type d'examens pathologiques réalisé ainsi que de l'âge des patients.

C03.26 Interventions sur l'oreille moyenne et externe

Le groupe de cas de base C03.26 a fait l'objet d'une révision approfondie en collaboration avec la société de discipline. Une attention particulière a été accordée aux combinaisons d'interventions, au type de tympanoplastie ainsi qu'à la catégorie d'âge ; de nouveaux groupes de cas ont ainsi été créés et les groupes existants ont été réorganisés en conséquence.

C03.30 Interventions sur la lèvre

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C03.30.

C03.31 Interventions au niveau de la cavité buccale

Le groupe de cas de base C03.31 a été davantage différencié en mettant l'accent sur les interventions combinées et la complexité des interventions.

C03.32 Interventions au niveau de l'épipharynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx

Le groupe de cas de base C03.32 a été différencié pour la première fois sur la base de critères de split. Ces critères comprennent le type d'intervention ainsi que le type de l'éventuel examen pathologique.

C03.33 Interventions sur les glandes salivaires

Le groupe de cas de base C03.33 a été davantage différencié en fonction du type d'anesthésie.

C03.35 Interventions sur le nez

Le groupe de cas de base C03.35 a été remanié selon les propositions de SSORL et différencié à l'aide de nouveaux critères. Ainsi, le groupe de cas C03.36Z a notamment été intégré au groupe de cas de base C03.35, et les interventions correspondantes servent de critère de split pour les interventions combinées.

C03.36 Conchotomie

Les interventions du groupe C03.36Z ont été intégrées dans le groupe de cas de base C03.35 (cf. aussi C03.35).

C03.70 Implants cochléaires

Les prestations associées à C03.70 ont été classées dans le domaine d'application TARDOC et ce groupe de cas a été supprimé.

2.5. Capitulum 04

C04.50/C04.51 Bronchoscopie

Dans le cadre de l'axe de développement de la pathologie, les deux groupes de cas de base ont été remaniés afin, notamment, de revaloriser les cas impliquant des examens de pathologie moléculaire et, en générale, de pouvoir évaluer de manière adéquate les bronchoscopies avec prélèvements tissulaires.

C04.60 Plèvre

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C04.60.

2.6. Capitulum 05

C05.01 Cardiac implantable electronic devices (CIED) et ventricular assist devices (VAD)

L'identification des implants cardiaques actifs à l'aide de la variable « *service_txt* » permet de distinguer les stimulateurs cardiaques, les cardiovertteur/défibrilateur (ICD) et les systèmes de thérapie de resynchronisation (CRT-D, CRT-P) au sein du groupe de cas de base C01.05. Contrairement à la version initiale, les groupes de cas correspondants doivent être évalués en incluant les coûts des implants.

C05.02 Implantation d'un enregistreur d'évènements

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C05.02.

C05.04 Ponction péricardique ou explantation d'implants cardiaques

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C05.04.

C05.07 Prothétique endovasculaire

Afin de renforcer l'homogénéité médicale, le nouveau groupe de cas de base C05.07 pour la prothétique endovasculaire a été créé.

C05.08 Biopsie d'une artère

Afin de renforcer l'homogénéité médicale et dans le cadre de l'axe de développement de la pathologie, le nouveau groupe de cas de base C05.08 pour les biopsies des systèmes vasculaires a été créé.

C05.10 Interventions d'angiographie cardiaque (excl. ACP)

Cf. C05.12

C05.11 Angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACP)

Alors que les positions TARMED ne permettent d'identifier que l'utilisation de stents et le nombre de vaisseaux dilatés, grâce à l'identification des prestations à l'aide de la variable « *service_txt* », il a été possible de différencier le groupe de cas de base et de revaloriser certaines interventions telles que la lithotripsie intravasculaire ou l'athérectomie, ainsi que l'utilisation de ballonets modifiant la lésion ou médicamenteux.

C05.12 Interventions d'angiographie cardiaque

Le groupe de cas de base C05.12 a été supprimé et son étendue de prestations a été transférée respectivement vers les groupes C05.10B et C05.15A.

C05.15 Électrophysiologie cardiaque

Le groupe de cas de base C05.15 a été davantage différencié et les procédures exigeantes telles que le traitement de la fibrillation auriculaire ont pu être revalorisées.

C05.20 Procédures chirurgicales et interventionnelles de shunt

Le groupe de cas de base C05.20 a été remanié afin d'améliorer l'homogénéité économique.

C05.25 Interventions chirurgicales et procédures interventionnelles sur les veines

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C05.25.

C05.30 Angioplastie artérielle transluminale percutanée (ATP) et mesures associées

L'angioplastie artérielle transluminale percutanée (ATP) a pu être différenciée davantage à l'intérieur du groupe de cas de base C05.30. Outre les critères de la version initiale (lyse, nombre de vaisseaux dilatés, pose de stents), la logique de regroupement prend également en compte l'utilisation de ballonnets spéciaux pour l'angioplastie, l'athérectomie et la lithotripsie intravasculaire.

C05.31 Angioplastie veineuse transluminale percutanée (ATP) et mesures associées

Les interventions de dilatation des veines, qui étaient jusqu'à présent regroupées sans distinction dans le groupe de cas de base C05.35, sont désormais classées dans le nouveau groupe de cas de base C05.32 afin d'améliorer l'homogénéité médicale. Une différenciation a pu être opérée pour les traitements ambulatoires comprenant une thrombolyse et la pose d'un stent.

C05.32 Embolisation de vaisseaux périphériques

Un groupe de cas de base distinct a été créé pour la représentation de l'embolisation des vaisseaux périphériques ; celui-ci a été différencié en fonction de la technique utilisée et du système vasculaire concerné (veineux/artériel).

C05.35 Angiographie diagnostique

L'étendue des prestations du groupe de cas de base C05.35, qui n'était jusqu'à présent pas différencié davantage, a été recentrée sur les mesures diagnostiques ; celles-ci ont été représentées de manière différenciée en fonction de la localisation, du type de diagnostic réalisé et du système vasculaire concerné (artériel, veineux).

C05.60 Cardioversion

Le groupe de cas de base pour la cardioversion a pu être différencié davantage.

2.7. Capitulum 06

C06.00 Interventions abdominales

Une différenciation supplémentaire du groupe de cas de base C06.00 a été effectuée en fonction de la charge de prestations, ce qui a doublé le nombre de groupes de cas, passant de deux à quatre. Parallèlement, les prestations clairement stationnaires ont été supprimées de la logique de l'arbre de décision. Certaines prestations laparoscopiques sont désormais regroupées dans le groupe de cas de base C06.10. De plus, un split d'âge a été introduit pour les patients pédiatriques.

C06.05 Interventions lors de hernie

Le groupe de cas de base C06.05 a été davantage différencié en tenant compte du type d'intervention ainsi que de la forme d'hernie concernée.

C06.10 Laparoscopie gastro-entérologique

Dans la version 2027, le groupe de cas de base C06.10 représente les interventions laparoscopiques ainsi que les mesures associées qui, dans la version 2026, étaient rattachées au groupe de cas de base C06.00.

C06.12 Traitement chirurgical lors d'abcès

Les prestations du groupe de cas de base C06.12 étaient attribuées, dans la version 2026, au groupe de cas de base C06.10.

C06.15 Interventions chirurgicales dans la région ano-rectale

Le groupe de cas de base C06.15 a été davantage différencié et comprend désormais trois groupes de cas, contre deux auparavant dans la version v2026.

C06.20 Ablation de condylomes

L'ablation complexe de condylomes figurait, dans la version 2026, au sein du groupe de cas de base C06.10 avec d'autres prestations ; dans la version 2027 elle a obtenu un groupe de cas distinct afin d'améliorer l'homogénéité médicale.

2.8. Capitulum 07

C07.10 Cholécystectomie laparoscopique ou ouverte

L'étendue des prestations jusqu'ici couverte par le groupe C07.10Z a été élargie pour inclure la cholécystectomie ouverte. Cela entraîne une revalorisation des traitements ambulatoires correspondants.

C07.50 Biopsie hépatique percutanée

Le groupe de cas de base C07.50 a été renommé C07.70 dans la version v2027 (voir ci-dessous).

C07.60 Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)

La logique de regroupement a été modifiée et ponctuellement adaptée dans le manuel de définition afin de faciliter la compréhension pour les utilisateurs.

C07.70 Biopsie hépatique

Afin d'assurer une harmonisation entre les différents chapitres, la désignation alphanumérique du groupe de cas de base a été modifiée, passant de C07.50 à C07.70. Dans la version 2027, outre la biopsie hépatique percutanée, la biopsie hépatique transveineuse est également regroupée dans le groupe de cas de base. Une différenciation au sein du groupe de cas de base a pu être effectuée pour les examens de pathologie moléculaire et la biopsie hépatique transveineuse.

2.9. Capitulum 08

C08.00 Amputations

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C08.00.

C08.01 Interventions lors de déformations de la main ou du pied

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C08.01.

C08.02 Interventions lors de tumeurs osseuses

Le groupe de cas de base C08.02 a été différencié davantage sur la base de splits d'âge.

C08.05 Interventions sur la colonne vertébrale

Le groupe de cas de base C08.05 a été différencié davantage grâce aux procédures radiologiques interventionnelles ajoutées dans le CPTMA, et les groupes de cas A/B ont été classés selon différents critères (âge, vertébroplastie).

C08.08 Interventions sur les os (escl. lors de tumeurs)

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C08.08.

C08.10 Chirurgie maxillo-faciale / Interventions sur les os du neurocrâne

Le groupe de cas de base C08.10 a fait l'objet d'une révision approfondie conformément aux propositions de la SSCOMF et de la SSORL. Cela comprend de nouvelles classifications en fonction des interventions combinées et des degrés de complexité.

C08.20 Arthroplastie / Résection de structures osseuses

Le groupe de cas C08.20B a été redéfini sur la base d'un split d'âge.

C08.21 Ostéotomie / Arthrotomie

Le groupe de cas de base C08.21 a fait l'objet d'une nouvelle analyse et d'une différenciation par rapport aux groupes de cas existants, notamment par la détermination d'un split d'âge.

C08.22 Arthrodèse / Épiphysiodèse

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C08.22.

C08.25 Arthroscopie (escl. le genou)

Le groupe de cas de base C08.25 a fait l'objet d'une révision approfondie, les prestations répertoriées ont été réanalysées et reclassées. De même, certaines combinaisons d'interventions ainsi qu'une subdivision en fonction du type d'examen pathologique ont pu être identifiées comme des facteurs de différenciation des coûts.

C08.26 Arthroscopie du genou

Le groupe de cas C08.26A a été complété par des cas issus du groupe de cas de base C08.26 présentant certains examens pathologiques ou concernant des patients âgés de moins de 16 ans.

C08.30 Traitement d'une fracture ou d'une luxation

Le groupe de cas de base C08.30 a fait l'objet d'un contrôle visant à vérifier l'homogénéité des attributions de prestations existantes, et certaines positions ont été réattribuées. Par ailleurs, deux splits d'âge ont été établis.

C08.33 Ablation de matériel d'ostéosynthèse

Le groupe de cas de base C08.33 a été analysé sur la base des données les plus récentes et réparti entre les groupes de cas. Par ailleurs, des splits ont été créés en fonction des interventions combinées ainsi que des examens pathologiques. L'ablation d'un embrochage est désormais classée séparément dans le groupe de cas de base C08.55.

C08.35 Interventions sur les parties molles

Le groupe de cas de base C08.35 a été analysé sur la base des données les plus récentes et réparti entre les groupes de cas. Dans le cadre de ces travaux, un split d'âge a pu être identifié et mis en œuvre comme critère de répartition des coûts.

C08.40 Interventions sur la main (escl. aponévrectomie/fasciotomie)

Dans le groupe de cas de base C08.40, les interventions combinées multiples, les implants de l'articulation trapézo-métacarpienne ainsi que certains examens pathologiques ont pu être pris en compte dans ce regroupement. Par ailleurs, les classifications existantes par groupes de cas ont été examinées et réorganisées en fonction des données les plus récentes.

C08.41 Aponévrectomie/fasciotomie

Le groupe de cas de base C08.41 a pu être différencié de manière approfondie. Désormais, les interventions sont distinguées en fonction du nombre de faisceaux ainsi qu'en fonction des réinterventions, des interventions combinées et des examens pathologiques.

C08.43 Interventions sur le pied

Au sein du groupe de cas de base, une consolidation a pu être réalisée grâce à l'identification de meilleurs facteurs de différenciation des coûts. Désormais, le type d'examen pathologique ainsi que l'âge du patient sont pris en compte.

C08.50 Réduction fermée

Le groupe de cas de base C08.50 a pu être davantage différencié grâce à l'introduction d'interventions combinées ainsi que de splits d'âge.

C08.55 Ablation d'un embrochage

Le groupe de cas de base C08.55 a été créé afin de permettre une évaluation différenciée de l'ablation d'un embrochage, distincte des autres ablations de matériel d'ostéosynthèse.

C08.80 Biopsie du muscle ou biopsie osseuse

Aucune modification n'a été apportée au groupe de cas de base C08.80.

2.10. Capitulum 09

C09.10 Chirurgie oncologique du sein

Les interventions chirurgicales pour tumeurs du sein sont désormais regroupées dans le groupe de cas de base C09.10. Auparavant, dans la version v2026, elles étaient réparties, avec d'autres interventions de chirurgie du sein, entre les groupes de cas de base C09.40 et C09.42. Une différenciation a été opérée en fonction des examens pathologiques associés ainsi que de la combinaison avec une excision des ganglions lymphatiques.

C09.12 Interventions de chirurgie plastique et reconstructive de la peau et des parties molles, y compris les transplantations et les plasties par lambeau

Une différenciation supplémentaire du groupe de cas de base C06.12 a été effectuée en tenant compte des mesures de chirurgie plastique et reconstructive, des prestations d'anesthésiologie et des techniques d'imagerie. Le nombre de groupes de cas est ainsi passé de six à sept.

C09.15 Dermoïde sacral [supprimé]

Le groupe de cas de base C09.15 a été supprimé. Les prestations qu'il comprenait ont été rattachées, en fonction de leur complexité respective, aux groupes de cas de base C09.12 (incision lors de dermoïde sacral) ou C09.35 (excision radicale lors de dermoïde sacral).

C09.18 Chirurgie plastique et reconstructive du sein

Les interventions de chirurgie plastique et reconstructive du sein sont désormais regroupées dans un seul groupe de cas de base, alors qu'elles étaient auparavant réparties, dans la version v2026, entre les groupes de cas de base C09.40, C09.41 et C09.49. Une différenciation est effectuée en fonction de la complexité des interventions ainsi qu'en tenant compte de leur caractère unilatéral ou bilatéral.

C09.20 Lipectomie

L'étendue des prestations du groupe de cas de base C09.20 a été limitée aux dermolipectomies et aux lipoaspirations, ce qui permet d'obtenir une plus grande homogénéité médicale.

C09.30 Excision de ganglions lymphatiques [supprimé]

Les excisions de ganglions lymphatiques sont désormais regroupées, indépendamment du diagnostic, dans le Cap00 (groupe de cas de base C00.90).

C09.35 Excisions de grande surface sur des processus cutanés y compris les interventions de reconstruction

Dans la version v2027, les excisions de grande surface sur des processus cutanés ont obtenu un groupe de cas de base distinct afin de refléter de manière appropriée la charge de travail accrue. La chirurgie contrôlée par micrographie (MOHS) a ainsi pu être représentée de manière adéquate. Auparavant, dans la version v2026, ces prestations figuraient, avec d'autres interventions cutanées ainsi que des mesures de chirurgie plastique et reconstructive, dans le groupe de cas de base C09.12.

En outre, le groupe de cas de base C09.35 a été subdivisé en six groupes de cas au total, en fonction des prestations d'anesthésiologie et de pathologie ainsi que de la complexité respective de l'excision.

De plus, la reconstruction de l'aréole a été classée dans le groupe de cas de base C09.35, car elle présente une complexité comparable, en termes de coûts et d'effort, à celle des interventions qui y sont représentées.

C09.40 Chirurgie mammaire oncologique et reconstructive [supprimé]

Le groupe de cas de base C09.40 a été supprimé. Les interventions oncologiques du sein sont désormais classées dans le groupe de cas de base C09.10 et différenciées en fonction des prestations diagnostiques et thérapeutiques associées. Les interventions de chirurgie plastique et reconstructive du sein sont représentées dans le groupe de cas de base C09.18.

C09.41 Interventions de chirurgie plastique et reconstructive du sein et des aréoles [supprimé]

Le groupe de cas de base C09.41 a été supprimé. Les interventions de chirurgie plastique et reconstructive du sein font désormais partie du groupe de cas de base C09.18, tandis que celles portant sur les aréoles relèvent du groupe de cas de base C09.35.

C09.49 Mastectomie et autres interventions mammaires [supprimé]

Le groupe de cas de base C09.49 a été supprimé. La mastectomie et l'excision de galactophores sont désormais classées, dans la version 2027, dans le groupe de cas de base C09.18, tandis que l'excision exploratrice au niveau du sein est représentée dans le groupe de cas de base C09.10.

C09.50 Interventions mammaires minimalement invasives

Pour les interventions mammaires minimalement invasives, une différenciation en fonction de l'étendue des prestations pathologiques a été envisagée, mais n'a pas pu être mise en œuvre de manière appropriée sur la base des données disponibles.

C09.60 Correction de cicatrice et de parties molles

Afin d'améliorer l'homogénéité médicale, l'étendue des prestations du groupe de cas de base C09.60 a été limitée aux corrections de cicatrice et de parties molles. Les interventions cutanées de chirurgie plastique et reconstructive, qui figuraient en partie dans le groupe de cas de base C09.60 dans la version v2026, sont désormais classées dans le groupe de cas de base C09.12 dans la version v2027.

2.11. Capitulum 10

Les groupes de cas du Cap10 sont désormais représentés dans le Cap03 Oreille, nez, bouche, cou dans le groupe C03.16. Ces interventions sont principalement réalisées par le service spécialisé en ORL (interventions sur les glandes parathyroïdes et la thyroïde). En tant que groupe de cas présentant un faible nombre de cas, le Cap10 a ainsi été intégré au Cap03 jusqu'à nouvel ordre.

2.12. Capitulum 11

C11.00 Rénoscopie ou pyéloscopie percutanée

La rénoscopie percutanée ou la pyéloscopie a obtenu son propre groupe de cas de base dans la version v2027. Dans la version 2026, cette prestation était regroupée avec d'autres interventions sur le rein ou le système urinaire au sein du groupe de cas de base C11.49.

C11.10 Interventions pour incontinence

Le groupe de cas de base C11.10 a été subdivisé en quatre groupes de cas, contre deux auparavant dans la version 2026, en fonction de la complexité des interventions, et comprend désormais également des interventions qui figuraient dans le groupe de cas de base C11.49 de la version 2026. De plus, l'évaluation inclut les coûts des implants.

C11.20 Correction chirurgicale de reflux vésico-urétéral, par voie transurétrale [supprimé]

La correction chirurgicale du reflux vésico-urétéral par voie transurétrale est regroupée dans la version v2027, avec d'autres interventions transurétrales sur la vessie, au sein du groupe de cas de base C11.42. Le groupe de cas de base C11.20 a été supprimé.

C11.30 Interventions sur l'urètre ou méat

Le groupe de cas de base C11.30 a été élargi pour inclure d'autres interventions chirurgicales sur l'urètre ou le méat, qui étaient comprises dans le groupe de cas de base C11.49 dans la version v2026. Ce groupe a en outre été fusionné avec les groupes de cas de base C11.71 et C11.72.

C11.42 Interventions transurétrales sur la vessie

Afin d'assurer une plus grande homogénéité médicale, les interventions transurétrales sur la vessie sont désormais regroupées dans le groupe de cas de base C11.42 et comprennent des prestations qui, dans la version 2026, figuraient dans les groupes de cas de base C11.20, C11.50, C11.51 et C11.65. De plus, un split d'âge a été introduit pour les patients pédiatriques.

C11.43 Cystostomie

Afin d'assurer une meilleure homogénéité médicale, les interventions de cystostomie sont désormais regroupées dans le groupe de cas de base C11.43. Dans la version 2026, elles étaient représentées dans le groupe de cas de base C11.65.

C11.44 Néphrostomie

Afin d'assurer une meilleure homogénéité médicale, les interventions de néphrostomie sont désormais regroupées dans le groupe de cas de base C11.44. Auparavant, elles étaient représentées dans le groupe de cas de base C11.65.

C11.49 Biopsie rénale percutanée/pyéloscopie et autres interventions chir. sur l'appareil urinaire [supprimé]

Le groupe de cas de base C11.49 a été supprimé. Toutes les prestations qu'il contenait sont désormais soit classées dans des groupes de cas de base distincts (biopsie rénale C11.70, pyéloscopie C11.00),

soit intégrées, en fonction de leur comparabilité médicale et de leur complexité, avec d'autres prestations dans des groupes de cas de base existants (C11.10, C11.30, C11.50, C11.51).

C11.50 Urétroscopie rétrograde

Le groupe de cas de base C11.50 a été épuré et comprend, dans la version v2027, exclusivement les interventions urétroscopiques rétrograde ainsi que les prestations qui y sont associées, qui figuraient, entre autres, dans le groupe de cas de base C11.49 de la version 2026.

C11.51 Cystoscopie

Le groupe de cas de base C11.51 comprend, dans la version 2027, les prestations qui relèvent exclusivement de la cystoscopie ou des interventions qui y sont directement liées et qui figuraient auparavant en partie dans le groupe de cas de base C11.49. Dans ce contexte, une différenciation plus fine selon la charge de travail et la complexité des interventions a été effectuée, de sorte que six groupes de cas existent désormais, contre quatre auparavant. De plus, un split d'âge a été introduit pour les patients pédiatriques.

C11.55 Urétroscopie

Dans la version v2027, le groupe de cas de base C11.55 ne comprend plus que les interventions urétroscopiques et a fait l'objet d'une ultérieure différenciation.

C11.56 Lithotripsie extracorporelle (LEOC)

Le groupe de cas de base C11.56 a été davantage différencié en fonction de l'étendue des prestations d'anesthésiologie.

C11.65 Procédures interventionnelles de dérivation urinaire [supprimé]

Le groupe de cas de base C11.65 a été supprimé. Les prestations qu'il comprenait ont été réparties, en fonction de leur localisation anatomique et de la charge de travail qu'elles impliquent, dans des groupes de cas de base distincts : les interventions sur les voies urinaires hautes ont été affectées au groupe de cas de base C11.44, celles sur les voies urinaires basses au groupe de cas de base C11.43. Les interventions transurétrales sur la vessie ont été affectées au groupe de cas de base C11.42.

C11.70 Biopsie rénale

Le groupe de cas de base C11.70 a été créé et englobe les biopsies rénales percutanées et transveineuses. En outre, une différenciation a été opérée en fonction des prestations pathologiques associées.

C11.71 Bougirage thérapeutique de l'urètre [supprimé]

Le groupe de cas de base C11.71 a été supprimé et la prestation a été attribuée au groupe de cas de base C11.55.

C11.72 Méatotomie [supprimé]

Le groupe de cas de base C11.72 a été supprimé. Les prestations qu'il contenait ont été regroupées, avec d'autres interventions au niveau du méat et de l'urètre, dans le groupe de cas de base C11.30.

2.13. Capitulum 12

C12.00 Interventions chirurgicales sur le pénis

Le groupe de cas de base C12.00 a été créé et regroupe les interventions chirurgicales sur le pénis qui, dans la version v2026, étaient classées dans le groupe de cas de base C12.01 ou qui n'étaient pas encore intégrées dans la structure tarifaire.

C12.01 Interventions sur déviation pénienne ou sur un hypospadias (antérieur) [supprimé]

Le groupe de cas de base C12.01 a été supprimé. Les prestations qu'il contenait ont été regroupées, avec d'autres interventions sur le pénis, dans le groupe de cas de base C12.00.

C12.02 Traitement chirurgical lors de cryptorchidie

Le groupe de cas de base C12.02 comprend les interventions chirurgicales liées au cryptorchidisme qui figuraient, dans la version v2026, dans le groupe de cas de base C12.10. Dans la version 2027, il a été épuré des prestations qui ne sont pas liées au cryptorchidisme. De plus, des splits d'âge ont été introduits pour les patients pédiatriques.

C12.03 Circoncision

Le groupe de cas de base C12.03 a été largement épuré des prestations qui ne sont pas liées à une circoncision. De plus, un split d'âge a été introduit pour les patients pédiatriques.

C12.09 Biopsie ouverte du pénis, des testicules ou de l'épididyme, ou injection/ponction des corps caverneux et autres interventions sur l'appareil génital masculin [supprimé]

Le groupe de cas de base C12.09 a été supprimé. Les biopsies ouvertes des organes génitaux masculins qui y figuraient ont été regroupées dans le groupe de cas de base C12.19, tandis que la ponction des corps caverneux a été classée dans le groupe de cas de base C12.03.

C12.10 Interventions chirurgicales sur les testicules et les structures scrotales

Afin d'assurer une meilleure homogénéité médicale, le groupe de cas de base C12.10 ne comprend plus, dans la version v2027, que les interventions chirurgicales sur les testicules et les structures scrotales qui ne sont pas liées à une cryptorchidie.

C12.19 Biopsie ouverte des organes génitaux masculins

Les biopsies ouvertes des organes génitaux masculins ont été regroupées dans la version 2027 au sein du groupe de cas de base C12.19 et différenciées en fonction de la présence ou non de prestations d'anesthésie.

C12.20 Interventions chirurgicales et procédures interventionnelles pour adénome de la prostate

Le groupe de cas de base C12.20 a été complété par d'autres interventions liées à l'adénome de la prostate et, parallèlement, les interventions sans rapport avec l'adénome de la prostate en ont été retirées.

C12.50 Adhésiolyse du prépuce ou frénulotomie

Le groupe de cas de base C12.50 n'a pas été remanié.

C12.65 Vasectomie

Un split anesthésiologique a été introduit afin de refléter de manière différenciée les prestations fournies.

C12.70 Biopsie de la prostate

Le groupe de cas de base C12.70 a été davantage différencié en fonction des prestations pathologiques.

2.14. Capitulum 13

C13.10 Interventions laparoscopiques et vaginales sur les organes sexuels internes féminins

Une différenciation des interventions laparoscopiques a été effectuée en fonction de l'étendue des prestations pathologiques. Par ailleurs, les cures de prolapsus, la réduction d'une tumeur lors de malignomes gynécologiques ainsi que la stérilisation féminine non liée à un accouchement ont été intégrées dans le groupe de cas de base C13.10.

C13.20 Hystéroscopie et interventions associées

Le groupe de cas de base C13.20 a été davantage différencié en fonction de l'étendue des prestations pathologiques ainsi que des autres prestations associées.

C13.21 Curetage fractionné

Le groupe de cas de base C13.21 a été davantage différencié en fonction de l'étendue des prestations pathologiques fournies.

C13.30 Interventions chirurgicales sur la vulve/le vagin

Le groupe de cas de base C13.30 a été différencié plus finement en fonction de l'étendue des prestations pathologiques ainsi que des autres prestations fournies en lien avec celles-ci.

C13.40 Conisation du col

Le groupe de cas de base C13.40 a été davantage différencié en fonction de l'étendue des prestations pathologiques associées.

2.15. Capitulum 14

C14.00 Césarienne

Le groupe de cas C14.00Z a été élargi et inclut désormais, outre la césarienne, d'autres interventions chirurgicales abdominales réalisées pendant la grossesse.

C14.10 Accouchement spontané

Le groupe de cas de base C14.10 a été remanié, avec une nouvelle classification des prestations existantes entre C14.10A-C, ainsi qu'une classification spécifique d'autres prestations liées à l'accouchement dans le groupe C14.10D.

C14.20 Traitement de l'avortement

Le groupe de cas de base C14.20 a été davantage différencié en mettant l'accent sur les combinaisons entre le type de prestation, le type d'examen pathologiques et le type d'imagerie. En outre, d'autres interventions associées à l'interruption de grossesse ont été incluses dans le groupe de cas de base C14.20.

C14.40 Interventions associées à la grossesse au niveau du col de l'utérus

Le groupe de cas de base C14.40 a été affiné en tenant compte du type d'anesthésie ainsi que d'une analyse supplémentaire des interventions classées.

2.16. Capitulum 22

Aucune modification n'a été apportée aux groupes de cas du chapitre 22.

2.17. Capitulum 23

Aucune modification n'a été apportée aux groupes de cas du chapitre 23.

2.18. Capitulum 90

Aucune modification n'a été apportée aux groupes de cas du chapitre 90.