



Convention de structure tarifaire pour la rémunération des prestations forfaitaires dans le secteur ambulatoire

du 1^{er} janvier 2024

entre

a) **H+** Les Hôpitaux de Suisse
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne

(ci-après «H+»)

et

c) **santésuisse** Les assureurs-maladie suisses
Römerstrasse 20, 4500 Soleure

(ci-après «assureurs-maladie»)

(désignés conjointement ci-après «les parties contractantes»)

Remarque: La présente convention de structure tarifaire est établie à la condition que H+ et santésuisse soient les parties contractantes. L'admission d'autres parties contractantes (par ex. la FMCH, FMH et curafutura) est possible et souhaitable, à condition que le contenu de certains articles soit adapté en conséquence et, le cas échéant, négocié.

Par souci de lisibilité, il n'est pas fait usage d'une formulation tenant compte de la diversité des genres, mais termes employés s'appliquent sans distinction aux deux sexes.

Préambule

- ¹ Les parties contractantes veillent à un délai de mise en œuvre suffisamment long avant l'entrée en vigueur de la structure tarifaire.
- ² La tarification de prestations dans le secteur ambulatoire prévoit des tarifs forfaitaires et des tarifs à l'acte. Les parties contractantes reconnaissent que cette convention de structure tarifaire règle exclusivement les tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire sous réserve des dispositions contenues dans la partie V de la présente convention. Ils s'accordent en outre sur le fait qu'un tarif à l'acte doit s'appliquer de manière subsidiaire, conformément à l'art. 43 al. 5^{ter} LAMal. La conception du tarif à l'acte ne fait pas l'objet de la présente convention de structure tarifaire. Le tarif à l'acte en vigueur au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'applique.
- ³ La présente convention a pour objet l'introduction de la structure tarifaire des forfaits ambulatoires relevant de la LAMal, en conformité avec la loi.

Kommentiert [AD1]: Faut-il rajouter cette précision?
Ou est-ce incorrect?

Partie I: Généralités

1. Parties contractantes

Les parties à la présente convention de structure tarifaire sont H+ et santésuisse.

2. Objet de la convention

La présente convention de structure tarifaire règle la rémunération de prestations dans le secteur ambulatoire au moyen de forfaits conformément à l'annexe A, sur la base de la définition des règles d'utilisation (annexe B). La structure tarifaire des forfaits ambulatoires adoptée par les partenaires tarifaires de solutions tarifaires suisses sa et approuvée par le Conseil fédéral s'applique, y compris les annexes ainsi que le monitoring, les mesures correctives et la normalisation des versions suivantes conformément à la partie V de la présente convention.

3. Champ d'application

- ¹ La présente convention s'applique:
 - a) à tous les fournisseurs de prestations admis selon les art. 36, 36a et 39 LAMal, qui pratiquent à la charge de l'AOS conformément à la partie I ch. 2.
 - b) à tous les assureurs admis selon la LSAMal.
- ² La présente convention est valable sur tout le territoire suisse.

4. Procédure d'adhésion

- ¹ Avec l'approbation de la présente convention de structure tarifaire par le Conseil fédéral, celle-ci acquiert un caractère obligatoire à l'échelle nationale selon l'art. 43 al. 5^{ter}.
- ² Les parties contractantes ne mènent pas de procédure d'adhésion.

Partie II: Structure tarifaire

1. Structure tarifaire

- ¹ Les parties contractantes aménagent la structure tarifaire des forfaits ambulatoires conformément aux annexes A et B:
Annexe A Catalogue des forfaits par cas;

Annexe B Définition des règles d'utilisation (Règles et définitions pour la facturation des cas dans le système de forfaits ambulatoires).

2. Facturation

- ¹ La transmission des données est effectuée sous forme électronique conformément aux normes électroniques reconnues.
- ² La définition des données pertinentes pour la facturation est convenue par les parties contractantes comme indiqué ci-après, sous réserve d'autres dispositions légales.
- ³ Les données ci-après concernant les diagnostics, les procédures et les médicaments sont transmises à l'assureur en même temps que la facturation:
 - A) diagnostic selon l'output du *grouper*
 - B) codes CHOP ayant une importance pour le groupage
 - C) médicaments importants pour la compensation des risques

Partie III: Qualité

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

- ¹ La qualité des prestations doit être garantie. Les parties contractantes s'engagent à appliquer les règles qui découlent de l'art. 58a LAMal ainsi que les conventions de qualité correspondantes.

Partie IV: Modalités d'application

1. Commission paritaire Forfaits de prestations ambulatoires (PIKAL)

- ¹ Pour la clarification des questions d'interprétation, les parties contractantes forment une commission paritaire nommée Forfaits de prestations ambulatoires (PIKAL).
- ² Les tâches, droits et devoirs de la PIKAL sont à définir dans un règlement édicté par les parties contractantes.

Kommentiert [AD2]: Il me semble que l'abréviation allemande a été conservée dans des conventions similaires, mais je n'en suis pas sûre.

Kommentiert [AD3]: Idem

Kommentiert [AD4]: Idem

2. Règles de codage

- ¹ Le manuel de codage médical en vigueur constitue le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Sur la base de ce manuel, les partenaires tarifaires définissent des règles d'application valables dans le secteur ambulatoire si cela s'avère nécessaire.

Partie V: Monitoring, mesures correctives et normalisation des versions suivantes

1. But

- ¹ Les dispositions suivantes régissent la transition entre, d'une part, la structure tarifaire TARMED utilisée jusqu'à présent (type de tarif 001) et des forfaits facultatifs (type de tarif 003) et, d'autre part, la nouvelle structure tarifaire uniforme sur le plan national (forfaits ambulatoires en association avec le tarif à l'acte (FA+TA)) et concrétisent la mise en œuvre de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal par un monitoring de deux ans ainsi que par des mesures correctives obligatoires au niveau de la structure tarifaire (partie V, ch. 2 à 10).
- ² En outre, les parties contractantes s'engagent à mettre en œuvre la normalisation des versions suivantes (partie V, ch. 11).

³ Le monitoring, qui est convenu dans la présente convention de structure tarifaire, concerne le volume total, selon l'al. 1, des prestations ambulatoires des fournisseurs de prestations et des assureurs ayant adhéré à la convention.

2. Paramètres faisant l'objet du monitoring

2.1. Indice case mix^{national} (CMI^{national})

- ¹ Le CMI^{national} s'obtient en additionnant tous les *cost-weights* des contacts avec les patients ambulatoires et en divisant le résultat par la somme de tous les contacts avec les patients ambulatoires qui entrent dans le domaine d'application des FA+TA.
- ² Aucune mesure corrective n'est prise si le CMI^{national} ne s'écarte pas, en 2024 et en 2025, d'une valeur prescrite (fourchette-cible).

2.2. Nombre de contacts avec les patients ambulatoires^{national} (CPatA^{national})

- ¹ Les CPatA^{national} de l'année de référence qui sont utilisés pour la simulation et le calcul du CMI^{national} de l'année de référence correspondent à un échantillon représentatif défini en commun ou à une enquête exhaustive.
- ² Les CPatA^{national} des années soumises au monitoring qui sont utilisés pour le calcul du CMI^{national} correspondent à l'échantillon représentatif défini en commun de l'année de référence ou à l'enquête exhaustive.
- ³ L'évolution des CPatA^{national} est soumise au monitoring. Aucune mesure corrective n'est convenue à cet effet.

3. Années soumises au monitoring

- Année de référence: 2023
- Années soumises au monitoring: 2024 et 2025

4. Limite supérieure et limite inférieure

- ¹ Le CMI^{national} 2023 correspond à un indice de 100,0.
- ² Si le CMI^{national} dépasse les indices suivants, les mesures correctives obligatoires prévues à la partie V, ch. 8, sont prises:
 - a. Indice^{limite supérieure 2024}: 101,0
 - b. Indice^{limite supérieure 2025}: 102,0
- ³ Si le CMI^{national} n'atteint pas les valeurs d'indice suivantes, les mesures correctives obligatoires prévues à la partie V, ch. 8, sont prises:
 - a. Indice^{limite inférieure 2024}: 99,0
 - b. Indice^{limite inférieure 2025}: 98,0

5. Responsabilité, durée et base de données

- ¹ Le monitoring du CMI^{national} ainsi que le calcul des corrections individuelles des fournisseurs de prestations conformément aux dispositions suivantes sont réalisés par les parties contractantes.
- ² Les parties contractantes s'engagent à garantir la transparence réciproque des données et des calculs.
- ³ Une commission de monitoring est créée conformément aux dispositions de la partie V, ch. 6, pour assurer le monitoring.

- 4 Le monitoring repose sur les données de la statistique «Données des patients ambulatoires des hôpitaux» de l'Office fédéral de la statistique, les données de décompte des assureurs et les données de décompte des fournisseurs de prestations.
- 5 Le CMI^{national} des années correspondantes est calculé avec les versions *Groupes* suivantes:
 - a. 2023: FA 1.0, version de planification 2023/2024
 - b. 2024: FA 1.0, version de facturation 2024/2024
 - c. 2025: version de facturation en vigueur en 2025

6. Commission de monitoring

- 1 Les parties contractantes créent une commission de monitoring paritaire conformément à la partie V, ch. 5, de la convention de structure tarifaire.
- 2 La commission de monitoring entre en fonction au premier trimestre 2025. La commission de monitoring se réunit aussi souvent que nécessaire et, conformément à la convention de structure tarifaire, au plus tard jusqu'à la fin de la dernière année où des corrections sont requises.
- 3 La commission de monitoring est chargée du monitoring des paramètres soumis au monitoring et de la qualité des données utilisées.
- 4 Conformément à la partie V, ch. 5, la commission de monitoring dresse, d'ici le 30 novembre 2025 et d'ici le 30 novembre 2026, un rapport à l'intention des parties contractantes établissant si des mesures correctives sont nécessaires au 1^{er} janvier de l'année qui suit.
- 5 La communication des mesures correctives nécessaires aux organismes impliqués et aux autorités est effectuée par les parties contractantes conformément à la partie V, ch. 9.
- 6 La commission de monitoring est composée de quatre experts dont deux représentent les fournisseurs de prestations et deux les répondants des coûts. Chaque partenaire tarifaire nomme et rémunère ses experts et leurs suppléants destinés à les remplacer en cas d'absence.
- 7 La commission prend ses décisions à l'unanimité. Elle peut délibérer valablement lorsque les trois quarts des représentants de chaque partie sont présents.
- 8 Un représentant des cantons (CDS) et un représentant de l'organisation tarifaire nationale ambulatoire peuvent participer aux séances en qualité d'observateurs.
- 9 La présidence est assurée comme suit:
 - 2025 : H+
 - 2026: santésuisse
 - 2027: H+
- 10 Le secrétariat de la commission de monitoring est tenu par l'organisation qui assure la présidence. Le secrétariat réceptionne les données des partenaires tarifaires et les transmet aux experts, prépare les séances, rédige le procès-verbal et tient à jour la liste des points en suspens. Le président peut déléguer ces activités (aux frais de son organisation) et faire appel à un tiers pour rédiger le procès-verbal des séances. Les parties contractantes peuvent aussi confier ces tâches à un secrétariat externe au besoin. Dans ce cas, les coûts sont supportés à parts égales par les parties contractantes.
- 11 Les parties contractantes veillent à garantir l'accès aux données et la fourniture des données en temps utile. Les données doivent être exclusivement utilisées pour les activités de la commission.

Kommentiert [AD5]: Est-ce possible? Il n'y a que deux représentants pour chaque partie.

- 12 Si des corrections s'avèrent nécessaires, les fournisseurs de données et communautés d'achat concernés ont le droit de consulter les bases de données.
- 13 Si aucune décision ne peut être prise à l'unanimité, les parties contractantes nomment un expert neutre qui réalise le monitoring et calcule les mesures correctives individuelles. Les frais de l'expertise externe sont partagés entre les parties contractantes (fournisseurs de prestations: 50%, assureurs: 50%). La décision de l'expert neutre a force obligatoire pour les parties contractantes.

7. Détermination des indices

- 1 L'indice^{effectif 2024} est calculé en divisant le CMI^{national 2024} par le CMI^{national 2023}. Les calculs sont effectués d'ici le 15 octobre 2025.
- 2 L'indice^{effectif 2025} est calculé en divisant le CMI^{national 2025} par le CMI^{national 2023}. Les calculs sont effectués d'ici le 15 octobre 2026.

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

- 1 Si des mesures correctives sont nécessaires conformément à la partie V, ch. 4.2 et 4.3, celles-ci sont effectuées pour les fournisseurs de prestations dont l'indice effectif (indice^{effectifFP}) est inférieur ou supérieur à l'indice défini à la partie V, ch. 4.2. et 4.3 (indice^{limite inférieure}, indice^{limite supérieure}).
- 2 Les CMI et les indices des fournisseurs de prestations concernés sont calculés en suivant la même logique que les CMI et indices nationaux, mais en utilisant les *cost-weights* et les contacts avec les patients ambulatoires de chaque fournisseur de prestations.
- 3 Le facteur de correction d'un fournisseur de prestations est calculé comme suit:
2024:
 - Indice^{limite supérieure 2024} – indice^{effectifFP 2024}
 - Indice^{limite inférieure 2024} – indice^{effectifFP 2024}
2025:
 - Indice^{limite supérieure 2025} – indice^{effectifFP 2025}
 - Indice^{limite inférieure 2025} – indice^{effectifFP 2025}
- 4 Les calculs des facteurs de correction sont effectués d'ici le 31 octobre 2025 pour l'année de prestations 2023 et d'ici le 31 octobre 2026 pour l'année de prestations 2025.

9. Information / communication

- 1 Les parties contractantes fournissent les informations suivants:
 - Pour les communautés d'achat des assureurs-maladie ainsi que pour les fournisseurs de prestations concernés: les fournisseurs de prestations concernés par les mesures correctives et leurs facteurs de correction individuels.
 - Pour la CDS et l'OFSP: une liste des fournisseurs de prestations concernés par les mesures correctives et la fourchette des facteurs de correction individuels.
- 2 La communication des facteurs de correction a lieu d'ici le 30 novembre 2025 pour l'année de prestations 2024 et d'ici le 30 novembre 2026 pour l'année de prestations 2025.

10. Application des mesures correctives

- 1 Les fournisseurs de prestations sont tenus d'appliquer les mesures correctives décidées en commun par les parties contractantes ou calculées par l'expert neutre.
- 2 La restitution est effectuée au moyen d'un facteur de correction appliqué aux factures de l'année 2026 (correction pour l'année de prestations 2024) et de l'année 2027 (correction

pour l'année de prestations 2025). Si l'application d'un facteur de correction pour les années 2026 et/ou 2027 n'est pas possible, les corrections sont définies au moyen d'une compensation forfaitaire.

- ³ 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 de la modification des gammes de prestations sur les facteurs de correction individuels des fournisseurs de prestations et les autres mécanismes d'application des mesures de correction.

11. Normalisation des versions suivantes

Les parties contractantes s'engagent à normaliser les versions suivantes conformément à la méthode qui suit. Cette normalisation a lieu dans le cadre du développement des FA+TA.

Méthode:

- Σ *cost-weights* effectifs de la version antérieure = Σ version actuelle
- Même année de recensement des données
- Consigne: pas d'effet catalogue national

Partie VI: Dispositions finales

1. Parties intégrantes de la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention:

- A Catalogue des forfaits par cas;
- B Règles et définitions relatives à la facturation des cas dans le système de forfaits ambulatoires.

2. Validité, résiliation, obligations après la résiliation de la convention

- ¹ La convention est conclue pour une durée illimitée. Les parties contractantes fixent l'entrée en vigueur au début d'une année civile après approbation par le Conseil fédéral.
- ² Le délai de résiliation est de six mois pour la fin d'une année civile. La partie à l'origine de la résiliation doit notifier sa résiliation par écrit aux autres parties contractantes. En l'espèce, il est fait application du principe de la date de réception.

3. Dispositions complémentaires

- ¹ En cas de divergences sur l'interprétation de la présente convention, les parties contractantes recherchent des solutions consensuelles.
- ² La version allemande de la présente convention fait foi.
- ³ Le for juridique est à Berne.

Kommentiert [AD6]: Merci de vérifier les titres des annexes



Berne, le 23 décembre 2021

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Isabelle Moret
Présidente

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice

Soleure, le 23 décembre 2021

santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

Heinz Brand
Président

Verena Nold
Directrice