Annexe F: Commission de monitoring et concept de monitoring

1. Champ d'application

1 La présente annexe règle, au sens de la partie VIII de la convention relative à la structure tarifaire, la constitution d'une commission de monitoring ainsi que la surveillance illimitée dans le temps des coûts des prestations

- de la structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient;
- de la structure tarifaire pour les tarifs à la prestation liés aux traitements médicaux ambulatoires;
- d'autres tarifs.

2 La surveillance ne porte que sur les prestations à la charge de l'AOS.

2. Commission de monitoring

2.1. Constitution d'une commission de monitoring

1 Au plus tard d'ici à l'entrée en vigueur de la structure tarifaire, les parties contractantes nomment et mandatent une commission de monitoring chargée d'effectuer une surveillance illimitée, selon les dispositions de la présente annexe. Cette commission de monitoring doit prendre autant en compte les intérêts des fournisseurs de prestations que ceux des assureurs.

2 Dans le même délai et sur recommandation de la commission de monitoring, les parties contractantes mandatent un tiers ayant les compétences requises pour préparer les données.

3 Les coûts liés au monitoring sont supportés à parts égales par les parties contractantes.

2.2. Tâches et compétences

1 Les tâches et compétences exclusives de la commission de monitoring sont les suivantes:

- La commission de monitoring propose aux parties contractantes des tiers ayant les compétences requises pour préparer les données.
- La commission de monitoring encadre les travaux du tiers mandaté et met à disposition un interlocuteur pour les questions techniques/spécifiques.
- La commission de monitoring demande les données aux assureurs ou peut déléguer cette tâche au tiers mandaté.
- La commission de monitoring calcule les valeurs d'indice conformément aux méthodes prescrites à l'annexe G. Elle peut déléguer cette tâche au tiers mandaté.
- La commission de monitoring rédige d'ici au 25 septembre des années 2026, 2027 et 2028 un rapport annuel à l'attention des parties contractantes sur les mesures correctives contraignantes selon l'annexe G, qui seront appliquées au 1er janvier de l'année suivante.

2 Si, sur la base du monitoring tel que prévu dans la partie VIII, ch. 1, al. 1 de la convention relative à la structure tarifaire, il s'avère au premier semestre de chaque année, pendant

la phase de neutralité des coûts de trois ans, que des mesures correctives au sens de la partie VIII, ch. 2, al. 1 s'imposent dans chaque grande région, la commission de monitoring en informe préventivement les fournisseurs de prestations qui enfreignent le principe de neutralité des coûts afin qu'ils adaptent leurs prestations. L'absence d'information ne dispense toutefois pas de mesures correctives.

3. Livraison et préparation des données conformément au concept

1 Les assureurs fournissent les données nécessaires au monitoring. Les modalités concernant l'étendue, le calendrier, le format des données, les rappels à l'expiration des délais, etc. sont réglés séparément dans un concept technique.

2 La préparation des données se fait selon les directives du concept susmentionné.

3 Le concept technique doit être élaboré par les parties contractantes avant le 31 janvier 2024.

4. Définitions statistiques

4.1. Unité statistique

1 L'unité statistique est la personne (assurée).

4.2. Population de référence

1 La population de référence est composée de tous les assurés AOS résidant en Suisse.

4.3. Périodes de référence

1 Par périodes de référence, on entend l'année civile et le trimestre.

4.4. Référence temporelle

1 Le monitoring est basé sur la date du traitement.

4.5. Durée et périodicité

1 Le monitoring est effectué à partir de l'année civile 2018 (année de base).

2 Le monitoring est effectué sans limite dans le temps.

3 Le monitoring est effectué pour chaque période de référence.

4.6. Échantillon

1 Le monitoring est effectué sur la base d'un échantillon de convenance (en anglais: convenience sample).

2 Il s'agit de données provenant de plusieurs assureurs qui, agrégées, couvrent la population de la manière la plus représentative possible.

1.1. Stratification et pondération

2 Pour pallier le biais de sélection, on procède à un ajustement de l'échantillon.

3 La population de base est subdivisée en strates en fonction de l'âge, du sexe et de la grande région du lieu de résidence.

4 Pour chaque strate, un poids d'échantillonnage est calculé en divisant, au sein de chaque strate, la taille de la population par la taille de l'échantillon.

5 Conformément à la pratique usuelle, on procède ensuite à une pondération de l'échantillon afin de pouvoir tirer des conclusions pertinentes pour l'ensemble de la population.

4.7. Régionalisation des résultats

1 Pour les résultats au niveau régional, on se réfère aux sept grandes régions définies par l'Office fédéral de la statistique: Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin.

5. Grandeurs de mesure

5.1. Partitionnement des données de facturation au sein des contacts-patients

1 Sur la base des définitions du contact-patient données à l'annexe B, les données relatives aux prestations ambulatoires sont regroupées en contacts-patients, dont le nombre est déterminé pour chaque assuré.

5.2. Classification des contacts-patients

1 La classification permet de séparer les contacts-patients liés à des traitements médicaux ambulatoires et d'autres contacts-patients ambulatoires, avant de déterminer pour chaque contact-patient lié à des traitements médicaux ambulatoires s'il peut être forfaitisé.

5.3. Simulation des données de facturation avant l'introduction de la structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient

1 Les contacts-patients des années de prestations antérieures à l'introduction de la structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient seront regroupés dans le domaine d'application du tarif forfaitaire par patient avec la version 1.0.

5.4. Grandeurs de mesure pour les prestations médicales ambulatoires entrant dans le champ d'application du tarif forfaitaire par patient et du tarif à la prestation (TARMED/TARDOC)

1 Toutes les grandeurs de mesures suivantes sont présentées par grandes régions avec et sans ajustement au risque selon le point 7.2 ainsi qu'avec et sans délimitation selon le point 6.

2 <u>Ambulatoire en cabinet et à l'hôpital</u>, *total*

- Coûts bruts
- Contacts-patients

3 <u>Ambulatoire en cabinet et à l'hôpital</u>, *forfaits*

- Coûts bruts
- Contacts-patients
- Case mix
- Prix

4 <u>Ambulatoire en cabinet et à l'hôpital</u>, *prestations à l'acte*

- Coûts bruts prestations médicales
- Coûts bruts toutes prestations

- Contacts-patients
- Prix

5 Ambulatoire en cabinet et à l'hôpital, *autres (forfaits libres Tarif 002/003, prestations SVK)*
- Coûts bruts
- Contacts-patients

6 Ambulatoire en cabinet, *total*
- Coûts bruts
- Contacts-patients

7 Ambulatoire en cabinet, *forfaits*
- Coûts bruts
- Contacts-patients
- Case mix
- Prix

8 Ambulatoire en cabinet, *prestations à l'acte*
- Coûts bruts prestations médicales
- Coûts bruts toutes prestations
- Contacts-patients
- Prix

9 Ambulatoire en cabinet, *autres (forfaits libres Tarif 002/003, prestations SVK)*
- Coûts bruts
- Contacts-patients

10 Ambulatoire à l'hôpital, *total*
- Coûts bruts
- Contacts-patients

11 Ambulatoire à l'hôpital, *Forfaits*
- Coûts bruts
- Contacts-patients
- Case mix
- Prix

12 Ambulatoire à l'hôpital, *prestations à l'acte*
- Coûts bruts prestations médicales
- Coûts bruts toutes prestations
- Contacts-patients
- Prix

13 Ambulatoire à l'hôpital, *autres (forfaits libres Tarif 002/003, prestations SVK)*
- Coûts bruts
- Contacts-patients

5.5. Grandeurs de mesure comparatives

1 Pour évaluer l'évolution des coûts, d'autres grandeurs de mesure relatives aux prestations médicales et non médicales ambulatoires sont prises en considération.

2 Physiothérapie

- Coûts bruts

3 Soins ambulatoires: organisations d'aide et de soins à domicile et personnel infirmier ambulatoire

- Coûts bruts

4 Autres domaines ambulatoires: médecine dentaire, chiropratique, sages-femmes, ergothérapie, logopédie, conseils nutritionnels, transport et sauvetage, etc.

- Coûts bruts

6. Délimitation des prestations et variations de prix

6.1. Modifications de l'obligation de prestation

1 Psychothérapie exercée par des psychologues

2 Podologie

3 Afin que les évolutions futures de l'obligation de prestation n'affectent pas la pertinence du monitoring, les parties contractantes peuvent, à la demande de la commission de monitoring ou d'une partie contractante, convenir de délimiter certaines prestations et de les surveiller séparément.

6.2. Modifications du champ d'application

1 Afin que les modifications du champ d'application du tarif forfaitaire par patient n'affectent pas la pertinence du monitoring, les parties contractantes peuvent, à la demande de la commission de monitoring ou d'une partie contractante, convenir de délimiter certaines prestations et de les surveiller séparément.

6.3. Prestations à la charge de tiers

1 Les parties contractantes peuvent, à la demande de la commission de monitoring ou d'une partie contractante, délimiter et surveiller séparément les prestations qui sont incluses dans les données de facturation, mais rémunérées par des tiers (p. ex. par la Confédération).

6.4. Variations de prix

1 L'évolution des coûts des prestations TARMED est corrigée des éventuelles variations de prix (valeur du point tarifaire, VPT). Pour ce faire, la VPT de l'année de base (2018) est appliquée aux volumes de points tarifaires des années suivantes.

7. Constitution de grandeurs de mesure

7.1. Agrégation en valeurs moyennes

1 Les grandeurs de mesure sont obtenues par agrégation des moyennes arithmétiques en tenant compte des poids des échantillons.

2 Toutes les grandeurs de mesure doivent être interprétées comme des valeurs moyennes par personne assurée.

7.2. Ajustement au risque

1 L'ajustement au risque permet de maintenir constante la structure de la population et de la morbidité au cours de l'année de base.

2 L'ajustement au risque est effectué à l'aune des paramètres suivants:

- Démographie: groupes d'âges (définition identique à celle donnée dans le pool de données de SASIS SA), sexe (h/f);
- Comportement du patient et couverture d'assurance: franchise annuelle (élevée/basse), couverture des accidents (oui/non), la personne a eu au moins une consultation médicale au cours de la période de référence (oui/non), la personne a eu au moins un traitement médical d'urgence ambulatoire à l'hôpital au cours de la période de référence (oui/non);
- Indicateurs de morbidité selon la compensation des risques: séjour hospitalier au cours de l'année précédente (oui/non), frais de médicaments élevés au cours de l'année précédente (oui/non), 36 indicateurs pour les groupes de coûts pharmaceutiques (GCP) (oui/non);
- Indicateur(s) pour les patients ayant subi une intervention figurant sur la liste «L'ambulatoire avant le stationnaire» (AVS).

3 Si cet ajustement au risque conduit à des résultats manifestement insoutenables et en contradiction manifeste avec la réalité de la situation, les parties contractantes peuvent convenir d'ajouter les caractéristiques nécessaires à l'ajustement au risque dans le concept technique mentionné au ch. 3.

4 L'ajustement au risque est effectué par «entropy balancing» (Hainmüller 2018).