Convention relative à la structure tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient (forfaits ambulatoires)

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

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

Préambule

1 L'art. 43, al.5 LAMal dispose que le tarif basé sur des forfaits par patient doit se fonder sur une structure tarifaire unique et uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. La présente convention relative à la structure tarifaire a pour objet l'introduction et l'application de la structure tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient dans le domaine de la LAMal, qui remplace différentes positions tarifaires de l'ancienne structure tarifaire à la prestation pour les traitements médicaux ambulatoires ainsi que les forfaits médicaux ambulatoires en vigueur dans les cantons et portant sur les mêmes prestations.

2 Le tarif basé sur des forfaits par patient contenu dans la présente structure tarifaire doit être appliqués par tous les fournisseurs de prestations pour les traitements correspondants (art. 43, al. 5ter LAMal) et prime sur les tarifs à la prestation.

3 La présente convention relative à la structure tarifaire n'a pas pour objet la réglementation d'une structure tarifaire à la prestation complémentaire, qui serait appliquée de manière subsidiaire. La structure tarifaire respectivement en vigueur pour les tarifs à la prestation liés aux traitements médicaux ambulatoires s'applique en l'occurrence.

4 La structure tarifaire relative au tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient garantit, grâce aux «cost-weights relatifs», que l'évaluation de la position tarifaire applicable est pertinente par rapport aux autres positions tarifaires**.** Ce n'est qu'en combinaison avec les prix de base, qui doivent être convenus au niveau cantonal entre les partenaires tarifaires, qu'elle constitue un tarif facturable (en deux parties).

Partie I: Généralités

1 Parties contractantes

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

1 Objet de la convention

2 La présente convention relative à la structure tarifaire règle dans sa Partie II l'introduction de la présente structure tarifaire pour la rémunération de groupes de cas médicaux ambulatoires conformément à l'annexe A et aux modalités d'application (annexe B), ainsi que les aspects suivants:

Partie II Introduction de la structure tarifaire et modalités d'application
Partie III Gestion du tarif et normalisation des versions suivantes
Partie IV Codage ambulatoire
Partie V Facturation et échange de données
Partie VI Qualité
Partie VII Détermination des prix lors de l'introduction de la structure tarifaire (neutralité statique des coûts grâce à des prix initiaux sans incidence sur les recettes)
Partie VIII Monitoring et mesures correctives visant à garantir la neutralité dynamique des coûts sur trois ans
Partie IX Dispositions finales

3 La structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient (forfaits ambulatoires) élaborée par l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (ci-après OTMA) et soumise par les parties contractantes au Conseil fédéral, sera applicable après son approbation par ce dernier.

1. Éléments constitutifs de la convention

1 Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention tarifaire:

A Catalogue des forfaits ambulatoires;
B Modalités d'application pour la facturation des forfaits par patient dans le système tarifaire cohérent pour les prestations médicales ambulatoires;
C Lignes directrices sur le codage ambulatoire;
D Facturation et échange de données;
E Méthode de calcul des prix initiaux sans incidence sur les recettes;
F Commission de monitoring et concept de monitoring;
G Concept de neutralité des coûts et mesures correctives.

2. Champ d'application

1 La présente convention relative à la structure tarifaire s'applique:

a) à tous les fournisseurs de prestations admis visés à l'art. 35, al. 2, let. a LAMal «les médecins», à l'art. 35, al. 2, let. h LAMal «les hôpitaux» et à l'art. 35, al. 2, let. n LAMal «les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins», qui fournissent à la charge de l'AOS des prestations relevant du champ d'application du tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient

[désignés ci-après *fournisseurs de prestations*].

b) à tous les assureurs admis selon la LSAMal

[désignés ci-après *assureurs*].

2 La présente convention est valable sur tout le territoire suisse.

3. Procédure d'adhésion

1 De par son approbation par le Conseil fédéral, la présente convention relative à la structure tarifaire acquiert un caractère obligatoire à l'échelle nationale.

2 Les parties contractantes renoncent à toute procédure d'adhésion.

Partie II: Introduction de la structure tarifaire et modalités d'application

1. Structure tarifaire et modalités d'application

1 Les parties contractantes adoptent par la présente la structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient, qui sera introduite au plus tôt le 1er janvier 2025, conformément aux annexes A, B et C:

Annexe A: Catalogue des forfait ambulatoires;
Annexe B: Modalités d'application pour la facturation des forfaits par patient dans le système tarifaire cohérent pour les prestations médicales ambulatoires;
Annexe C: Lignes directrices sur le codage ambulatoire.

2. Commission paritaire

1 Pour la clarification des questions d'interprétation relatives à l'annexe B, les parties contractantes instituent une commission paritaire.

2 La composition, l'organisation, les tâches ainsi que les droits et obligations de cette commission sont définis dans un règlement distinct qui devra être édicté par les parties contractantes.

3 Les parties contractantes coordonnent les compétences et les travaux de la commission au sein de l'OTMA.

Partie III: Gestion du tarif et normalisation des versions suivantes

1. Gestion du tarif

1 Les parties contractantes s'engagent, à l'issue de la phase de neutralité dynamique des coûts d'une durée de trois ans, à mettre à jour et à développer chaque année la structure tarifaire via la réalisation d'une procédure de demande et une collecte des données relatives aux coûts et aux prestations dans le cadre de l'OTMA, conformément à l'art. 47a LAMal.

2 La gestion et le développement de la structure tarifaire doivent être fondés sur des données. Les fournisseurs de prestations s'engagent à transmettre gratuitement les données nécessaires à la tarification, conformément aux directives de l'OTMA.

3 Aux fins de développement de la structure tarifaire, les parties contractantes s'engagent à:

- améliorer la différenciation selon les coûts et les prestations des groupes de cas;
- améliorer le niveau d'adéquation en ce qui concerne l'homogénéité des coûts, la qualité du système et l'actualité des examens et traitements représentés;
- intégrer des examens et des traitements facturés au moyen de forfaits issus d'autres conventions tarifaires (p. ex. dialyses, cellules souches);
- représenter et évaluer de nouveaux examens et traitements;
- tenir compte de l'évolution économique, technique et médicale;

- examiner et ajuster le champ d'application.

2. Normalisation des versions suivantes

1 Les parties contractantes s'engagent à développer, dans le cadre de l'OTMA, la présente structure tarifaire de manière neutre en termes de volume et à adopter, par la suite, exclusivement des versions qui respectent le principe du développement neutre en termes de volume.

2 Le développement des structures tarifaires est considéré comme neutre en termes de volume lorsqu'il n'y a pas d'effet de catalogue national par rapport aux données utilisées pour le développement des structures tarifaires: la somme des cost-weights (coûts relatifs) de la version précédente correspond, pour le même champ d'application, à la somme des cost-weights de la version développée.

Partie IV: Codage ambulatoire

1. Lignes directrices sur le codage ambulatoire

1 Le Manuel de codage médical de l'Office fédéral de la statistique (OFS) contient les règles officielles et contraignantes en vigueur en Suisse pour le codage ambulatoire, qui doivent impérativement être appliquées par les fournisseurs de prestations.

2 L'annexe C représente, à titre subsidiaire, les lignes directrices applicables au codage ambulatoire aussi longtemps que l'Office fédéral de la statistique ne publie pas de lignes directrices et d'autres instruments nécessaires au codage.

3 Conformément à l'annexe C, les fournisseurs de prestations sont tenus de coder les contacts-patients.

2. Codage analogue

1 Les codages analogues ne sont admis que s'ils sont conformes aux directives de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA.

3. Commission paritaire

1 Pour la clarification des questions ayant trait au codage ambulatoire selon l'annexe C, les parties contractantes peuvent instituer une commission paritaire.

2 La composition, l'organisation, les tâches ainsi que les droits et obligations de cette commission sont définis dans un règlement distinct qui devra être édicté par les parties contractantes.

3 Les parties contractantes coordonnent les compétences et les travaux de la commission au sein de l'OTMA.

Partie V: Facturation et échange de données

1. Généralités

1 La transmission des données de facturation est effectuée sous forme électronique, conformément aux normes électroniques reconnues au sens de l'annexe D.

2 Les fournisseurs de prestations doivent faire apparaître sur leurs factures toutes les indications exigées à l'annexe D.

3 La facturation doit normalement être effectuée dans les 30 jours qui suivent le jour du traitement.

2. Dispositions spécifiques pour les fournisseurs de prestations ayant plusieurs services spécialisés

1 Les parties contractantes conviennent, pour les fournisseurs de prestations ayant plusieurs spécialités, ce qui permet dans certains cas la facturation de plusieurs contacts-patients par jour pour le même patient, d'un règlement distinct dont le contenu est le suivant:

- Forme et contenu des informations concernant le fournisseur de prestations émetteur de la facture dans le domaine ambulatoire, que le fournisseur de prestations transmet à l'assureur dans le cadre de la facturation;
- Forme et contenu des informations concernant les services spécialisés qui sont nécessaires à la facturation et au contrôle des factures, et qui doivent être mises à la disposition des assureurs;
- Règles relatives à l'identification du fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire;
- Gestion d'une banque de données sur les services spécialisés déclarés par fournisseur de prestations.

2 Les parties contractantes peuvent conjointement mandater un tiers pour l'exploitation de la banque de données prévue dans le règlement mentionné à l'alinéa 1.

3 Les fournisseurs de prestations, qui font valoir des services spécialisés, sont tenus de transmettre à l'organe désigné dans ledit règlement les informations relatives à ces spécialités, selon la forme et la périodicité exigées.

4 Les assureurs s'engagent à enregistrer dans leurs systèmes les informations relatives aux services spécialisés de chaque fournisseur de prestations.

5 Dans le cadre de la facturation, les fournisseurs de prestations s'engagent à transmettre à l'assureur toutes les informations nécessaires, de manière à ce qu'il puisse, avec les informations sur les services spécialisés dont il dispose, vérifier l'exactitude de la facturation si plusieurs contacts-patients facturables ont lieu au cours d'une même journée pour le même patient.

Partie VI: Qualité

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

1 Les parties contractantes s'engagent à appliquer les règles qui découlent de l'art. 58a LAMal ainsi que les conventions de qualité correspondantes. Le respect des règles du développement de la qualité est, au sens de l'art. 58a, al. 7 LAMal, est une des conditions à satisfaire pour fournir des prestations.

Partie VII: Détermination des prix au moment de l'introduction de la structure tarifaire (neutralité statique des coûts au moyen de prix initiaux sans incidence sur les recettes)

1. Prix initiaux sans incidence sur les recettes

1 Pour garantir le respect de la neutralité statique des coûts au sens de l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal, les parties contractantes conviennent de fixer et d'appliquer, au moment de

l'introduction de la nouvelle structure tarifaire, des prix initiaux sans incidence sur les recettes au niveau cantonal, conformément à la méthode de calcul détaillée à l'annexe E. Les partenaires tarifaires sont tenus de convenir de conventions tarifaires au niveau cantonal établies selon cette méthode et de déposer les demandes d'approbation en temps utile, afin que les prix initiaux puissent entrer en vigueur dès l'introduction de la structure tarifaire relative tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient. Les autorités cantonales en charge de la fixation du tarif visées à l'art. 47 LAMal sont également tenues de respecter la méthode de calcul figurant à l'annexe E.

2 Les parties contractantes désignent l'entité qui calculera tous les prix initiaux selon la méthode figurant à l'annexe E.

3 L'application de la méthode de calcul figurant à l'annexe E constitue une condition préalable à la mise en œuvre correcte et équitable de la phase de neutralité dynamique des coûts de trois ans qui suivra.

Partie VIII: Monitoring et mesures correctives visant à garantir la neutralité dynamique des coûts sur trois ans

1. Monitoring illimité

1 Les parties contractantes conviennent, à compter de l'entrée en vigueur de la présente structure tarifaire, d'un monitoring illimité dans le temps qui sera réalisé conformément à l'annexe F.

2 Pour la mise en œuvre du monitoring, les parties contractantes créent une commission de monitoring. Cf. annexe F pour de plus amples détails.

3 Les assureurs s'engagent à mettre à la disposition de la commission de monitoring les données individuelles nécessaires au monitoring. Cf. annexe F pour de plus amples détails.

2. Neutralité dynamique des coûts sur trois ans fondée sur l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal au moyen de mesures correctives et à la normalisation des versions suivantes de la structure tarifaire

1 Les parties contractantes s'engagent, pour les trois années suivant l'entrée en vigueur de la présente structure tarifaire et afin de garantir la neutralité dynamique des coûts visée à l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal, à définir et à mettre en œuvre, si nécessaire, des mesures correctives conformes au concept de neutralité des coûts énoncé à l'annexe G.

2 Les mesures correctives définies par la commission de monitoring sont juridiquement contraignantes pour les fournisseurs de prestations et pour les assureurs. Les fournisseurs de prestations sont tenus d'appliquer les mesures correctives en appliquant un facteur d'abattement sur leurs factures.

3 Les parties contractantes s'engagent, en outre, dès la phase de neutralité des coûts, à normaliser les versions suivantes de la structure tarifaire de manière à ce qu'elles soient neutres en termes de volume (Partie III, chiffre 2).

Partie IX: Dispositions finales

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

1 La présente convention relative à la structure tarifaire entre en vigueur pour une durée indéterminée dès sa signature par les parties contractantes, sous réserve de son approbation par le Conseil fédéral.

2 Une fois l'approbation obtenue, les parties contractantes fixent l'entrée en vigueur de la structure tarifaire au début d'une année civile, au plus tôt le 1er janvier 2025. Les parties contractantes veillent, au préalable, à ce que la période de mise en œuvre soit suffisamment longue. Si l'introduction n'a pas lieu au 1er janvier 2025, les dates et délais contractuels antérieurs et postérieurs sont tous reportés d'autant.

3 Le délai de résiliation est de 6 mois pour la fin d'une année civile, pour la première fois au 31 décembre 2029. Les annexes ne peuvent pas être résiliées séparément. La partie qui résilie doit notifier sa résiliation par écrit à l'autre partie. En l'espèce, il est fait application du principe de la date de réception.

4 [Platzhalter: Regelung für mehrpartites Vertragsverhältnis >2]

5 Après la résiliation de la présente convention relative à la structure tarifaire, de nouvelles négociations sont immédiatement entamées.

2. Dispositions complémentaires

1 En cas de divergences sur l'interprétation de la présente convention relative à la structure tarifaire, les parties contractantes recherchent des solutions consensuelles.

2 La version allemande de la présente convention relative à la structure tarifaire fait foi.

3 Les modifications et compléments apportés à la présente convention relative à la structure tarifaire et à ses annexes requièrent la forme écrite et la signature des parties contractantes. Les nouvelles versions des annexes A, B et C proposées au Conseil fédéral et approuvées par celui-ci ne nécessitent pas de modification de la présente convention relative à la structure tarifaire.

4 Le for juridique exclusif est à Berne.

DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

santésuisse

Berne, le xx.xx.2023

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Dr Regine Sauter
Présidente

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice

Soleure, le xx.xx.2023

santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

Martin Landolt
Président

Verena Nold
Directrice