

## Neutralité des coûts

L'exigence de la neutralité des coûts a considérablement marqué le débat sur l'introduction des tarifs TarMed ces dernières années. L'article ci-après tente de montrer comment tout cela est arrivé et quels sont les problèmes liés à une telle introduction, qu'ils soient d'ordre légal, politique ou technique.

L'article est suivi du Concept de neutralité des coûts pour le domaine de la LAMal; il s'agit en fait plutôt d'une présentation des problèmes que cette question implique.

Un troisième volet concerne le Concept de stabilisation des coûts par cas dans le domaine AA/AM/AI; le changement de terminologie adopté dénote un rapport plus pragmatique avec le sujet que dans l'ancien concept LAA.

En résumé, il résulte de tout cela que, dans le domaine de la LAMal, beaucoup trop de questions restent ouvertes pour que l'on puisse souscrire à l'introduction des tarifs TarMed. Cette situation n'est pas due aux délégations du CAMS et de la FMH, qui sont parvenues à s'entendre sur les questions relevant de leur compétence. La responsabilité en revient aux instances politiques, au Département fédéral de l'intérieur (DFI) notamment, qui n'ont pas créé les conditions légales et administratives nécessaires.

Cela dit, pour le domaine AA/AM/AI, dont la structure est beaucoup moins complexe (une seule convention et une seule valeur du point pour toute la Suisse, une plus grande indépendance des parties à la convention), il a été possible d'élaborer un concept plausible, maîtrisable sur le plan des données et utilisable. Si, en plus, on parvient à fixer une valeur initiale du point qui soit également acceptable pour la FMH, on aura alors enlevé l'un des obstacles majeurs, si ce n'est le plus grand, à la conclusion d'une convention.

## Remarques sur la valeur initiale du point tarifaire et le principe de neutralité des coûts pour l'introduction des tarifs TarMed

H. H. Brunner

La discussion portant sur la neutralité des coûts est essentielle pour l'introduction des tarifs TarMed. D'où l'intérêt d'un historique de cette notion et d'une description de son importance dans le contexte du TarMed.

### Comment tout a commencé ...

Dès le début du projet de révision totale du tarif médical (GRAT), il était clair pour les parties contractantes, à savoir la CTM et la FMH, que l'introduction d'un nouveau tarif médical ne devait pas provoquer d'augmentation des coûts dans le domaine de la santé,

ce qu'on a appelé par la suite «neutralité des coûts». Lors des séances décisives de 1989 et 1990, la Chambre médicale a pris connaissance de ce principe sans le moindre commentaire – presque en passant, car il allait manifestement de soi. Ce principe n'a d'ailleurs joué aucun rôle dans les négociations jusqu'en 1996.

### Et comment cela a continué bien qu'il eût fallu s'arrêter...

En 1996, après l'adoption de la révision de la LAMal, il fut décidé de faire du tarif GRAT la structure tarifaire uniforme exigée par la LAMal. Le cercle des parties contractantes a donc été élargi par l'admission de H+ et du CAMS et le projet a été poursuivi sous le nom de TarMed.

Pour la délégation du CAMS, la plus grande préoccupation était – et est encore – d'éviter que les coûts engendrés par la facturation selon le TarMed à l'introduction de celui-ci n'augmentent par rapport au volume de coûts des «anciens» tarifs. Le CAMS a introduit, pour cette exigence, la notion de neutralité des coûts. Plusieurs tentatives de la FMH visant à définir de façon plus précise cette notion ont échoué face aux paroles rassurantes de la délégation du CAMS qui affirmait que rien ne pressait à ce sujet.

Après coup, force est de reconnaître que, sur l'ensemble des négociations tarifaires, l'erreur décisive de la délégation FMH a été de faire en toute bonne foi des concessions sur cette question. Cette confiance, entretenue dans une mesure non négligeable par la pression exercée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), a failli coûter très cher à la FMH.

### Et comment cela a été encore plus loin ...

Le DFI a fait de la neutralité des coûts son cheval de bataille et a exigé à plusieurs reprises, de la part des partenaires contractuels, la présentation à ce sujet d'un concept pour l'introduction des tarifs. Les nombreuses demandes adressées au DFI pour obtenir des précisions quant aux objectifs et, surtout, des conditions-cadres légales bien définies sont restées sans réponse.

Il n'existe en réalité *pas la moindre base légale permettant d'exiger une introduction des tarifs neutre en termes de coûts*. Ce qui suffit amplement à expliquer les grands airs du DFI et ses réticences à donner des instructions concrètes. L'avis est d'ailleurs très répandu que, n'ayant pas réussi à obtenir l'ancrage du budget global dans la loi, le DFI cherche désormais à l'instaurer de manière détournée, en exigeant la neutralité des coûts lors de l'introduction des tarifs, ce qui aurait en outre comme agréable effet secondaire d'obtenir un «suicide» du corps médical sans que le monde politique n'ait à se salir les mains. Élégante manière, en vérité, de donner une apparence pseudo-libérale à une politique de santé toujours plus étatique.

En 1999, la Chambre médicale a rejeté à l'unanimité la version 5.0 du Concept de neutralité des coûts pour l'introduction du TarMed. Depuis, d'après négociations ont permis de procéder à une analyse des problèmes et de mettre au point des méthodes pertinentes pour la part non contestée de l'exigence. Comme nous le montrerons plus loin, la situation se présente différemment pour le domaine LAA, en raison d'un contexte légal différent.

### De quoi s'agit-il donc essentiellement?

Entre les parties contractantes, il y a – répétons-le – toujours eu un consensus sur le fait que l'introduction des tarifs ne devait en soi pas provoquer de changement important des coûts générés par ces tarifs. Autrement dit, une nouvelle structure tarifaire peut créer des incitations à multiplier les prestations qui sont bien rémunérées ... ou le contraire; mais elle peut aussi contenir des erreurs manifestes pouvant aboutir à des poussées de coûts ou à des pertes de revenu pour les fournisseurs de prestations.

Toutes les parties à la convention ont intérêt, vu l'instabilité de la phase d'introduction, à ancrer *de part et d'autre des filets de sécurité*. Il est également dans l'intérêt de chacun de *perfectionner la structure dans le domaine de l'application au cours de la phase d'introduction*. Seule cette application concrète donne une vision réaliste des choses; les *comparaisons de panier-type entre anciens et nouveaux tarifs, ainsi que les comptes-témoins et autres moyens tiennent en effet plutôt du domaine de la divination au marc de café* (cf. plus loin).

Au cours des négociations, notamment en raison de l'insistance du Surveillant des prix, le principe de la neutralité des coûts a été adopté comme élément

fondamental pour l'élaboration de la structure tarifaire. Or ce principe est en contradiction directe avec l'exigence d'un calcul des structures tarifaires selon les règles de l'économie d'entreprise et il ne s'agit en fait de rien d'autre que de la perversion – dans le vrai sens du mot – d'un concept par ailleurs nébuleux. La FMH s'est toujours élevée contre cette solution; *à l'avenir, elle refusera d'accepter toute «neutralité des coûts» dans l'élaboration de la structure tarifaire, quoi qu'il arrive. Avoir une neutralité des coûts à la fois pour la structure tarifaire elle-même et pour son introduction a tellement peu de sens qu'on ne peut manquer de soupçonner l'existence d'intentions cachées peu respectables. La trame en est, cela dit, très simple: le principe de la neutralité des coûts apparaît deux fois, une fois implicitement et l'autre fois de manière explicite. Avec les meilleures salutations du Surveillant des prix.*

Il faut savoir que la neutralité des coûts implicite de la structure tarifaire a été introduite en partie pour tenir compte des exigences du Surveillant des prix. Il n'y a donc *pas la moindre raison de convenir dans ce domaine des dispositions dépassant le cadre clairement défini des objectifs mentionnés plus haut. Et il y a encore moins de raisons de répondre à l'exigence du DFI qui demande la présentation d'un concept de neutralité des coûts, exigence qui d'ailleurs ne repose sur aucune base légale.*

### Le choix correct de la valeur initiale du point ne suffit-il donc pas pour garantir la neutralité des coûts lors de l'introduction du tarif?

En fait, on a longtemps admis que la détermination correcte de la valeur initiale du point, à défaut de garantir la neutralité des coûts lors de l'introduction, faciliterait du moins considérablement celle-ci. Cette hypothèse doit cependant être remise en question pour plusieurs raisons:

- La détermination de la «bonne» valeur initiale du point est extraordinairement difficile sur le plan technique. Hormis les conditions évoquées sous point 6, déterminantes pour le maintien de la neutralité des coûts et valables également pour fixer la valeur initiale du point, il faut tenir compte des problèmes suivants:
  - La seule méthode quelque peu fiable est la *méthode dite de transcription*, qui consiste à comparer une ou plusieurs prestations de l'ancien tarif avec une ou plusieurs prestations au contenu identique. Toutefois, les difficultés à surmonter sont considérables: il faut souvent résoudre des problèmes de type «1 → n, n → 1». Le plus important est toutefois que le transcritteur *connaisse très bien les applications effectives de l'ancien tarif qui, souvent, ont peu à voir avec la «réalité» prescrite par le tarif – pour ne pas dire rien.*
  - Tout pronostic de coûts tarifaires dépend des *volumes de prestations* admis. Pour les anciens tarifs déjà, ceux-ci ne sont souvent connus

que de manière approximative; mais pour les nouveaux, leur estimation se limite indubitablement à ce que les Anglo-saxons appellent si joliment «*a real guess*». De telles hypothèses de travail adoptées lors de discussions d'experts sont cependant prises par tout le monde pour parole d'évangile. Même les personnes n'y connaissant pas grand-chose aux tarifs peuvent facilement voir le résultat probable de tant de négligences.

- Mais les volumes ont également une autre signification: dans tous les calculs comparatifs, ce sont surtout les volumes importants, autrement dit les prestations les plus fréquentes, qui sont soumis à une analyse. Là aussi s'applique la règle des 80/20: avec 20 prestations, on définit 80% du volume des coûts. Autrement dit, les valeurs absolument déterminantes sont celles liées aux *prestations de base générales, dont l'étendue et l'importance ont été augmentées dans la structure tarifaire TarMed.*

Ou, dit d'une autre manière encore: les médecins de premier recours et d'autres spécialités moins fortes en termes de membres ont une influence décisive. Mais des *spécialités aux effectifs moins importants peuvent passer inaperçues.*

A cela s'ajoute que les spécialités ne réagissent pas toutes avec la même sensibilité à une diminution de la valeur du point. Certaines sont déjà menacées par une baisse de Fr. -.05, tandis que d'autres disciplines (disposant d'un éventail plus large de possibilités) sont nettement plus résistantes.

Il convient par conséquent d'exiger que, une fois la valeur du point fixée, les effets en soient vérifiés pour toutes les disciplines. Il n'est pas question que de petites spécialités soient, pour ainsi dire, froidement exécutées par l'introduction du tarif.

- Les autres méthodes, les *études de panier-type* notamment, sont (comme évoqué plus haut) également touchées par les mêmes problèmes. Un autre facteur impondérable est constitué par les *suppositions sur le comportement du médecin pour une indication précise ou dans une situation déterminée.* Diverses études préliminaires ont montré que de telles suppositions sont tout simplement impossibles. En effet, mis à part l'immense *variété des styles de traitement*, une telle façon de procéder ne fonctionne pas pour une raison absolument logique de méthode: *un tarif médical se fonde sur une nomenclature, c.-à-d. une liste des prestations médicales théoriques, qui nécessitent des diagnostics clairs pour pouvoir être mises en relation avec des situations cliniques ou des indications.*
- Une comparaison entre ancien et nouveau tarif doit non seulement tenir compte des nombreuses incertitudes par rapport à l'emploi de la nouvelle structure tarifaire, mais aussi de la façon d'utiliser les anciens tarifs. Il serait tout sauf vrai de dire que les anciens tarifs étaient – ou sont – utilisés conformément à leurs règles. Au contraire, nous

vivons aujourd'hui – du moins sur le plan tarifaire – une scène d'horreur, caractérisée par des positions analogiques, des tarifs fantaisistes, des transferts de sens entre positions tarifaires, des tarifs-blocs (dont personne ne sait ce qu'ils devraient vraiment contenir), etc.

*Le plus grave est, dans beaucoup de domaines, la pratique carrément systématique de la double facturation* (p. ex. le médecin et l'hôpital facturent chacun la même position en entier et il n'y a pas de répartition). *Dès 1992, nous avons, dans nombre d'exposés et d'articles, souligné ce problème en précisant qu'il ne manquerait pas de se faire sentir de façon aiguë lors de l'introduction de nouveaux tarifs comportant une séparation entre prestation médicale (PM) et prestation technique (PT).* Cela dit, il n'y a aucune gloire à tirer du fait d'avoir raison, surtout si l'on considère la discussion alibi qui revient actuellement: comprendre les chiffres d'horreur des soi-disant pertes attendues n'est possible que si l'on connaît le fond de l'histoire, qui – consciemment ou non – est le plus souvent occulté dans le débat. *Rien d'étonnant dès lors à ce que des discussions basées sur la comparaison des structures tarifaires et ne prenant pas en compte cette trame de fond – pour ne pas dire les dessous de l'affaire – et ce n'est qu'un euphémisme – soient vaines.*

En résumé, on peut dire que la valeur initiale du point tarifaire doit être calculée de manière aussi précise que possible; pour ce faire, *la méthode la plus appropriée est celle utilisée, dans tous les cantons, par New Index: la transcription.*

Mais il ne faut pas se leurrer; au vu des problèmes méthodologiques et pratiques mentionnés, les résultats doivent être interprétés avec la plus grande réserve et ne peuvent en principe représenter qu'une certaine approximation.

*Quelle que soit l'importance de la valeur initiale du point lors de l'introduction, il ne faut pas se faire d'illusion: celle-ci diminuera rapidement dans les quelques semaines suivant l'introduction des tarifs.* La question se pose, par conséquent, de savoir quelles ressources investir ou s'il ne vaudrait pas mieux partir d'une valeur du point de Fr. 1.-, valeur qui a implicitement servi au calcul de la structure tarifaire. De telles réflexions sont tout à fait opportunes du moins pour le domaine des tarifs fédéraux (AA/AM/AI) valables pour toute la Suisse.

---

#### Sur le plan technique, est-il vraiment possible d'introduire les tarifs sans provoquer de variation au niveau des coûts?

Une introduction des tarifs neutre en termes de coûts est techniquement possible, pour autant qu'un certain nombre de conditions soient remplies:

#### Variable de référence

Compte tenu de la situation actuelle sur le plan des données, seule est possible une comparaison des coûts par assuré et par an pour l'assurance obliga-

toire des soins, dans le domaine couvert par la convention (des variables agrégées à un niveau plus élevé, p. ex. les coûts globaux, sont inacceptables car elles reviendraient à instaurer un budget global sans passer par la loi).

#### Segmentation claire

Cela signifie une quantité de délimitations précises difficiles à étayer vu l'état des données disponibles:

*Séparation des secteurs ambulatoire/cabinet médical, ambulatoire/hôpital, hospitalier.*

A ce niveau, il y a surtout des problèmes entre les deux premiers secteurs: ceux-ci pourraient être tentés de se «refiler» les prestations peu intéressantes. En outre, il n'est aujourd'hui pas possible de prévoir si une prochaine révision de la LAMal n'aura pas pour effet que le secteur ambulatoire/hôpital soit entièrement absorbé par un nouveau secteur «semi-hospitalier» qui serait affecté au secteur hospitalier pour la facturation (un changement qui – notons-le – bouleverserait le modèle tarifaire CoReg-INFRA et donc le TarMed).

Même si l'état des données s'est nettement amélioré et qu'il continuerait de le faire grâce aux chiffres relevés dès l'introduction des tarifs, on peut se demander s'il est possible de constituer une base de données permettant de gérer cette introduction.

#### *Séparation des domaines de convention*

Dans le domaine LAMal, l'introduction du TarMed doit se faire par canton; la loi elle-même le prescrit. Pour la détermination du volume des coûts, c'est donc les *coûts par assuré habitant le canton qui sont déterminants*. Mais comme ceux-ci ne sont pas toujours traités dans leur canton, les médecins exerçant dans ce canton sont rendus responsables de phénomènes qu'ils ne sont théoriquement pas en mesure d'influencer.

Prenons l'exemple de la Suisse centrale: les soins médicaux prodigués aux patients de cette région par le centre hospitalier de Lucerne sont attribués aux médecins des cantons primitifs; de leur côté, les médecins lucernois doivent assumer la responsabilité de coûts de traitement dans les cantons avoisinants (notamment l'Argovie) et dans les cantons disposant de centres universitaires.

Il est clair qu'on ne peut réunir les données nécessaires pour la prise en compte de tels processus.

#### *Un contrat tarifaire par domaine*

Dans le cadre des négociations, on part toujours du principe que chaque canton dispose de sa convention. Mais ce n'est pas là une exigence absolue. Au contraire, il est tout à fait pensable et même vraisemblable que *certaines groupes de médecins mécontents du tarif ou même des médecins particuliers ne veulent pas s'affilier à la convention entre leur société cantonale et le CAMS et tentent de négocier une convention avec leurs propres conditions; ils en ont d'ailleurs tout à fait le droit* (cf.: Société neuchâteloise/Société neuchâteloise de pédiatrie contre le

Conseil d'Etat de la République et canton de Neuchâtel/Fédération neuchâteloise des assureurs-maladie, 28 juin 2000).

Que des négociations de ce genre soient ou non utiles à moyen terme pour les médecins concernés et qu'elles leur permettent ou non d'atteindre leur objectif, une chose est claire: *si un nombre considérable de médecins optent pour cette solution lors de l'introduction des tarifs, le principe de neutralité des coûts sera alors inapplicable dans les petits cantons, ne serait-ce que pour des raisons purement statistiques (représentativité des chiffres, biais de toutes sortes).*

#### *Délimitation par rapport à d'autres modèles d'assurance*

Certains groupes de médecins ont conclu, ces dernières années, des contrats de rémunération fondés sur des modèles dits de médecin de famille et qui prévoient des modalités de remboursement entièrement ou partiellement forfaitaires.

Tant sous l'angle de la technique tarifaire que du point de vue légal, ces «modèles» se situent hors du domaine concerné par la neutralité des coûts lors de l'introduction des tarifs.

La situation est encore rendue plus complexe par le fait que les médecins peuvent aussi bien appartenir à de tels modèles que facturer selon le tarif à la prestation conventionnel.

#### *Délimitation par rapport au domaine des assurances complémentaires*

En dépit de la conviction affichée par le DFI avec une ferveur persistante (et suspecte?), les délimitations sont ici tout sauf claires.

Cela vaut avant tout pour le domaine légal ou plutôt juridique, où certaines questions resteront sans réponse jusqu'à ce que l'on dispose d'arrêts du Tribunal suprême pour nombre de domaines, p. ex. la question de savoir si, dans le domaine ambulatoire, des prestations relevant de l'assurance complémentaire peuvent être facturées en plus de celles du domaine de l'assurance obligatoire des soins.

Les mécanismes juridiques incontestés offrent, à eux seuls, suffisamment d'«échappatoires». Ainsi, un patient peut recevoir un traitement hospitalier – bientôt semi-hospitalier – dans le cadre de l'assurance complémentaire. Mais le domaine de l'assurance obligatoire des soins est alors certainement déchargé aux dépens de l'assurance complémentaire. De telles machinations faisaient-elles pour autant partie des intentions du TarMed?

Dans ce contexte, on tient également trop peu compte de *l'internationalisation et de la dynamisation des marchés d'assurance*. Aujourd'hui déjà, des assureurs étrangers s'installent chez nous, couvrant les domaines de prestations qui leur semblent intéressants et laissant le reste à l'assurance sociale de base suisse.

De telles perspectives montrent clairement à quel point le «concept de neutralité des coûts» est marqué par une attitude de fonctionnaire tourné vers le passé

et par un délire de faisabilité déterministe typique d'une pensée isolationniste.

#### Instruments maniables

Une condition essentielle pour que l'introduction des tarifs TarMed soit neutre sur le plan des coûts est la création d'*instruments maniables, efficaces à court terme et dont on soit sûr qu'ils sont, sous tous aspects, fondés sur la loi.*

Sur le plan purement pratique et en termes de technique tarifaire, ces instruments sont clairement définissables (cf. Concept de neutralité des coûts pour l'introduction du TarMed dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, version 2.2, ci-après C2.2):

#### *Adaptation de la valeur du point à court terme*

Est utilisé lorsque les coûts évoluent de manière non voulue et sans qu'il soit possible d'en déterminer la raison ou le groupe de fournisseurs de prestations. L'idée originelle de procéder à des adaptations de la valeur du point pour des prestations ou des groupes de prestations déterminés n'a pas été conservée car elle implique des interventions implicites et non structurées sur la structure tarifaire.

#### *Adaptation du nombre de points tarifaires*

Il s'agit là d'une correction de la structure tarifaire; la condition est que les fournisseurs de prestations responsables/concernés ainsi que les raisons de la tarification erronée soient identifiés.

Pour la mise en œuvre de ces corrections, certaines exigences doivent absolument être satisfaites:

#### Exigences relevant de l'informatique et de l'économie d'entreprise

Sans vouloir entrer dans les détails, on peut considérer que ces exigences sont satisfaites ou qu'elles pourront l'être d'ici à l'introduction des tarifs TarMed. L'important à cet égard est le remaniement de la structure tarifaire, sujet que nous étudierons de manière plus approfondie en une autre occasion.

#### Organe de décision mandaté

La mise en œuvre n'est possible que si les décisions nécessaires peuvent être prises et appliquées dans le mois. Cela exige un organe de direction qui puisse décider dans ce délai. Les parties contractantes devraient donc accorder à leurs délégués des compétences de décision étendues, clairement définies. On peut se demander, dans ce contexte, s'il se trouverait, parmi le corps médical p. ex., des personnes prêtes à assumer cette tâche fort peu gratifiante à tous égards.

A cela s'ajoute que les parties contractantes doivent avoir un mandat clair. Or, il est pour le moins incertain que les départements de santé publique, p. ex., délégueraient ces compétences à H+ pour les hôpitaux publics.

#### Conditions-cadres légales

Les conditions-cadres légales n'admettent pas une telle façon de procéder:

Si le Conseil fédéral maintient l'exigence clairement rejetée par la FMH *que la structure tarifaire lui soit soumise pour approbation*, alors les délais nécessaires ne pourront être respectés, à moins que les Conseillers fédéraux souhaitent se réunir deux fois par mois pour effectuer une analyse approfondie de la structure tarifaire TarMed, position par position.

Si le *Surveillant des prix entend continuer à prendre position sur chaque changement de la structure tarifaire*, alors que, de l'avis de la FMH, il n'y a aucune base légale qui le justifie, alors les délais ne pourront pas du tout être respectés.

Ces remarques s'appliquent, moyennant les changements nécessaires, au nombre de points tarifaires comme aux corrections de la valeur du point. De plus, pour *chaque changement de la valeur du point et, éventuellement, du nombre de points tarifaires* (les tribunaux n'ont jusqu'ici jamais différencié ces deux éléments), des *groupes de fournisseurs de prestations et/ou d'assureurs opposés à ces décisions d'un organe de direction agirait en justice ou déposerait un recours*. Sans compter que les décisions des autorités suisses peuvent être portées devant la *Cour européenne selon l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme*. A elles seules, les durées de ces procédures font de l'introduction des tarifs TarMed une entreprise incertaine; dans ces conditions, un *pilotage desdits tarifs selon le principe de neutralité des coûts est impensable*.

Depuis 1997, la FMH a signalé à maintes reprises ce problème aux autorités politiques compétentes, en particulier au DFI. Ce dernier a parlé en grande pompe et de manière diffuse de devoirs à faire, mais qui ne l'ont jamais été (quel écolier pourrait se le permettre?), de nébuleux Gentleman's Agreements (sans préciser ce que les non-gentlemen feraient), d'autres tables rondes (dont les seuls résultats ont été d'avoir eu lieu), etc. *Mais surtout, il s'est lancé dans des épîtres moralisatrices et accusatrices ainsi que dans des exigences encore moins fondées légalement afin de détourner l'attention de ses propres problèmes, de l'incapacité à les résoudre et de ses propres lacunes.*

Force est de constater, en cette fin de mars 2001, que les assureurs et les fournisseurs de prestations sont parvenus à s'entendre sur une solution applicable, mais que les instances politiques, en particulier le DFI, n'ont manifestement pas été en mesure – et ne le sont toujours pas – de créer les conditions-cadres nécessaires ou de les clarifier. Dans cette situation, il est impensable que l'on propose au corps médical, autrement dit à la FMH, de donner son accord à l'introduction des tarifs TarMed dans le domaine de la LAMal et d'approuver les conventions-cadres correspondantes. Aucun homme sensé ne se laisserait embarquer pour un vol de nuit à l'aveuglette au-dessus du Pacifique, sans contrôle au sol, dans un prototype d'avion avec, dans le cockpit, des pilotes capables peut-être, mais disposant pour seuls instruments d'orientation des jumelles et un sextant.

# Concept commun pour l'introduction du TarMed selon le principe de la neutralité des coûts dans le domaine de l'assurance obligatoire de base selon la LAMal

Version 2.2, état: 17 mars 2001

Document de travail dans la perspective d'un débat au sommet entre la FMH, H+, la CDS et le CAMS

L. Bapst<sup>a</sup>, H. H. Brunner<sup>b</sup>, C. Haudenschild<sup>c</sup>, A. Müller Imboden<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr ès sc. écon., CAMS, rédaction

<sup>b</sup> Dr FMH

<sup>c</sup> Dr ès sc. écon., H+

<sup>d</sup> CDS

## Remarques préliminaires du groupe de travail institué

L'introduction du TarMed selon le principe de la neutralité des coûts émane d'une volonté politique qui à l'époque fit l'objet d'une convention liant les parties contractantes. La LAMal en vigueur ne permet pas, en principe, d'appliquer la neutralité des coûts. Il s'agit dès lors en premier lieu de créer, à l'échelle politique, une base légale pour pouvoir fixer et piloter la neutralité des coûts. Sous cette condition, il serait techniquement possible d'entreprendre une introduction du TarMed selon le principe de la neutralité des coûts.

Depuis, la formation de l'opinion entre les parties à la convention n'a pas conduit, sur le plan purement technique, à trouver un consensus sur tous les points en matière de neutralité des coûts. Ces circonstances ont incité le groupe de travail institué à poser l'exigence d'une base légale comme condition préliminaire sine qua non (même si cette exigence avait été plusieurs fois posée par le passé) pour une introduction et un pilotage du TarMed selon la neutralité des coûts. Une autre étape a permis de résumer les positions des parties à la convention en un tableau sy-

noptique (cf. annexe I) et, enfin, de définir les possibilités d'une mise en œuvre pratique et applicable de la neutralité des coûts selon une base purement technique. Le groupe de travail a également étudié plusieurs autres possibilités, néanmoins toutes rejetées.

Le groupe de travail propose dès lors *la démarche commune suivante*:

- la question de la base légale nécessaire sera discutée le plus tôt possible sous l'égide de la CDS, en collaboration avec la FMH, H+ et le CAMS et avec Mme la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss;
- les autres divergences seront aplanies en table ronde au plus haut niveau entre la FMH, H+, la CDS et le CAMS;
- les détails techniques de la solution évoquée seront mis définitivement au point par le groupe de travail dès que les éléments requis seront à disposition;
- un concept de neutralité des coûts ne saurait être présenté au DFI actuellement et sous cette forme.

## 1. Valeurs-clés sur le plan politique et conventionnel, conditions-cadres et projets

Selon l'art. 43, 4<sup>e</sup> al., de la LAMal, les partenaires tarifaires (H+, FMH et CAMS) sont tenus d'élaborer un nouveau tarif médical (TarMed) remplaçant l'ancien tarif et le catalogue des prestations hospitalières et fondé sur des principes d'économie d'entreprise. L'objectif politique est d'introduire le nouveau tarif TarMed sans variation des coûts par rapport aux tarifs précédents. Les organisations partenaires s'y étaient engagées à l'époque par le biais d'une convention. La neutralité des coûts n'est pas ancrée dans la LAMal. Cela dit, une décision du Conseil fédéral en matière de fixation de la valeur du point pour les prestations de physiothérapie dans le canton d'Appenzell (datée du 18 octobre 2000) énonce pour la première fois que la transposition tarifaire doit se faire selon le principe de la neutralité des coûts.

L'exigence politique d'une introduction du TarMed selon la neutralité des coûts fait surtout apparaître une contradiction entre la nécessité légale, selon l'art. 43, 4<sup>e</sup> al., de la LAMal, d'un calcul selon des principes d'économie d'entreprise et l'exigence politique d'une neutralité des coûts. A cela s'ajoute la difficulté de procéder rapidement à de nécessaires adaptations de la valeur du point avec le système en vigueur dans la LAMal. Par ailleurs, d'autres problèmes existent en relation avec d'éventuels recours contre les corrections de la valeur du point, sur le plan de la sécurité juridique et des mesures d'exécution. Ces circonstances, tout comme les conséquences qui en découleront, doivent être prises en compte dans l'application de la neutralité des coûts. En se fondant sur la décision du 18 octobre 2000 du Conseil fédéral dans le canton d'Appenzell par rapport à la physiothérapie, la question se pose dès lors de savoir si, hormis l'introduction d'une valeur initiale du point, on pourra également entreprendre des modifications

de la valeur du point en cours d'année. La question n'a été ni corroborée, ni rejetée. L'entente existe cependant entre les partenaires tarifaires sur un point: le TarMed doit être introduit de manière à ne provoquer ni augmentations, ni réductions des coûts.

D'autre part, l'introduction du TarMed (qui implique directement une somme de près de 6 milliards de francs pour l'ensemble de la Suisse) concerne la rémunération des prestations ambulatoires en cabinet médical et en milieu hospitalier (y compris les prestations semi-hospitalières, facturées à titre ambulatoire). Le TarMed se fonde uniquement sur l'assurance obligatoire des soins (AOS). Si l'on procède, simultanément à l'introduction du TarMed, à des modifications structurelles dans le domaine de la santé publique (p. ex. des valeurs de point unifiées, l'unification des communautés conventionnelles existantes), ce qu'implique l'adhésion au principe de neutralité des coûts, l'introduction déjà difficile du TarMed en sera rendue plus difficile encore.

La question se pose de savoir s'il est possible, sur la base des dispositions légales en vigueur, de procéder en cours d'année à des corrections de valeurs du point rapidement et sans trop d'embarras administratifs. Si la réponse est négative, une modification des bases légales de la LAMal s'impose. Il conviendrait alors de s'assurer, sur le plan légal, que les valeurs initiales du point pour une neutralité des coûts puissent être fixées et corrigées rapidement et sans tracasseries administratives, même en cas de recours. De plus, il s'agit d'éviter que des recours éventuels aient un effet retardateur sur les corrections nécessaires à apporter. Ces conditions ne peuvent pas être assurées sur une simple base conventionnelle.

La neutralité des coûts ne peut donc être garantie sur la seule base conventionnelle, les partenaires tarifaires n'étant pas soumis à une obligation conventionnelle ou associative. La possibilité déjà débattue d'un gentlemen's agreement entre partenaires associés au projet visant à un renoncement commun à tout recours éventuel de leurs membres doit être écartée, ne serait-ce que pour des raisons d'Etat de droit. Par contre, on peut d'ores et déjà prévoir que des recours seront interjetés de part et d'autre contre les valeurs initiales du point fixées par les gouvernements cantonaux et contre les corrections nécessaires pour obtenir une neutralité des coûts. Celle-ci ne saurait en effet être réalisée sans une modification des bases légales dans la LAMal permettant de fixer les valeurs initiales du point tarifaire sans droit de recours et de bénéficier d'une certaine souplesse et rapidité dans le pilotage de la neutralité des coûts.

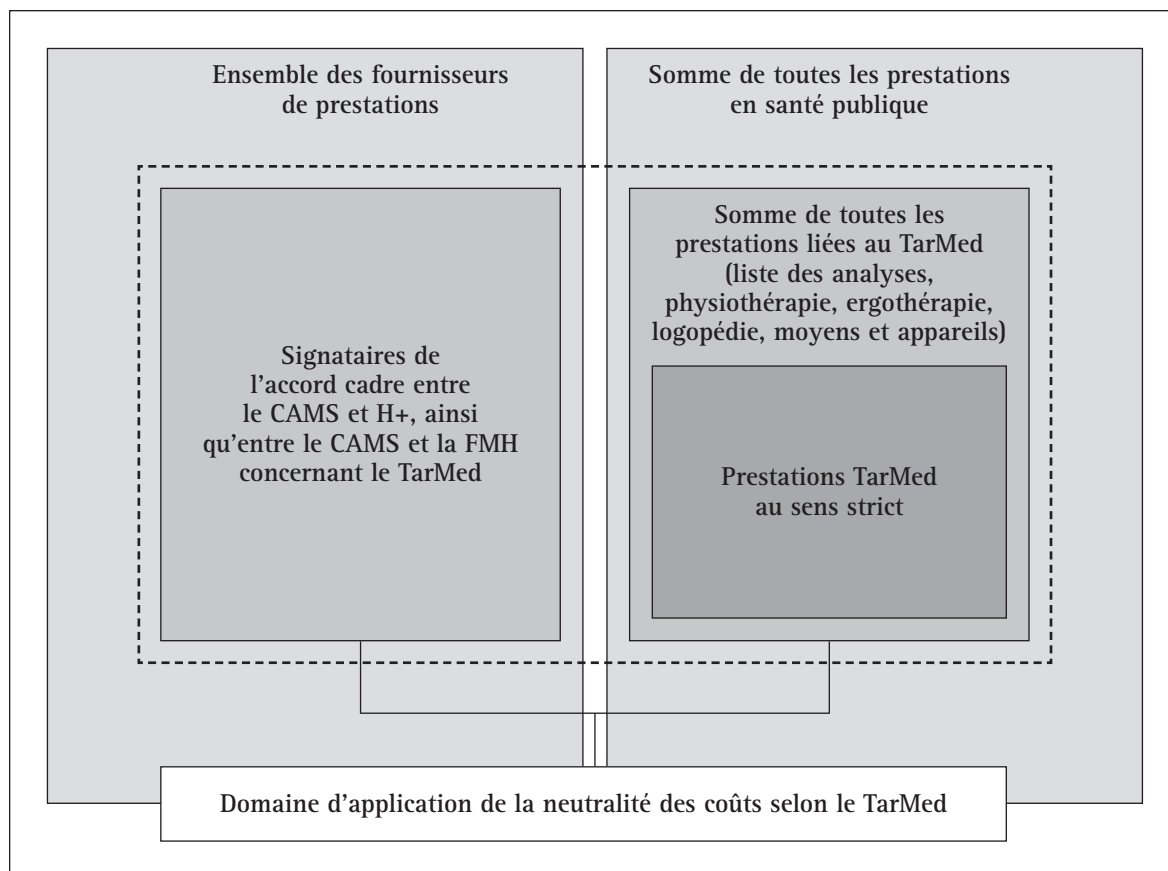
Les données aujourd'hui à disposition n'ont pas été saisies dans un but visant la neutralité des coûts. Elles doivent être affinées progressivement. Le concept de neutralité des coûts devrait dès lors, dans une première phase, être adapté aux limites de la situation sur le plan des données. D'autre part, seul le CAMS dispose de données pour toute la Suisse pouvant servir de base de pilotage vers la neutralité des coûts. Dans une deuxième phase, la base de données nécessaire devrait être élargie et précisée.

## 2. Points sensibles concernant l'introduction de la neutralité des coûts et le pilotage du TarMed

Concernant l'introduction et le pilotage du TarMed, les *points sensibles* suivants sont à relever:

- Il s'agit de vérifier si une modification des bases légales dans la LAMal est nécessaire pour obtenir et maintenir la neutralité des coûts, avec une valeur du point fixe et des corrections de cette valeur à court terme durant l'année.
- La situation actuelle sur le plan des données ne permet pas d'établir une formule pour la neutralité des coûts, quel que soit le concept de base utilisé. Il faut la volonté politique de créer une solution applicable qui soit simplifiée, maniable, pragmatique et transposable sur le plan statistique.
- La question de savoir si la neutralité des coûts doit primer sur le budget global sectoriel et ambulatoire est une décision politique. La FMH, H+ et le CAMS se sont à une époque entendus par convention sur la neutralité des coûts sans toutefois approfondir la question à ce moment-là.
- L'unité de vues entre les partenaires sur divers points importants pour le respect de la neutralité des coûts dans le TarMed lors de l'introduction n'est pas (encore) donnée (cf. annexe I).
- Les partenaires ont développé un modèle qui devrait permettre l'obtention de la neutralité des coûts dans le TarMed pour autant que les conditions politiques et légales soient créées à court terme.
- La version définitive du TarMed doit être acceptée par le Conseil fédéral avant les négociations d'introduction.
- La teneur et la réalisation d'un remaniement du TarMed doivent être concrètes.
- Les éventuels problèmes structurels du TarMed doivent être corrigés avant son introduction.
- Plus la structure tarifaire du TarMed sera correcte avant son introduction, plus facilement on pourra assurer la neutralité des coûts au cours de son introduction. C'est-à-dire que la structure du TarMed ne doit contenir aucune faille devant être corrigée par la suite par le biais de la neutralité des coûts et de la valeur du point.
- Un pilotage du TarMed neutre en termes de coûts ne doit pas concerner des problèmes de structure; il s'agit de contrôler la neutralité des coûts en termes de quantités, au travers de la valeur du point. Les problèmes de structure doivent être réglés par une structure tarifaire équilibrée. Les corrections de structure tarifaire nécessaires ne sauraient passer par une correction de la valeur du point, ce qui contredirait les exigences de l'art. 43, 4<sup>e</sup> al., LAMal.
- La garantie doit être donnée de pouvoir exclure de la convention les profiteurs du système, rapidement et sans problèmes.
- Remarque concernant l'application de la décision sur le tarif de physiothérapie en Appenzell: on ne saurait partir du principe que la formule de calcul reprise dans cette décision (p. 28s.) soit reprise

Figure 1  
Schéma concernant la neutralité des coûts selon le TarMed.



dans le domaine du TarMed et de la LAMal. Cela supposerait en principe une valeur du point nationale qui serait néanmoins déduite (valeurs initiales du point tarifaire) à partir de modèles de traitement à déterminer ultérieurement et fixée de manière différente dans le domaine des assurances sociales fédérales (CTM, AM et AI) que dans le domaine de l'assurance-maladie. Ainsi, dans le domaine de la LAMal, il faut partir d'une tout autre base tarifaire (tarifs jusqu'ici utilisés) et d'un tout autre collectif de traitements que dans le domaine de l'assurance-accidents. De plus, contrairement au domaine de l'AA, où l'on part d'une définition des cas de traitement plus précise, on se fonde, dans le domaine de la LAMal (où l'on n'a pas de définitions de cas ni de définition de patients), sur une élaboration statistique de frais de traitements moyens par assuré. Il est donc logique que les partenaires de la LAMal doivent avoir leur propre définition et application de la neutralité des coûts.

- Avec l'introduction du TarMed, il s'agit aussi de passer à la liste fédérale des analyses, d'introduire le nouveau tarif de physiothérapie, d'adapter le tarif des dentistes et de tenir compte des points de recoupement avec le tarif d'ergothérapie, de logopédie et avec la liste des moyens auxiliaires. Les

effets du modèle de remise des médicaments orienté sur les prestations n'ont pas encore été discutés.

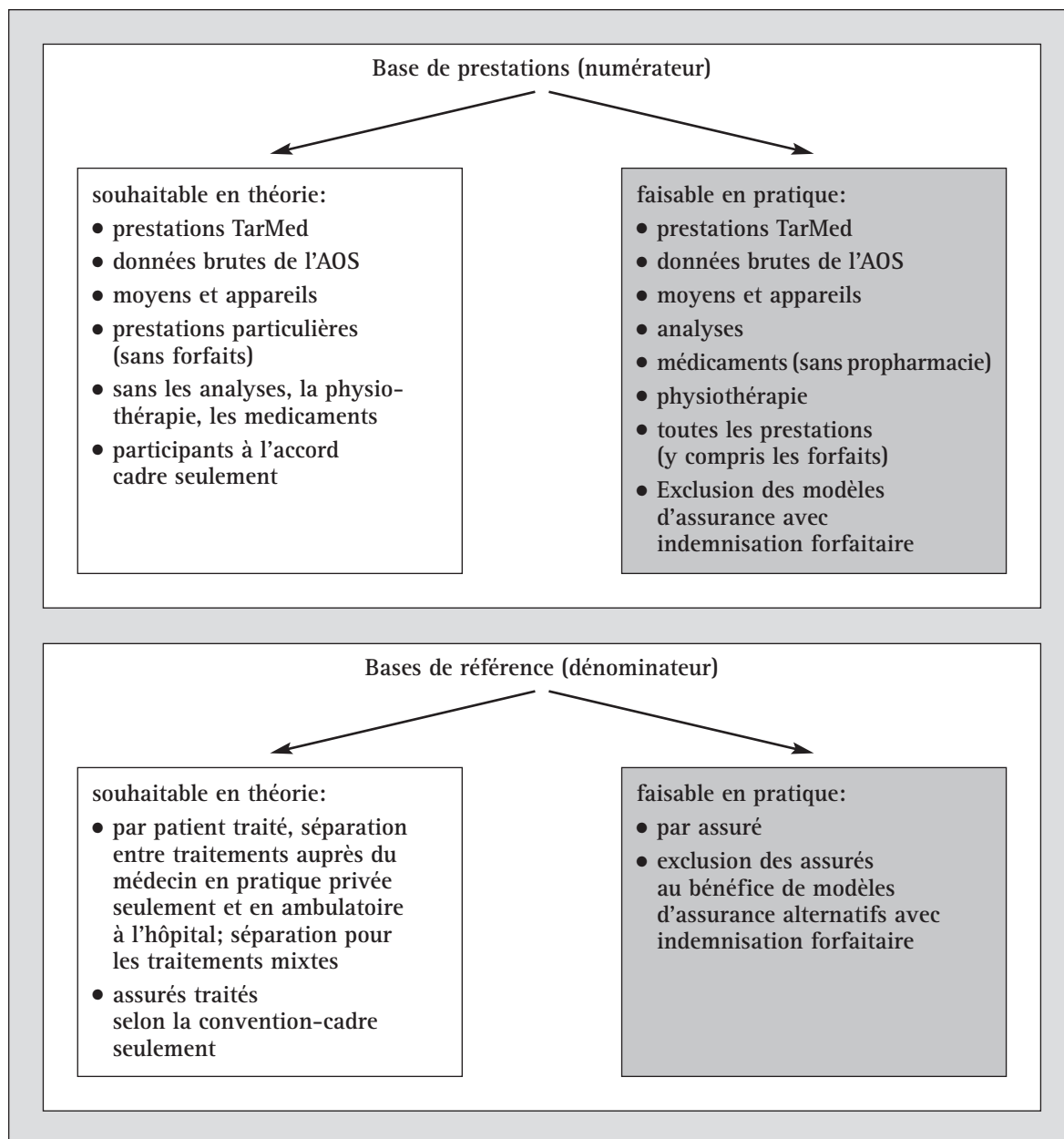
- Afin de garantir la neutralité des coûts, il faut conserver les précédentes modalités de facturation (tiers garant et tiers payant), facturation des traitements semi-hospitaliers comme traitements ambulatoires ou hospitaliers, facturation des médecins agréés pour les prestations hospitalières ambulatoires, etc.).
- Une éventuelle nouvelle définition des traitements semi-hospitaliers aurait pour conséquence de devoir redéfinir le modèle de calcul, du moins pour les prestations techniques.

### 3. Formule théorique contre formule pratique pour la définition de la neutralité des coûts

Dans le domaine de la LAMal, on procède, pour l'introduction de la neutralité des coûts du TarMed, à partir des tarifs jusqu'ici appliqués et des modèles de traitement type selon les maladies et ainsi, en toute logique, à partir des coûts de traitement moyens précédents par assuré. L'introduction du TarMed ne devrait pas modifier ces coûts ni dans une direction, ni dans une autre. Si l'on veut pouvoir se servir d'une



**Figure 2**  
 Schéma de la formule théorique et pratique de la neutralité des coûts.



formule de neutralité des coûts, celle-ci doit être clairement définie. Elle doit également pouvoir être représentée graphiquement à l'aide des données actuelles et appliquée rapidement et de manière pragmatique. D'autre part, au moment de l'introduction, on ne peut entreprendre aucune modification de la base de données du fait qu'il faut pouvoir opérer une comparaison avec la base initiale (la base de données de référence et la base de données courantes doivent être identiques dans la mesure du possible).

Le fondement objectivement et juridiquement correct de la neutralité des coûts serait le suivant: «Les dépenses des fournisseurs de prestations et des assureurs ayant adhéré à la convention-cadre du TarMed

pour les prestations de l'AOS effectuées par les fournisseurs et facturées et payées selon leur valeur de référence ne devraient pas subir de modifications par rapport à la base initiale du fait de l'introduction du TarMed». Si cette base ne peut être reprise telle quelle, le principe valable est le suivant: plus les données existant actuellement sont imprécises, plus vagues doivent être en conséquence les dispositions concernant les valeurs initiales du point tarifaire et le contrôle de la neutralité des coûts. Le risque existe, sinon, de voir les partenaires de la convention TarMed devoir supporter des aléas tarifaires qu'ils n'ont pas créés directement et sur lesquels ils n'ont pu exercer d'influence.

La formule applicable pour la neutralité des coûts, aussi bien en ce qui concerne le numérateur que le dénominateur, doit dès lors pouvoir être différenciée entre le souhaitable en théorie et le réalisable en pratique. A cela s'ajoute que l'introduction du TarMed ne fait pas que toucher les prestations TarMed proprement dites, mais également les prestations de la liste fédérale des analyses, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la logopédie, ainsi que les moyens et appareils. De plus, les exigences du concept choisi de la neutralité des coûts et de la base de données à disposition doivent s'harmoniser dans la mesure du possible. Dans la foulée, il s'agit de faire coïncider les coûts servant de base de référence avant l'introduction du TarMed avec la base de données en vigueur dans le TarMed, afin de pouvoir opérer des comparaisons pendant la durée d'observation et relever les écarts éventuels par rapport aux données de neutralité des coûts adoptées.

#### Remarques concernant la figure 2

- Seul le CAMS dispose de données complètes pour l'ensemble de la Suisse et pour la durée de référence (saisie complète).
- La FMH dispose des données de la Caisse des médecins, diversement représentatives selon les cantons.
- H+ et la CDS ne disposent pas, pour le moment, de données pour l'ensemble de la Suisse.
- Afin d'avoir une unité des données avant et après l'introduction du TarMed, la définition des données *avant* l'introduction du TarMed est déterminante. En parallèle, les séries de données appliquées doivent être stables.
- Ce n'est qu'après la date d'introduction du TarMed que le centre de récolte de données du CAMS disposera de données exactes séparées entre prestations médicales et autres.
- Les données actuelles du CAMS contiennent également – selon la précision de leur saisie par les assureurs – dans une mesure modeste (qui doit être évaluée) des prestations pour les médicaments (en particulier en milieu ambulatoire hospitalier), les analyses selon la liste des analyses, la physiothérapie et les moyens et appareils médicaux.
- La répartition des coûts par patient (prestations d'assurance seules, sans les frais administratifs) demande une définition unitaire des patients qui n'existe pas et qui ne saurait bien entendu exister! Il serait en plus logique de procéder à une différenciation entre les patients en traitement seulement chez des médecins en pratique privée et ceux soignés en milieu ambulatoire hospitalier. A cela s'ajoute le problème des patients traités simultanément à plusieurs endroits.
- On ne peut déterminer que les coûts par assuré. En effet, pour avoir la base de référence nécessaire, il faut prendre les années 1997–1999. Ici, les seules données valables sont «les coûts par assuré». Pour l'année 1996, le flou règne en raison de l'introduction de la LAMal.
- La définition du mode de facturation se réfère au mode de facturation actuel sur la base des tarifs médicaux cantonaux et des tarifs pour les prestations hospitalières ambulatoires.
- Si une modification législative devait attribuer les traitements semi-hospitaliers aux traitements hospitaliers, il faudrait non seulement revoir le modèle des coûts principalement en relation avec les prestations techniques du TarMed (il n'y aurait plus que les prestations ambulatoires), mais aussi redéfinir la base de référence de la neutralité des coûts (aujourd'hui, les traitements semi-hospitaliers sont attribués le plus souvent aux traitements ambulatoires).
- Les médecins agréés facturent actuellement leurs prestations ambulatoires en milieu hospitalier conjointement à leurs traitements en cabinet médical. Ce mode de facturation ne devrait pas changer pendant la phase d'introduction du TarMed ou,

plus précisément, pendant la durée de la neutralité des coûts. Si des changements devaient malgré tout se produire, le transfert de coûts doit pouvoir être recensé avec précision sur le plan statistique.

- Il faut s'attendre à de nombreux recours interjetés contre les valeurs initiales du point tarifaire et les corrections de la valeur du point au cours de l'année.
- Les modèles d'assurance alternatifs avec indemnisation forfaitaire doivent être exclus car ils faussent les calculs. Le principe de neutralité des coûts ne vaut que pour les participants conventionnés.

#### 4. Modèle de définition des valeurs initiales du point et de pilotage en vue d'une introduction du TarMed sans effet sur les coûts

##### 4.1 Modèle de définition des valeurs initiales du point les plus appropriées

Les partenaires se sont entendus sur les *aspects et modalités* suivants:

- Il est décidé de partir du principe que la détermination des valeurs initiales du point se fonde sur les données effectives selon les cantons et régions (pas de définition normative des valeurs du point).
- Des outils élaborés en commun devront servir à déterminer les valeurs initiales du point à l'intention des sections ambulatoires des hôpitaux et des médecins en pratique privée.
- En principe, ces outils se fondent sur une transposition conforme à la neutralité des coûts entre le précédent modèle de traitement (panier-type) selon les tarifs aujourd'hui en vigueur, et le mode de facturation du TarMed.
- Les valeurs initiales du point pourront être déterminées dans la mesure où l'on disposera des données sur les fréquences liées aux modèles de traitement (ou paniers-types), livrées par les fournisseurs de prestations. Plus ces données seront détaillées et vérifiées, plus précis sera le calcul de la valeur initiale du point selon le principe de la neutralité des coûts.
- Ces valeurs initiales du point les plus proches possible de la neutralité des coûts peuvent être définies pour chaque communauté conventionnelle.
- Les valeurs initiales du point peuvent être fixées par régions (réunions de plusieurs cantons) ou par canton.
- Au moment de l'introduction, les valeurs initiales du point ne seront pas fixées séparément pour les prestations médicales et les prestations techniques.
- Les assureurs exigent que lorsqu'un canton entend fixer une valeur initiale du point uniforme pour son territoire, il remplisse les conditions pour que cette valeur initiale respecte le principe de neutralité des coûts pour l'assureur (y compris les rabais ambulatoires existants). Les cantons, quant à eux, contestent cette idée, arguant du fait que la neutralité des coûts devrait valoir sans les rabais accordés sur les prestations ambulatoires des hôpitaux, car il n'existe pour cela aucune prétention juridiquement fondée.

- Le pilotage neutre en termes de coûts de la valeur initiale du point a lieu pour chaque valeur initiale du point séparément. Pour les valeurs du point communes, il s'agit tout d'abord de déterminer si le pilotage doit être entrepris ensemble ou séparément (déterminer la responsabilité pour des variations différentes des quantités de prestations).
- Les valeurs initiales du point ainsi calculées par les partenaires tarifaires suivent la procédure d'agrément prévue par la loi (négociations, approbation par le canton, soumission au surveillant des prix). Elles sont susceptibles de recours.
- Il est prévu que, dans chaque canton, avec l'entremise de celui-ci, les partenaires de la LAMal fixent ensemble les valeurs initiales du point.
- Le calcul des précédents rabais ambulatoires des cantons se fonde sur la valeur initiale du point.
- La détermination de valeurs initiales du point par des tiers n'est pas prévue.
- Le processus de calcul, les données et outils à disposition doivent être rendus transparents pour tous les partenaires.
- Lorsqu'un partenaire fait appel à un tiers, il le fait à ses frais.
- Les primes des assureurs pour l'introduction du TarMed devant être avalisées par le DFI et l'OFAS selon les normes en matière de neutralité des coûts, une possibilité de correction, en cours d'année, des valeurs initiales fixées est indispensable.
- Selon l'endroit d'introduction (région ou canton), tous les partenaires TarMed doivent procéder simultanément à l'introduction pour pouvoir gérer la neutralité des coûts et en raison de l'égalité de traitement.

*A la condition que les valeurs initiales du point soient introduites par les instances compétentes et qu'elles puissent être corrigées en cours d'année avec rapidité et souplesse, le modèle développé par les partenaires est apte à répondre à cet objectif.*

Les principes suivants seraient dès lors valables:

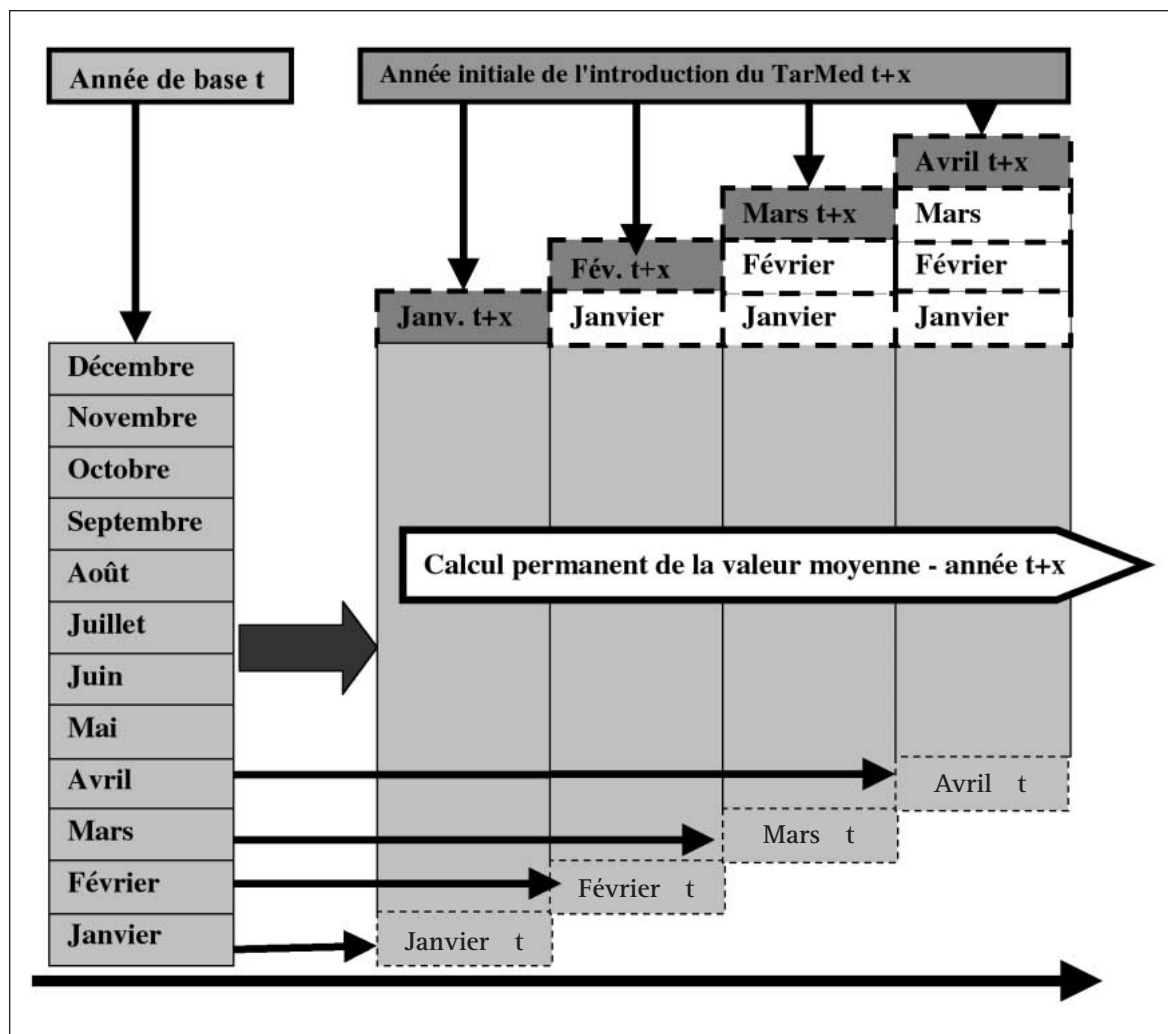
- *Principe:* une éventuelle différence entre les valeurs initiales du point adoptées sur le plan régional ou cantonal (valeurs théoriques) et les valeurs réelles relevées chaque mois (valeurs effectives) doit être analysée en commun par les partenaires tarifaires associés et déclencher une décision éventuelle sur une correction nécessaire en cours d'année (pas d'automatisme en la matière). Par leur décision, les partenaires tarifaires doivent tout particulièrement veiller à ce que le facteur déclenchant d'une éventuelle correction de valeur du point se situe dans le champ d'application de la convention-cadre du TarMed.
- Un recours éventuel contre une adaptation du point tarifaire pendant la période d'introduction du TarMed selon la neutralité des coûts ne devrait pas avoir d'effet dilatoire.
- Pour la durée entre la base de référence de la valeur initiale du point et le moment effectif de l'introduction du TarMed, une indexation (taux de majoration) peut être convenue.
- Le taux de majoration fait l'objet de négociations qui portent, notamment, sur la facturation, les conditions de facturation, la correction éventuelle pour atteindre des valeurs de points unifiées en Suisse, ainsi que sur un changement de comportement de la part des prestataires.
- Il convient de renoncer au modèle de fonds de compensation, tant pour des raisons de principe que de problèmes techniques de transposition.
- Les nécessaires corrections des valeurs initiales du point tarifaire selon le principe de la neutralité des coûts doivent être possibles à court terme, si l'on ne veut pas risquer de devoir travailler avec des remboursements et des compensations irréalisables sur le plan administratif.
- Un recours des fournisseurs de prestations et des assureurs peut être interjeté soit contre une correction de la valeur du point, soit contre le rejet d'une correction de la valeur du point, soit contre une correction trop tardive. Ainsi, le choix existe entre plusieurs maux, lesquels ne sauraient en principe être évités, mais peuvent uniquement être minimalisés.

#### 4.2 Modèle de pilotage pour une introduction du TarMed neutre en termes de coûts

En principe, les conditions suivantes doivent être appliquées afin qu'un modèle de pilotage neutre en termes de coûts puisse régir les valeurs initiales du point:

- Lors d'écarts du niveau de dépenses soumis à la neutralité des coûts hors de la marge de tolérance donnée, il faut pouvoir entreprendre en cours d'année, à court terme et de manière souple, les corrections de la valeur du point qui s'avèrent nécessaires. En l'occurrence, il s'agit de tenir compte de l'exactitude ou de l'imprécision des données à disposition et de la notion des prestations TarMed au sens large du terme.
- Vu les bases juridiques en vigueur, les corrections de la valeur du point nécessaires ne sauraient se faire à court terme.
- Le contrôle pour concrétiser la neutralité des coûts ne saurait se produire la première fois avant une période de près de six mois.
- Indépendamment du nombre de corrections de la valeur du point entreprises, un recours est toujours possible (même à l'encontre de la valeur du point initiale).
- L'expérience en matière de recours a montré que les décisions nécessaires arrivent toujours trop tard. La neutralité des coûts ne saurait se traduire uniquement sur une base conventionnelle. Les parties à la convention ne peuvent s'entendre que sur un mécanisme de corrections techniques; son application nécessite une base légale appropriée permettant le maintien de la neutralité des coûts.

Figure 3  
 Schéma de contrôle permanent de la neutralité des coûts dans le TarMed.



En principe, le contrôle d'une introduction du TarMed neutre en termes de coûts est organisé de la manière suivante:

- D'une part, l'écart entre les valeurs réelles (à savoir les coûts effectifs par assuré) et les valeurs théoriques (à savoir les coûts par assuré au cours de l'année de référence) doit être examiné chaque mois.
- D'autre part, les valeurs réelles et théoriques doivent être reportées en permanence, chaque mois, de l'année de référence à l'année d'introduction du TarMed.
- La transposition des corrections exige une base légale procédant de la LAMal ou issue de l'interprétation de la LAMal. La sécurité du droit doit être garantie dans ce procédé.
- Afin de permettre le pilotage de la neutralité des coûts par les partenaires tarifaires, ceux-ci doivent être prêts à disposer des bases de données nécessaires afin de justifier la nécessité d'une éventuelle correction. Les causes démontrées doivent être en lien direct avec le TarMed. Les assureurs

ne veulent cependant pas que le TarMed occasionne des transferts de coûts.

Un modèle de corrections de la valeur du point pourrait servir à un pilotage du TarMed selon le principe de la neutralité des coûts, à la condition de satisfaire aux exigences juridiques nécessaires.

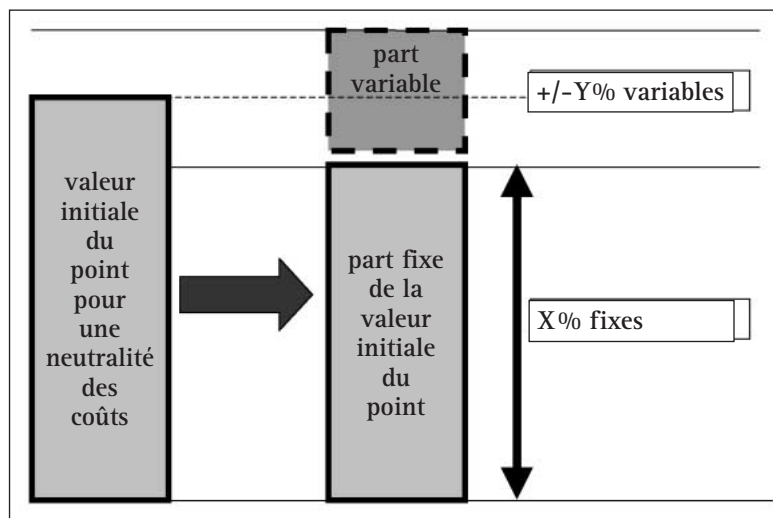
## 5. Modèle de marge de correction de la valeur du point

### 5.1 Conditions

- La loi ne dit nulle part qu'une valeur du point doit être une valeur fixée à jamais. Elle est fixe pour un certain laps de temps, ce laps de temps minimal ne figurant lui non plus nulle part dans la loi.
- La LAMal et le respect de la neutralité des coûts ne sont pas compatibles, la valeur du point devant nécessairement être corrigée une ou plusieurs fois en cours d'année, pendant la phase d'introduction neutre en termes de coûts du Tar-

Figure 4

Schéma d'une valeur initiale du point tarifaire à fixer et à faire approuver par les autorités d'approbation et comportant une part fixe et une part variable.



Med. En raison des diverses étapes d'approbation et des possibilités de recours, la neutralité des coûts n'est en principe pas applicable à court terme.

- La neutralité des coûts prévue sur le plan politique demande une interprétation souple et applicable de la loi.
- La condition essentielle est toutefois d'atteindre un consensus politique sur ce point selon lequel le principe de neutralité des coûts doit primer sur la LAMal.

### 5.2 Objectifs

- La possibilité doit être donnée de corriger la valeur du point rapidement, souplesment et au cours de l'année.
- En approuvant la valeur initiale du point, les autorités d'approbation compétentes donnent leur accord à son envergure et à son mécanisme de correction.
- La valeur initiale du point et le mécanisme de correction forment ensemble une partie intégrante de l'aval donné à la valeur initiale du point par les partenaires, les cantons et le surveillant des prix.
- La possibilité de corrections de la valeur du point en cours d'année demeure limitée à la phase de neutralité des coûts.

### 5.3 Mode de fonctionnement

- La valeur du point décidée en commun contient une valeur fixe et une marge de correction variable.
- La valeur initiale du point est divisée en une quantité fixe et variable. Ces quantités doivent être négociées.
- La part variable de la valeur initiale du point peut être corrigée au cours de l'année dans la mesure de la marge de correction donnée.

- Hormis la marge de correction, une marge d'intervention est fixée, située dans la marge de correction de la part variable de la valeur du point. La marge d'intervention permet de légères variations au sein des marges données sans toutefois provoquer des corrections de la valeur du point. L'envergure des marges d'intervention fait l'objet de négociations.
- Pour le contrôle, on fait appel aux données mensuelles tirées de la banque de données du CAMS sur les « coûts bruts de l'AOS versés par les assureurs pour les prestations TarMed par assuré », ainsi qu'aux données des prestataires de soins. Dans la mesure du possible, il s'agit d'identifier le domaine de validité des conditions-cadres du TarMed.
- Les parties s'entendent sur une valeur du point initiale respectant la neutralité des coûts par canton et par groupe de prestations (médecins et hôpitaux) et partagent celle-ci en une part fixe et une part variable.
- Au cours de la phase de neutralité des coûts, la part variable doit pouvoir être adaptée ensemble par les partenaires tarifaires habilités, au plus une fois par mois (en raison du retard pris par les factures, l'effet du TarMed ne se fait sentir qu'après 5 mois environ).
- Conjointement à l'approbation de la valeur initiale du point par canton et par groupe de prestations, les partenaires, le canton et le surveillant des prix adoptent un mode de faire qui ne prend pas en compte seulement la valeur du point minimale et maximale, mais aussi le mécanisme de modification de la valeur du point et la marge de correction maximale de la part variable de la valeur initiale du point.
- Le facteur de correction doit être calculé pour chaque valeur initiale du point.
- Il s'agit de déterminer si l'on doit entreprendre, et le cas échéant, comment, un changement éventuel d'une part du facteur de correction, afin d'obtenir une valeur de point unifiée pour l'ensemble de la Suisse. Le mécanisme de correction à cet effet doit être déterminé conjointement à l'adoption de la valeur initiale du point à l'échelle cantonale.
- La création des conditions légales nécessaires permettrait d'éviter de longs retards et des recours.
- Les instances compétentes encouragent, elles aussi, à instaurer une correction mensuelle de la valeur du point dans les délais.
- Les outils et les façons de procéder sont valables pour toute la Suisse, de manière à pouvoir entreprendre une évaluation unique dans les cas de recours.
- Une commission nationale, formellement instituée, compétente pour les décisions et les mesures à prendre permet aux partenaires tarifaires de traduire rapidement dans les faits les corrections nécessaires des valeurs du point cantonales.

## 6. Lignes générales non contraignantes d'une possibilité de consensus entre les partenaires FMH, H+, CDS et CAMS

### 6.1. Neutralité des coûts

La durée de la phase de neutralité des coûts et les adaptations structurelles nécessaires à cette neutralité des coûts étant soumises à tensions, une solution de compromis et de consensus doit viser en priorité à résoudre ce problème de politique structurelle. Il s'agit en l'occurrence et en particulier de tenir compte des éléments suivants: transferts de traitements entre les deux secteurs ambulatoires et entre ceux-ci et le domaine des traitements hospitaliers et des soins de suivi (sous l'influence prépondérante de l'introduction de systèmes de rémunération selon des forfaits par cas); coûts de traitement par assuré ayant un effet de budget global ambulatoire (une solution pourrait être apportée si l'on pouvait introduire une définition probante du collectif des patients); données détaillées manquantes, y compris les données sur les diagnostics servant à déterminer les collectifs mixtes de patients (à améliorer progressivement); recours à des facteurs de correction, etc. Inversement, la question de savoir s'il faut, à l'avenir, introduire une valeur du point unifiée pour toute la Suisse ou par cantons relève d'une décision politique. Une possibilité serait de concevoir le facteur de correction de manière à ce qu'il favorise les cantons aux valeurs du point les plus basses.

S'il fallait trouver une solution sur la base de ces réflexions, il serait envisageable de fixer, pour chaque modification sensible (à définir) de la structure tarifaire TarMed, une nouvelle phase de neutralité des coûts de p. ex. 12+6 mois. On pourrait ainsi entreprendre des changements de structure sur une base annuelle. Par ailleurs, les données de tous les partenaires devraient également être affinées et améliorées peu à peu.

*Ce point doit être débattu en toute priorité entre organisations partenaires.*

### 6.2. Création d'une institution commune entre CAMS, FMH, H+ et CDS

L'introduction du TarMed exigeant la mise sur pied d'activités communes telles que le transfert électronique des données, l'exploitation de données, la nouvelle organisation et la restructuration du TarMed, l'ouverture parallèle d'une banque de données TarMed, etc., il conviendrait de redonner vie à une ancienne idée, celle de la création commune d'un institut de la santé sur la base d'une gestion et d'un financement communs. Cet institut permettrait d'apporter aux questions du développement futur du TarMed et du maniement du principe de la neutralité des coûts (y compris la base de données) des solutions plus simples que ce n'est le cas au sein de commissions travaillant sporadiquement et selon un système de milice.

*Ce point doit être débattu au sein des organisations partenaires.*

## 7. Démarches et étapes suivantes

Les démarches suivantes sont à prévoir:

- Débat et mise au point du présent document sur le plan technique.
- Débat concernant le présent document à l'échelle des délégations suivantes: CAMS, H+ et CDS, puis CAMS et FMH. Le plus simple serait la mise sur pied d'une réunion commune (p. ex. le 14 mars 2001).
- Mise au net des valeurs-clés lors d'une table ronde entre les partenaires que sont la FMH, H+, la CDS et le CAMS, avec un modérateur externe.
- Mise à disposition des bases légales nécessaires pour le maniement et la transposition de la neutralité des coûts.
- Assurance donnée à Mme Ruth Dreifuss, cheffe du DFI, à l'OFAS et au surveillant des prix qu'un modèle autonome de neutralité des coûts sera appliqué dans le domaine LAMal.
- Réalisation et mise au point, sur le plan technique, du modèle définitif selon les instructions de la table ronde.
- Mise au net du modèle avec Mme Ruth Dreifuss, l'OFAS et le surveillant des prix.
- Harmonisation du modèle de neutralité des coûts avec les dispositions légales sur le maniement et la mise en œuvre de la neutralité des coûts.
- Développement ultérieur des outils pour améliorer le calcul des valeurs initiales du point et application dans un échantillon de cantons.
- Edification et amélioration de la banque de données nécessaire par toutes les organisations partenaires.
- Approbation du modèle et de son approche par toutes les organisations partenaires.
- Affinage après approbation et mise sur pied des organes destinés à mettre le modèle en application.

Aarau/Berne/Soleure/Lucerne, le 17 mars 2001

# Annexe I

Tableau synoptique des points de vue des organisations partenaires: H+, CDS, FMH et CAMS

Le tableau ci-dessous montre les diverses positions des organisations partenaires que sont H+, la CDS, la FMH et le CAMS sur les diverses valeurs-clés du principe de neutralité des coûts. L'objectif est de mettre en évidence les points de vue convergents et divergents, ainsi que leurs considérants.

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
<p>1. Principes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'introduction du TarMed ne doit pas conduire à une augmentation ni à une diminution des coûts</li> </ul>	oui	oui	oui	oui; mais elle ne doit pas non plus avoir d'influence sur les primes; y compris les transferts de prestations	Les fournisseurs de prestations ne peuvent pas comprendre la relation entre coûts et primes et ne veulent pas prendre de responsabilité à cet égard!
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont mesurables les prestations brutes payées par l'assureur et apportées par des fournisseurs de prestations liées à la convention-cadre, du TarMed pour l'AOS</li> </ul>	oui	oui; hormis les rabais ambulatoires	oui	oui; y compris les rabais ambulatoires pratiqués jusqu'ici	<p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que les prestations TarMed;</li> <li>• que les prestations payées (pas celles facturées);</li> <li>• brutes, c-à-d. sans les franchises (en principe, les factures non présentées à l'assureur ne peuvent pas être saisies);</li> <li>• pas de prise en compte des dépenses administratives, mais seulement des prestations d'assurance;</li> <li>• y compris les moyens auxiliaires, en raison de la structure tarifaire;</li> <li>• délimitation par rapport aux modèles d'assurance alternatifs;</li> <li>• les prestations semi-hospitalières sont à facturer selon le même statut qu'avant (année de base);</li> <li>• l'activité de médecin agréé en ambulatoire hospitalier doit être facturée comme auparavant ou recensée de manière précise.</li> </ul>

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
<p>2. Base de référence de la neutralité des coûts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par canton ou région</li> <li>• Séparément pour les médecins en pratique privée et ceux du secteur ambulatoire hospitaliers</li> <li>• Par communauté conventionnelle</li> <li>• Relation entre valeur du point et répercussions du pilotage de la neutralité des coûts sur les sociétés de discipline médicale</li> </ul>	<p>oui</p> <p>oui; la différence à laquelle on peut s'attendre est une conséquence de la revalorisation des prestations et l'on ne saurait y toucher en tant que telle</p> <p>oui</p> <p>la valeur du point est la même pour tous les médecins d'un canton ou d'une région; des différences entre disciplines ne peuvent être prises en compte que dans le cadre de la structure tarifaire; si des problèmes existentiels devaient survenir, une révision tarifaire intermédiaire serait nécessaire (la révision tarifaire annuelle devrait cependant limiter ce risque)</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui; seulement si fixé par le canton; valeur unifiée du point par canton et par communauté conventionnelle</p> <p>la valeur du point est la même pour tous les médecins d'un canton ou d'une région; des différences entre disciplines ne peuvent être prises en compte que dans le cadre de la structure tarifaire; si des problèmes existentiels devaient survenir, une révision tarifaire intermédiaire serait nécessaire (la révision tarifaire annuelle devrait cependant limiter ce risque)</p>	<p>oui</p> <p>oui; la différence ne saurait dépasser 5% sans motivation!</p> <p>oui</p> <p>les adaptations de la valeur du point doivent se faire sans provoquer de problèmes existentiels pour une discipline</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui; aussi longtemps que le canton ne définit pas d'autres communautés conventionnelles ou ne cherche à les imposer sur le plan politique</p> <p>les assureurs ne connaissent pas la répartition des coûts entre sociétés de discipline médicale et ne peuvent donc pas assumer la responsabilité d'un changement de répartition des revenus entre celles-ci; les associations nationales doivent donc proposer aux assureurs les corrections nécessaires; au demeurant, il n'a jamais été question d'une neutralité des coûts par spécialité</p>	<p>Dans plusieurs cantons, il existe des groupes hospitaliers différents, p. ex. l'hôpital universitaire, les hôpitaux subventionnés, les hôpitaux privés; selon les données du CAMS, l'application de la neutralité des coûts en fonction de diverses communautés conventionnelles est possible. L'absence d'une structure de données et de dispositions normatives font que l'on ne sait pas dans quelle mesure l'introduction du TarMed augmentera ou diminuera les revenus des diverses sociétés de discipline; dès lors, les fournisseurs de prestations ne savent pas non plus quelles sont les modifications voulues ou non; dès lors également, le mode des adaptations est inconnu et l'on ne peut distinguer entre modifications voulues et non voulues; la neutralité des coûts est définie globalement et non en tant que garantie de revenu ou garantie des droits acquis.</p>



Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
3. Durée de la neutralité des coûts	12+6 mois	12+6 mois; au cours de ce laps de temps, aucune modification ne doit être entreprise sur la structure tarifaire	12+6 mois	36 mois; au cours desquels sont inclus: éventuel remaniement tarifaire et premières corrections; la consolidation du TarMed demande au moins 3 ans!	La question principale est de savoir combien de temps il faudra pour consolider le TarMed. En outre, il faut savoir qu'aucune correction ne peut être entreprise les 6 premiers mois, faute de données probantes. La durée de 12+6 mois résulte du fait qu'après 12 mois, il faut encore du temps pour l'analyse des données.
4. Valeurs du point	par communauté conventionnelle	par communauté conventionnelle	par communauté conventionnelle	par communauté conventionnelle	Les communautés conventionnelles englobent différents hôpitaux (p. ex. des hôpitaux subventionnés, des hôpitaux privés, etc.).
5. Calcul de la valeur initiale du point • Outil  • Valeur du point	2; les conditions à l'hôpital ne peuvent être comparées à celles du cabinet privé  fixée séparément	2; de préférence un seul outil; év. deux si accepté  la neutralité des coûts exige différentes valeurs du point; après avoir réalisé la neutralité des coûts, il faudra de toute façon viser une valeur du point unifiée pour toute la Suisse	1  en principe identique, après correction d'éventuels rabais ambulatoires	2  fixée séparément; identique si les fournisseurs de prestations peuvent s'entendre sur une même valeur du point (pondérée en fonction des volumes)	Fixée séparément pour la pratique privée et l'ambulatorio hospitalier;  du fait que l'on considère séparément les médecins en pratique privée et le secteur ambulatoire hospitalier, on obtient une neutralité des coûts séparée, un éventail de prestations séparé et, par conséquent, une valeur initiale du point différente.

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
<p>6. Système de neutralité des coûts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration d'un concept</li> </ul>	oui	oui	oui	oui	Un concept commun doit être élaboré;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Année de base</li> </ul>	valeur 12 mois avant l'introduction du TarMed; prise en compte du renchérissement	valeur 12 mois avant l'introduction du TarMed; la structure tarifaire ne doit pas être modifiée	valeur 12 mois avant l'introduction du TarMed; prise en compte, du renchérissement	1999; les effets anticipés du TarMed ne sauraient être pris en considération	on suppose qu'en raison des règles du jeu du TarMed, déjà connues en l'an 2000, une extension du volume des prestations a déjà eu lieu; si on laisse tomber l'année de référence 1999 et que le TarMed est introduit le 1 <sup>er</sup> janvier 2002, et si l'évolution des coûts par assuré continue, une intervention de régulation aura lieu qui rendra encore plus difficile une introduction du TarMed neutre en termes de coûts;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteur de correction X – principe</li> </ul>	moyenne 1996–1999 des prestations ambulatoires à l'hôpital	fait partie de la valeur du point et est soumis à une procédure d'approbation	moyenne 1996–1999 des prestations des médecins en pratique privée	de type normatif, basé sur les années 1997–1999, établi séparément pour la pratique privée et l'ambulatoire hospitalier	problème fondamental: les taux de croissance, entre 1997 et 1999 ont été très différents entre les libres praticiens (3%) et l'ambulatoire hospitalier (15%); l'année 1996 n'est guère significative, en raison de l'introduction de la LAMal;
<ul style="list-style-type: none"> <li>– quand doit-on en tenir compte?</li> </ul>	en permanence	en permanence	en permanence	uniquement lorsque la neutralité des coûts prévue est respectée	les éléments à l'origine du facteur X (nouvelles prestations obligatoires, modifications démographiques, progrès de la médecine) sont les mêmes pour toute la Suisse;

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteur de correction X: valable pour toute la Suisse?</li> </ul>	oui	fractionnement X1 exogène, donc pour toute la Suisse; objectif X2: approche progressive des valeurs du point différenciées vers une valeur du point unifiée sur le plan national	oui	oui	les corrections de la valeur initiale du point lors de la phase de neutralité des coûts sont entreprises séparément pour la pratique privée et pour l'ambulatoire hospitalier!
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egalité entre les médecins en pratique privée et ceux en ambulatoire hospitalier?</li> </ul>	prendre en compte et fixer séparément; sans relation avec le cabinet médical	égalité si les circonstances sont les mêmes; si une réadaptation doit être entreprise, elle conduit forcément à une différenciation	marge de fluctuation de +/- 2% au max.	prendre en compte et fixer séparément, sauf si les deux groupes de fournisseurs de prestations s'entendent sur une valeur moyenne pondérée	Les éventuelles différences doivent être ramenées à un dénominateur commun; les changements de structure des différents secteurs conduisent à des évolutions d'importance différente, la neutralité des coûts ne saurait empêcher les changements de structure;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte</li> </ul>	en permanence	en permanence	en permanence	seulement lorsque la neutralité des coûts a été respectée durant une année, (y compris la marge d'intervention)	lors d'une prise en compte permanente du facteur de correction X, il faut chaque mois faire la différence entre neutralité des coûts et valeur effective.

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
7. Prise en compte des transferts de prestations	la responsabilité n'en incombe pas aux fournisseurs de prestations	possible uniquement sous le régime de la gestion des soins (ce n'est que dans ces modèles que les fournisseurs de prestations peuvent en assumer la responsabilité)	la responsabilité des fournisseurs de prestations n'existe que pour les prestations fournies directement par eux (pas de responsabilité pour les prescriptions)	les transferts de prestations par le principe de neutralité des coûts sont contraires à l'objectif d'une introduction du TarMed neutre en termes de coûts et doivent dès lors être pris en compte; les assureurs veulent dès lors aussi tenir compte des coûts globaux par assuré dans l'appréciation de la neutralité des coûts, afin de pouvoir prendre en considération les changements de structure qui en résultent	Par transfert de prestations, on entend un changement de comportement du fournisseur de prestations quant au patient (transfert ambulatoire → hospitalier et ambulatoire hôpital → stationnaire ou l'inverse) et aux prescriptions (médicaments, physiothérapie, etc.); plus longue (courte) est la phase de neutralité des coûts et plus (moins) ce fait est important; pour les fournisseurs de prestations ayant jusqu'ici renoncé à fournir des données détaillées (p. ex. codes de diagnostic, etc.), il n'est statistiquement pas possible d'établir les changements d'un collectif mixte de patients et de structures.
8. Correction des valeurs du point cantonales	cette question ne peut être résolue que par une modification des bases légales de la LAMal	cette question ne peut être résolue que par une modification des bases légales de la LAMal; la procédure d'approbation dure plus longtemps qu'une correction qui s'avère nécessaire; les délais de procédure impliquent un accord quant à la manière de procéder (ce qui ne saurait être présumé)	cette question ne peut être résolue que par une modification des bases légales de la LAMal	cette question ne peut être résolue que par une modification des bases légales de la LAMal	Si des corrections de la valeur du point sont nécessaires en cours d'année, elles doivent pouvoir être mises en œuvre rapidement; le temps nécessaire aux négociations (à savoir approbation cantonale → aval du surveillant des prix → traitement des éventuels recours, etc.) rend toute modification de la valeur du point impossible à court terme!

Valeurs-clés	H+	CDS	FMH	CAMS	Remarques
<p>9. Corrections de la valeur du point en cours d'année – principe</p> <p>– corrections automatiques?</p>	<p>nécessaires au maximum une fois par mois; les modifications doivent être minimales</p> <p>pas de corrections automatiques</p>	<p>objectif: les valeurs initiales du point doivent être fixées de la manière la plus neutre possible en termes de coûts et les corrections doivent se limiter au minimum absolu</p> <p>pas de corrections automatiques</p>	<p>nécessaires au maximum une fois par mois</p> <p>pas de corrections automatiques</p>	<p>nécessaires au maximum une fois par mois</p> <p>pas de corrections automatiques; cela doit prévoir un processus de correction opérationnel</p>	<p>Le report d'une correction nécessaire de la valeur du point conduit à une correction ultérieure d'un volume plus grand et peut créer de faux incitatifs!</p> <p>Entre l'analyse des données et la correction nécessaire de la valeur du point en cours d'année, des négociations ont lieu entre les organisations partenaires.</p>
<p>10. Marge d'intervention</p>	<p>+/- 5%</p>	<p>pas de limite fixée en chiffres, fixation en fonction du canton (cas par cas)</p>	<p>+/- 5%; intervention inversement proportionnelle à la valeur initiale du point (plus celle-ci est élevée, plus la marge d'intervention est étroite); dépend de la grandeur du facteur de correction X, le cas échéant, de X1 et de X2</p>	<p>+/- 1%; est déjà de l'ordre de 60 millions de francs; en principe, il est essentiel qu'après la phase de neutralité des coûts prévue, on maintienne les dispositions en la matière</p>	<p>La définition de la marge d'intervention (évolution parallèle ou en forme d'entonnoir) doit faire l'objet d'une discussion; la question doit être éclaircie à l'aide de méthodes statistiques.</p>

## Annexe II

Etat des débats entre H+, le CAMS,  
la FMH et la CDS à la fin juin 2000  
(version livrée au Conseil fédéral fin juin 2000)

### 1. Valeurs-clés

Le concept commun de neutralité des coûts est fondé sur les *valeurs-clés* suivantes:

- Deux concepts de neutralité des coûts sont à édifier dans le domaine de la LAMal; l'un entre le CAMS et H+/CDS et l'autre entre le CAMS et la FMH. L'objectif est de réaliser entre les deux concepts la plus étroite convergence de vues possible.
- Les partenaires à la convention sont conscients du fait que seule la définition la plus exacte possible du TarMed et la possibilité d'intervenir rapidement et sans bureaucratie pour maintenir la neutralité des coûts du TarMed peuvent éviter des problèmes de liquidités tant du côté des assureurs que des fournisseurs de prestations.
- L'introduction du TarMed doit être pragmatique et ne pas subir de modifications de structures simultanées sur le plan politique.
- Le concept de neutralité des coûts se divise en un concept général, un concept de détail et un concept d'application. Le concept actuel est général, les deux autres sont en préparation et suivront.
- Le maniement du concept de neutralité des coûts fait l'objet de conventions-cadres également conclues entre le CAMS et la FMH, ainsi qu'entre le CAMS et H+/CDS.
- La neutralité des coûts vaut pour chaque canton et, au sein de celui-ci, séparément pour les médecins en pratique privée et ceux en milieu ambulatoire hospitalier.
- L'introduction du TarMed ne devrait rien changer aux coûts bruts payés par l'assureur (avant déduction de la participation de l'assuré et de la franchise) par assuré et par année dans les divers cantons.
- L'objet du pilotage du TarMed en vue d'une neutralité des coûts est constitué par les coûts bruts payés par les assureurs au cours de l'année de base (1999) selon les anciens tarifs (ou selon des parties de ceux-ci), en relation avec les prestations tarifées dans le TarMed.
- La phase de neutralité des coûts du TarMed est de 3 ans et commence au moment de l'introduction du TarMed. Elle est entreprise ensemble par les partenaires et s'accompagne d'un concept statistique commun.
- La garantie de la neutralité des coûts est soumise à un contrôle aussi bien permanent qu'à la fin de chaque année. Le contrôle permanent se fonde sur un prélèvement de données, tout au plus mensuel, concernant les coûts ambulatoires TarMed par assuré émanant du centre de récolte de données du CAMS. Lors du contrôle de fin d'année, les effets sur les coûts globaux de traitements par assuré sont contrôlés sur la base de la statistique de compensation des risques du CAMS sur une année entière. Les transferts de traitements et les changements de structure doivent être pris en compte.
- Les assureurs et les organisations des prestataires de soins établissent, sur la base du modèle commun de calcul des valeurs initiales du point, les différentes valeurs initiales et les introduisent par une convention.
- Si, au cours de la facturation des prestations avec le TarMed, la valeur effective de facturation du point tarifaire se situe au-dessus ou au-dessous de la marge d'intervention décidée en commun, les parties à la convention décident dans le délai d'un mois une nouvelle valeur du point pour la prochaine période. Concernant la valeur du point déterminante pour la facturation, c'est le moment du traitement qui prévaut. Pour ce qui est de la neutralité des coûts du TarMed, les partenaires tarifaires mettent sur pied un bureau tarifaire dont la mission est de constituer les bases de données, de suivre l'évolution des coûts et d'entreprendre les analyses nécessaires, tout particulièrement de cerner les modifications éventuelles de structure et les changements de courants par rapport aux patients.
- Les décisions de politique tarifaire portant sur la fixation de nouvelles valeurs du point sont prises lors de négociations par les délégations nommées par les organisations partenaires. Pour les modalités, les organisations partenaires font appel à un groupe de projet.
- Au moment de l'introduction du TarMed (valeur initiale du point), un angle alpha, valable pour l'année et pour toute la Suisse, est déterminé par les délégations aux négociations. Celui-ci reflète les conséquences de l'évolution médicale et démographique, ainsi que les modifications des besoins des patients. Les nouvelles prestations obligatoires approuvées par le DFI sont saisies séparément, quantifiées sur le plan des coûts et ajoutées à l'angle alpha convenu. De plus, les partenaires tarifaires autorisés débattent du renchérissement et des progrès sur le front de la productivité. Les organisations partenaires peuvent en outre prévoir d'autres objectifs communs que ceux découlant de l'angle alpha pour économiser des coûts.
- L'angle alpha est fixé chaque année en respectant le principe de neutralité des coûts, avec la valeur du point pour la période suivante, par les parties à la convention. Il n'y a pas de prise en compte rétroactive de l'angle alpha.

## 2. Introduction du TarMed selon le principe de neutralité des coûts

L'introduction du TarMed dans le respect de la neutralité des coûts s'effectue selon les *principes* suivants:

- La neutralité des coûts est au centre des préoccupations des partenaires tarifaires.
- Afin de garantir la neutralité des coûts au plan cantonal, les partenaires tarifaires du canton introduisent le TarMed lorsque tous les fournisseurs de prestations s'y déclarent prêts. En parallèle, les départements sanitaires des divers cantons annoncent au CAMS à quel moment tous les fournisseurs de prestations sont disposés à la démarche.
- Afin d'inciter à passer le plus vite possible au TarMed, l'application des règles de neutralité des coûts est instaurée dès le moment officiel de l'introduction, le 1<sup>er</sup> janvier 2001, également pour la facturation selon l'ancien tarif.
- Lors du moment de l'introduction du TarMed, il convient d'entreprendre une facturation finale selon l'ancien tarif et de commencer à facturer selon le TarMed. Le passage au TarMed doit se faire immédiatement et intégralement.
- Le TarMed doit être introduit au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2002 dans toute la Suisse.

## 3. Pilotage de la neutralité des coûts par les partenaires

Le pilotage commun de la neutralité des coûts est entrepris comme suit:

- Les partenaires tarifaires prévoient dans leur conventions-cadres que le pilotage de la neutralité des coûts s'effectue sur des bases déterminées en commun et au plus une fois par mois.
- Les partenaires à la convention s'engagent à fixer le plus exactement possible la valeur initiale du point par canton et pour les deux groupes de prestataires (pratique privée et milieu ambulatoire hospitalier). Plus la valeur initiale du point peut être déterminée avec exactitude, moins souvent seront par la suite nécessaires les corrections de la valeur du point.
- Sur la base de la banque de données convenue en commun, les partenaires tarifaires procèdent chaque mois à une comparaison des frais effectifs de traitement pour chaque point tarifaire avec la valeur du point prescrite pour la neutralité des coûts (valeur initiale du point). Les écarts par rapport aux normes de neutralité des coûts sont corrigés dans le cadre de négociations le mois suivant. Une correction peut avoir lieu vers le haut comme vers le bas.
- Les corrections destinées à préserver la neutralité des coûts doivent être entreprises, en principe, sur la base de la valeur du point donnée.
- Afin que les corrections nécessaires de la valeur du point puissent être entreprises dans la mesure du possible par rapport aux causes qu'elles génèrent et d'éviter les fausses incitations concernant

la facturation des prestations, il est prévu de rendre possible des valeurs de point différenciées selon des groupes de prestations (p. ex. prestations des médecins de premier recours, prestations spéciales, etc.).

- En parallèle, les possibilités de restrictions de prestations prévues dans le tarif devraient pouvoir être accentuées de manière ponctuelle et progressive.

## 4. Dispositions transitoires et possibilités de prolongation

Simultanément à l'introduction du TarMed, les points suivants sont à observer:

- Passage à la nouvelle liste fédérale des analyses et au nouveau tarif de physiothérapie au moment de l'introduction du TarMed.
- Introduction d'un nouveau modèle de distribution des médicaments.
- La FMH exige que les différences de valeur du point existantes entre les cantons pour les prestations médicales des médecins en pratique privée diminuent progressivement, dans un laps de temps de 5 ans, par l'intermédiaire de l'angle alpha et du nouveau modèle de distribution des médicaments. Cela signifie que les partenaires de négociations des cantons à valeur du point élevée accepteront d'abaisser progressivement leur valeur du point au profit des cantons à valeur du point plus basse. Le rapprochement des différences actuelles de la valeur du point doit se faire pour l'ensemble de la Suisse et répondre à la neutralité des coûts.
- La convergence des valeurs du point dans les cantons doit également être entreprise progressivement.
- La durée de la phase de neutralité des coûts du TarMed doit être prolongée simultanément à l'introduction progressive de l'harmonisation de la valeur du point, sur le plan intercantonal comme au sein des cantons.

## 5. Autres points à observer

Les points suivants sont à observer:

- Les principes et les règles servant au calcul des valeurs initiales du point dans le respect de la neutralité des coûts seront consignés dans les conventions-cadres des partenaires tarifaires compétents.
- Au moment de l'introduction du TarMed, les partenaires mettent à disposition les bases de données nécessaires et l'infrastructure commune pour l'introduction du TarMed selon le principe de la neutralité des coûts. De plus, ils désignent les délégations aux négociations et mettent à disposition les données et les ressources nécessaires.
- Les partenaires s'engagent à élaborer et à donner leur aval aux outils de mise en application et aux concepts de détails d'ici à la fin 2000 au plus tard.

Aarau/Berne/Soleure/Lucerne, fin juin 2000

# Convention concernant la stabilisation des coûts par cas TarMed

entre les assureurs selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, représentés par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM),

l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM),

l'Assurance-invalidité, représentée par l'Office fédéral des assurances sociales

et la Fédération des médecins suisses (FMH)

Version 1.0

## Résumé

**1. Fondements de la stabilisation des coûts par cas**  
Lors de l'élaboration du TarMed, il s'agissait, d'une part, de restructurer le catalogue des prestations et, d'autre part, de réévaluer les prestations médicales et techniques. Une adaptation tarifaire visant à maintenir la stabilité des coûts par cas doit également tenir compte de ces objectifs.

### 1.1 Objectifs

La stabilisation des coûts par cas doit permettre d'éviter que les coûts générés par le TarMed ne varient fortement par rapport aux coûts existant avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif.

Elle doit écarter tout risque d'une augmentation massive des coûts (chez les assureurs) et d'une baisse de revenu disproportionnée (chez les fournisseurs de prestations).

### 1.2 Objet et niveaux

La stabilisation des coûts par cas porte sur les factures remboursées établies pour des prestations figurant dans le TarMed et fournies par des cabinets médicaux ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux dans le domaine AA/AM/AI.

Elle doit être réalisée et contrôlée séparément, mais selon les mêmes critères, pour les trois secteurs de coûts suivants: «global» (cabinet médical et ambulatoire hôpital), «cabinet médical» (autrement dit, les médecins en pratique privée) et «ambulatoire hôpital».

L'évolution d'autres secteurs de coûts des soins de santé (stationnaire hôpital, physiothérapie, etc.) fera l'objet d'une analyse supplémentaire.

### 1.3 Principes de base et conditions-cadres

La stabilisation des coûts par cas porte à la fois sur l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité.

Elle doit être réalisée et contrôlée sur la base des statistiques des assureurs et des fournisseurs de prestations concernant les prestations indemnisées.

### 1.4 Coordination avec l'assurance-maladie

La surveillance de la structure tarifaire unifiée prévue par la loi exige, en rapport avec l'adaptation structurelle du tarif (adaptations de la valeur du point tarifaire), une coordination avec l'assurance-maladie.

## 2. Mise en œuvre de la stabilisation des coûts par cas

### 2.1 Coûts par cas mensuels moyens

La stabilisation des coûts par cas se fonde sur les coûts par cas mensuels moyens (moyenne par série de 12 mois).

### 2.2 Marge de tolérance des coûts par cas

La stabilité des coûts par cas est obtenue en fixant une marge de tolérance des coûts par cas (niveau, limite supérieure et inférieure de l'évolution des coûts).

Pour déterminer le niveau de la «marge de tolérance des coûts par cas», on se base sur la moyenne pondérée des coûts par cas pour chacun des 13 derniers mois, calculée sur la base des 12 mois précédents.

La marge doit être déterminée de manière normative sur la base de la dispersion des valeurs des 36 derniers mois. La marge de tolérance ainsi constituée représente la zone de stabilité des coûts.

### 2.3 Ecart par rapport à la stabilité des coûts

Le moment de l'adaptation tarifaire en raison d'un écart est également déterminé par la moyenne par série de mois. Le degré d'adaptation tarifaire se calcule sur la base de la différence entre la valeur mensuelle effective des coûts et la valeur du niveau (ou valeur médiane de la marge).

## 3. Adaptation de la valeur du point tarifaire

### 3.1 Principes de base

Les corrections de la valeur du point tarifaire et les variations de coûts qui les rendent nécessaires sont confirmées par les partenaires à la convention.

On procède d'abord à une adaptation de la valeur du point pour tous les fournisseurs de prestations.

Les écarts globaux par rapport à la stabilité des coûts sont corrigés par une adaptation de la valeur du point.

### 3.2 Commission d'évaluation (CE)

Tâches, composition.

### 3.3 Correction de la valeur du point tarifaire

Correction sans identification de responsables éventuels.

### 3.4 Correction de la structure tarifaire

Correction par rapport à un groupe précis de prestations ou de fournisseurs de prestations.



#### 4. Rapport mensuel

##### 4.1 Information de base

##### 4.2 Tableaux et graphiques

##### 4.3 Exemple

### 1. Fondements de la stabilisation des coûts par cas

#### 1.1 Objectifs

L'expression «stabilisation des coûts par cas» implique que les coûts des prestations fournies par les cabinets médicaux et les hôpitaux ne doivent pas subir de variation majeure du fait de l'introduction du nouveau tarif.

- La stabilité des coûts par cas a pour objet d'éviter
- que les assureurs n'aient à supporter des risques inconsidérés sous la forme d'une augmentation des coûts à la suite du changement de tarif;
  - que les fournisseurs de prestations ou une partie d'entre eux ne soient confrontés, durant la phase transitoire, à une baisse de revenu inacceptable et, dans le pire des cas, à un manque de liquidités;
  - que les dépenses des assureurs n'engendrent une augmentation inacceptable des primes ou une baisse de la qualité;
  - que l'économie et la société n'aient en dernier lieu à supporter des charges inacceptables dues au changement de tarif.

La stabilisation des coûts par cas doit apporter une certaine sécurité lors de l'application du nouveau tarif et permettre aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de procéder à des planifications d'entreprise durant la phase transitoire.

Elle ne signifie toutefois pas qu'il n'y aura ni modifications ni gagnants ni perdants lors du changement de tarif. Autrement dit, elle ne doit pas rendre caduque la révision du tarif ni les corrections souhaitées.

La stabilisation des coûts par cas doit, en outre, permettre de procéder à des adaptations structurelles en accord avec les objectifs de la révision tarifaire, étant donné que les effets du nouveau tarif ne peuvent être entièrement prévus avant son introduction. (statistique des fréquences).

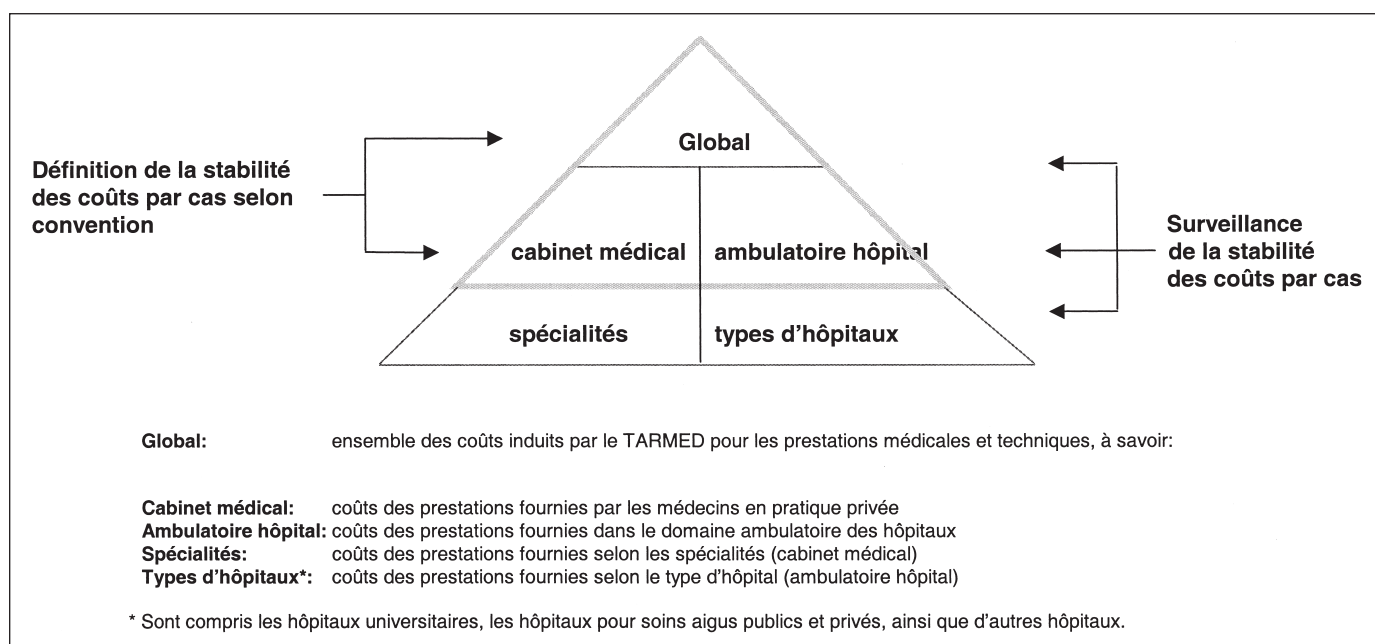
#### 1.2 Objet et niveaux

Toutes les prestations réglées par la structure tarifaire TarMed (nomenclature) sont incluses dans la stabilisation des coûts par cas.

Celle-ci n'est ainsi fixée que sur la base du volume des prestations du TarMed, c'est-à-dire sur la base des frais de soins pris en charge par les assureurs. Seules les factures payées par les assureurs peuvent être prises en compte dans la stabilisation des coûts par cas, car seules celles-ci indiquent le flux net des liquidités à la base du calcul correct des primes. Par conséquent, les montants des factures retournées ou contestées n'entre pas en ligne de compte dans les considérations sur la stabilisation des coûts.

Figure 1

Niveaux de stabilisation et de surveillance des coûts par cas selon convention.



En outre, bien qu'ils ne soient pas véritablement concernés par la stabilisation des coûts par cas, il convient également de prendre en considération les coûts de soins de santé déterminés par d'autres structures tarifaires (médicaments, prestations de laboratoire et physiothérapie). Cette évaluation complémentaire doit permettre de voir si certains coûts sont transférés dans d'autres domaines tarifaires. Le transfert des coûts du domaine hospitalier au domaine ambulatoire est également pris en compte.

Les valeurs de référence centrales pour la stabilisation souhaitée sont les coûts par cas mensuels moyens engendrés par les prestations du TarMed. On entend par là, la moyenne mensuelle des coûts par cas (cf. point 2.1).

La stabilisation des coûts par cas peut être déterminée et représentée sur plusieurs niveaux pour plusieurs secteurs de coûts (fig. 1). Sont déterminants les niveaux 1 et 2, autrement dit, les secteurs de coûts suivants:

- l'ensemble des prestations réglées par le TarMed (= global) et fournies par les médecins en pratique privée et dans le domaine ambulatoire hospitalier,
- les prestations fournies par les médecins en pratique privée (= cabinet médical),
- les prestations fournies dans le domaine ambulatoire hospitalier (= hôpital ambulatoire)<sup>1</sup>.

Pour ces secteurs, la stabilisation sur la base des coûts par cas mensuels moyens doit se faire séparément et de manière contraignante.

En outre, l'évolution des coûts doit également faire l'objet d'une surveillance au niveau des spécialités et des types d'hôpitaux.

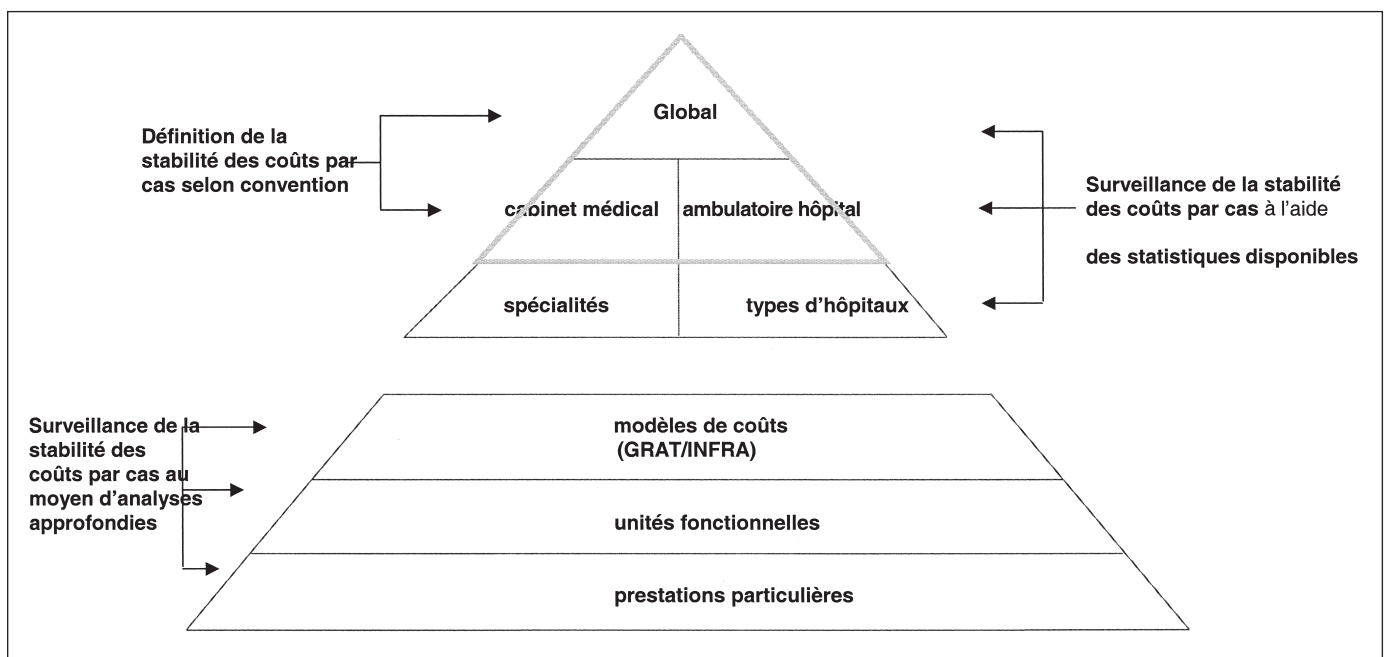
Par conséquent:

- la stabilisation des coûts par cas, tant sur le plan global que des cabinets médicaux ou du domaine hospitalier ambulatoire, implique qu'il faut reconnaître la nécessité d'agir; c'est-à-dire la nécessité de procéder immédiatement à des adaptations tarifaires lors d'un écart;
- la surveillance complémentaire de l'évolution des coûts en fonction des spécialités et des types d'hôpitaux permet une plus grande marge de manœuvre; en d'autres termes, une adaptation sélective de la structure tarifaire peut être entreprise d'entente avec les partenaires à la convention.

Outre les trois niveaux de stabilisation des coûts susmentionnés, on dénombre encore trois autres niveaux (modèles de coûts GRAT, modèles de coûts des unités fonctionnelles INFRA, prestations particulières), qui ne peuvent pas être recensés à l'aide des méthodes statistiques disponibles aujourd'hui. Par conséquent, on ne peut pas encore procéder à un contrôle de routine institutionnalisé (fig. 2). Ces niveaux n'auront d'importance que lors d'une adaptation tarifaire via le nombre de points tarifaires; autrement dit, ils sont déterminants lors d'une intervention sur la structure tarifaire et exigent une analyse approfondie du système tarifaire (cf. fig. 2).

<sup>1</sup> L'activité en tant que médecin agréé figure, selon le mode de facturation, soit dans le secteur de coûts «cabinet médical», soit dans celui «ambulatoire hôpital». On part du principe que le mode de facturation ne subira pas de changements majeurs.

**Figure 2**  
 Niveaux de stabilisation des coûts par cas et structure profonde statistique et analytique.



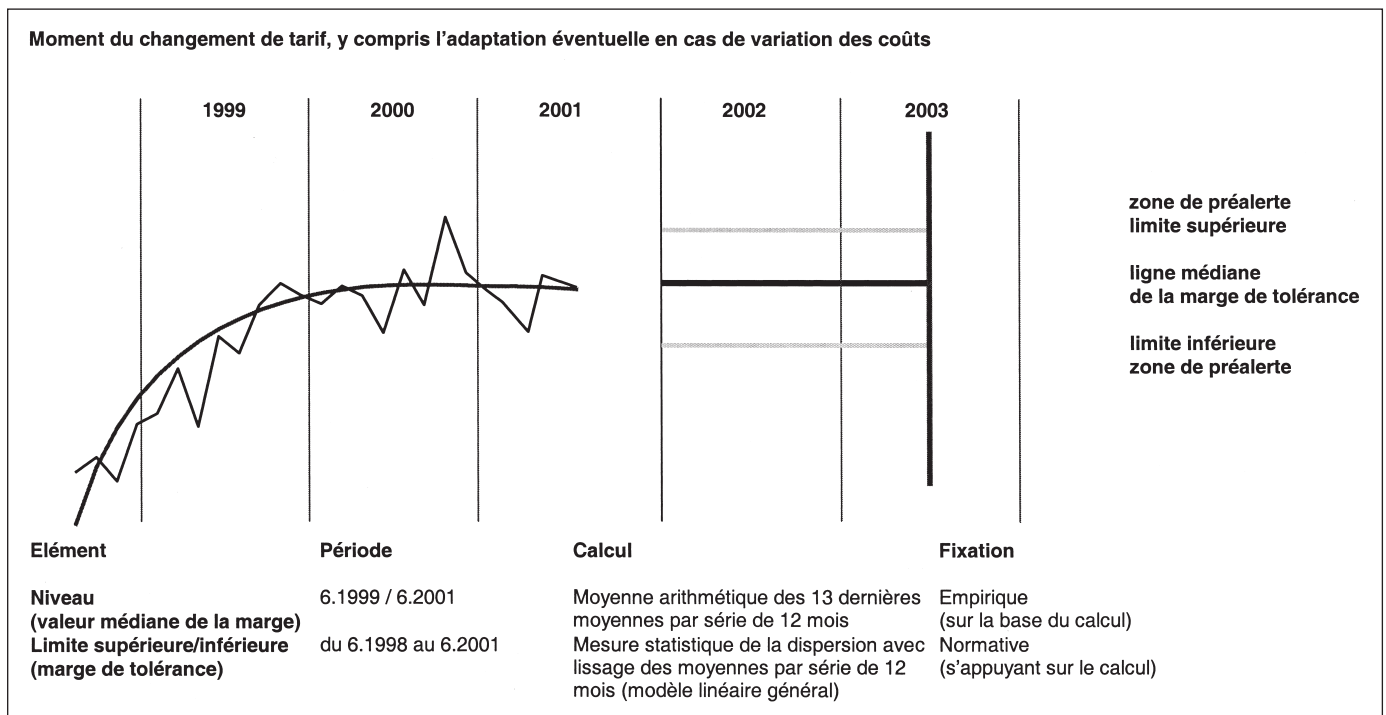
- 1.3 Principes de base et conditions-cadres**  
 Principes de base et conditions-cadres présidant à la stabilisation des coûts par cas:
- Il convient de tenir compte des domaines de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte, il s'agit:
    - d'établir des conclusions pour l'ensemble du domaine de l'assurance-accidents sur la base des données fournies par la SUVA/CNA;
    - de récolter séparément les données de l'assurance militaire en établissant toutefois des conclusions par comparaison avec celles de l'assurance-accidents;
    - de traiter de manière autonome le domaine de l'assurance-invalidité; de procéder à une éventuelle correction tarifaire en coordination avec l'assurance-accidents et l'assurance militaire.
  - Les données fournies par la FMH sont également importantes pour ces trois domaines.
  - Sont concernées, les prestations facturées selon le TarMed en comparaison avec l'ancien tarif médical AA/AM/AI et remboursées par les assureurs.
  - Les coûts par cas mensuels moyens doivent conserver une certaine stabilité à l'intérieur d'une marge de tolérance (cf. fig. 3 et point 2.2).
  - La durée d'observation est de 18 mois à partir de la date d'introduction du TarMed; autrement dit, 6 mois pour la phase de changement de tarif et pour l'établissement des factures et 12 mois pour la gestion effective de la stabilité des coûts par cas.

- L'adaptation éventuellement nécessaire de la valeur du point tarifaire se fait sur une base mensuelle.
- Les coûts par cas mensuels moyens des années n-1 à n-3 sont déterminants (n = 2002 est l'année de référence pour établir les critères de stabilité).
- Les interventions tarifaires peuvent avoir lieu de manière différenciée. Il s'agit principalement d'inciter les fournisseurs de prestations responsables d'écart par rapport à la stabilité des coûts à retrouver un comportement approprié et de modifier, voire supprimer les positions tarifaires donnant lieu à une surexploitation tarifaire ou générant des coûts importants.

- 1.4 Coordination avec l'assurance-maladie**  
 Les éléments communs aux assurances fédérales et à l'assurance-maladie se limitent
- aux objectifs;
  - au maintien d'une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse.

- Doivent être définis de manière spécifique à chaque branche d'assurance:
- la marche à suivre et les éléments de référence concrets servant à établir la marge de tolérance (années de référence, niveau, etc.);
  - les durées d'observation inférieures à un an;
  - l'adaptation de la valeur du point tarifaire (objet, montant, date).

**Figure 3**  
 Représentation graphique de la marge de tolérance des coûts par cas.



## 2. Mise en œuvre de la stabilisation des coûts par cas

### 2.1 Coûts par cas mensuels moyens

Ces coûts représentent la valeur de référence centrale pour le contrôle et la garantie de la stabilité des coûts dans les secteurs déterminants (cf. point 1.3). Parallèlement, une mise à jour des statistiques selon les prestations du TarMed est nécessaire. En d'autres termes, les médicaments et la physiothérapie (entre autres) n'entrent pas en ligne de compte dans l'observation des coûts. Les coûts par cas mensuels correspondent à la somme des factures indemnisées au cours d'un mois civil pour un cas. Par cas, on entend un numéro d'accident et les remboursements de frais de soins s'y rapportant. Il est donc possible que durant des périodes d'observation de plus d'un mois, le cas soit mentionné plusieurs fois (cas actif durant plusieurs mois).

Une augmentation du nombre de factures des fournisseurs de prestations (répartition sur plusieurs mois) peut théoriquement mener à une augmentation du nombre de cas par mois et donc à une baisse des coûts mensuels moyens par cas. Il est donc nécessaire de surveiller une possible augmentation du nombre de factures et donc de cas, notamment en comparant le nombre de cas par mois (un même cas pouvant être compté plusieurs fois) avec le nombre total de cas par année. On peut ainsi constater toute modification éventuelle du nombre de factures. Par expérience, on sait que le facteur «factures par cas traité» est d'environ 1,4.

### 2.2 Marge de tolérance des coûts par cas

On peut représenter les objectifs de la stabilisation des coûts par cas par une marge de tolérance (fig. 3).

Cette marge de tolérance fixe la limite (supérieure ou inférieure) à ne pas dépasser. Si des écarts (dépassements) sont répertoriés, une adaptation du tarif s'impose.

Il s'agit notamment de fixer:

- la durée d'observation (18 mois à partir de l'entrée en vigueur du tarif);
- le milieu de la marge (= niveau au 1<sup>er</sup> juillet 2001);
- la marge elle-même (autour de la valeur médiane).

Cette marge doit prendre globalement en compte la tolérance économique et socio-politique, ainsi que les imprécisions statistiques inévitables.

Comme année de base pour le calcul de la valeur médiane de la marge, on prend la période allant de juin 1999 à juin 2001. Pour le calcul de la marge elle-même, on se base sur la période allant de juin 1998 à juin 2001.<sup>2</sup>

La valeur médiane de la marge correspond à la moyenne pondérée des coûts par cas calculée à partir des 13 dernières moyennes par série de 12 mois où la dernière moyenne (de janvier à décembre 2000) reçoit le coefficient 13 et la première (de janvier à décembre 1999) la valeur 1.

## 2.3 Ecart par rapport à la stabilité des coûts par cas

### 2.3.1 Principe de base

Une évolution des coûts en dehors de la marge définie viole en principe le postulat de la stabilisation des coûts. Dans un tel cas, il s'agit en premier lieu d'analyser l'évolution des coûts dans son ensemble (tous les fournisseurs de prestations), ainsi que séparément selon le secteur cabinets médicaux (y compris les médecins hospitaliers qui établissent des factures au moyen de leur propre code créancier/numéro EAN) et le secteur ambulatoire hospitalier. Lorsqu'il y a écart par rapport au niveau de stabilité, la valeur du point tarifaire est adaptée.

Pour effectuer une évaluation plus détaillée, il faut prendre en compte les 3 situations présentant des écarts par rapport à la stabilité des coûts par cas:

- l'écart ne peut être attribué à aucun groupe de fournisseurs de prestations ni à une prestation particulière ou à un groupe de prestations;
- l'écart est dû au comportement d'un groupe de fournisseurs de prestations;
- l'écart est en rapport avec une prestation ou un groupe de prestations, mais sans qu'on puisse l'attribuer à un groupe de fournisseurs de prestations particulier.

### 2.3.2 Correction de la valeur du point tarifaire

Il y a écart par rapport à la stabilité des coûts par cas lorsque les coûts effectifs sur la base du nouveau tarif TarMed s'éloignent de la valeur médiane de la marge, laquelle a été fixée en fonction de l'évolution des coûts selon l'ancien tarif. L'écart est la distance effective par rapport à la valeur médiane de la marge

<sup>2</sup> Le modèle consiste en la formule suivante:  $KN = c + a \cdot t + b \cdot t^{1/2}$ .

t représente le temps ou, plus précisément, le numéro de la série temporelle. La racine permet de tenir compte de la tendance modératrice des secteurs de coûts global, cabinet médical et ambulatoire hôpital.

La valeur médiane de la marge est le résultat d'un calcul, alors que la marge doit encore être définie en tant que mesure statistique de  $2\sigma$  (écart-type) des variations résiduelles sur la base de la disposition paramétrée d'un modèle linéaire général, selon la méthode de minimisation de la variance.

Du 1<sup>er</sup> au 12<sup>e</sup> mois, la marge de tolérance est établie de manière linéaire de b(1) à b(12). Le processus esquissé doit garantir que durant le processus de fluctuation, il ne faille pas intervenir inutilement.

Etendue de la marge de tolérance au cours du 1<sup>er</sup> mois:

b(1) = b x 1.2 (plus ou moins 10%).

Etendue de la marge de tolérance au cours du 12<sup>e</sup> mois:

b(12) = b(13) = b.

Ce modèle atténue l'effet des valeurs extrêmes. Il permet d'éviter que les corrections ne se basent sur des valeurs aberrantes ou soient effectuées trop tôt.

à un moment  $t$ . Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille déjà procéder à une adaptation du tarif. En revanche, le tarif doit être adapté si la limite supérieure ou inférieure de la marge est dépassée.

Pour la représentation et l'évaluation des écarts de même que pour l'établissement des conclusions, on procède de la manière suivante:

- utilisation de la méthode des moyennes par série de 12 mois;
- l'évaluation des adaptations tarifaires à effectuer ne se fait pas sur la base des moyennes par séries de 12 mois, mais sur la base de la valeur effective des coûts par cas mensuels;
- l'écart indique la mesure de l'adaptation de la valeur du point tarifaire sous la forme d'un facteur de correction. (On renonce à compenser les anciens écarts effectifs, étant donné que l'on part du principe que les variations s'équilibrent avec le temps).

### 2.3.3 Algorithme de correction

Après l'introduction du tarif, l'évolution des coûts sera surveillée et un rapport sera établi tous les mois (cf. annexe I). Si le mois  $x$ , on constate un écart par rapport au niveau de stabilité, alors l'adaptation du point tarifaire sera en principe effectuée simultanément pour les domaines AA/AM/AI au cours du mois  $X+3$ . La valeur du point tarifaire ainsi calculée sera arrondie au centime près.

## 3. Adaptation de la valeur du point et de la structure tarifaire

### 3.1 Principes de base

Les écarts par rapport au niveau de stabilité des coûts par cas ne sont pas automatiquement corrigés.

### 3.2 Commission d'évaluation (CE)

#### 3.2.1 Tâches

La CE analyse les résultats conformément au rapport mensuel et décide des mesures de corrections qui s'imposent à l'intention des partenaires à la convention.

#### 3.2.2 Composition

La CE se compose de 3 représentants de la FMH et 3 autres représentants de la CTM/AM/AI. Elle s'organise elle-même et siège si possible en même temps que les représentants de H+/CTM/AM/AI.

La commission siège au moins une fois par mois.

### 3.3 Corrections de la valeur du point tarifaire

L'analyse mensuelle des données implique une adaptation globale ne se limitant pas à un groupe de prestations ou de fournisseurs de prestations spécifique. Dans ce cas, les corrections sont effectuées par le biais de la valeur du point tarifaire.

### 3.4 Correction de la structure tarifaire

L'analyse mensuelle des données montre que la variation des coûts par cas se rapporte à un groupe précis de prestations ou de fournisseurs de prestations.

Les corrections nécessaires sont alors effectuées par le biais d'une augmentation ou d'une diminution du nombre de points tarifaires pour le groupe concerné.

Les modifications résultant de la valeur relative des prestations concernées sont documentées dans un index.

### 3.5 Approbation des mesures de correction

Les corrections nécessaires de la valeur du point tarifaire ou de parties de la structure tarifaire sont soumises tous les mois aux parties à la convention pour approbation. Si l'une des parties concernées ne donne pas son aval, la dénonciation selon l'article 18, 4<sup>e</sup> al., de la convention du ... demeure réservée.

## 4. Rapport mensuel

Tous les mois, les parties à la convention se remettent chacune un rapport standard sur la stabilité des coûts par cas. Les rapports peuvent être établis déjà avant l'entrée en vigueur du tarif dans le but de se familiariser avec les énoncés.

Les rapports mensuels du Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM) contiennent des informations de base, des représentations des coûts sous forme de graphiques ou de tableaux, le commentaire du mois et l'analyse d'induction selon le concept. Si les résultats nécessitent des analyses complémentaires au niveau 3, celles-ci se fondent sur la statistique des soins de santé globaux ou sur la statistique structurelle.

Afin de faciliter la lecture sur l'évolution par rapport au niveau de stabilité des coûts par cas, les données sont reportées sur une échelle relative. Par niveau «0» (zéro), on entend le niveau de stabilité, par «-1», la limite inférieure de la marge de tolérance (niveau NC moins  $2\sigma$  des valeurs résiduelles de la courbe idéalisée) et par «+1», la limite supérieure de la marge de tolérance (niveau NC plus  $2\sigma$ ).

Les partenaires à la convention se communiquent mutuellement les données.

### 4.1 Information de base

- Données concernant le volume des coûts en pourcentage, le nombre de cas par cantons et le nombre de médecins et d'hôpitaux; éventuellement selon la spécialité.
- Explications d'ordre général, définitions de termes.
- Explications quant aux types et aux groupes de constellation.
- N° de rapport, p. ex: n° 1/04.2002.
- Par secteur de coûts: indication du niveau de stabilité des coûts par cas et de la marge de tolérance.
- Historique: liste des mois où des écarts par rapport au niveau de stabilité ont été observés et indication du type de correction et de la date d'entrée en vigueur.

#### 4.2 Tableaux et graphiques

Représentation, sous forme de tableau, du nombre de cas, des frais de soins et des coûts par cas des 12 derniers mois, ainsi que des valeurs moyennes par série de 12 mois pour chaque secteur de coûts (global, cabinet médical, hôpital ambulatoire). La liste des valeurs absolues figure en annexe.

Représentation graphique (série temporelle) par secteur des moyennes des coûts par cas des 12 derniers mois en tenant compte du niveau de stabilité des coûts et de la marge de tolérance. Utilisation d'une échelle relative. Mise en évidence claire si le mois faisant l'objet du rapport se trouve en dehors de la marge de tolérance et visualisation des valeurs mises à jour au moyen des facteurs de correction.

#### 4.3 Exemple

Admettons que le rapport mensuel X montre un écart dans la stabilisation des coûts par cas. On adaptera et mettra en évidence, dès le mois X, le facteur de correction k nécessaire à l'adaptation tarifaire, dans la statistique des moyennes de coûts par cas par série de 12 mois de manière à éviter les mesures inadaptées et répétitives. La raison en est le retard entre le fait de reconnaître qu'une adaptation tarifaire est nécessaire et l'introduction de cette dernière. Le facteur k est donc pondéré comme suit:

Pour les mois précédant l'entrée en vigueur de l'adaptation du point tarifaire (mois X, X + 1 et X + 2), k reçoit le coefficient de 1. Pour les 2 mois suivants, la valeur de k est abaissée progressivement de manière non-linéaire jusqu'à obtention d'un coefficient de 0.8 pour X + 3 et de 0.2 pour X + 4. A partir du mois X + 5, les valeurs mensuelles ne sont plus corrigées (coefficient 0). Pour lesdits coefficients, on part du principe qu'avant l'entrée en vigueur du tarif, toutes les factures ont été établies selon l'ancienne valeur du point tarifaire. Au cours du premier mois

(X + 3) après l'adaptation de la valeur du point, environ 80% des factures seront encore établies sur la base de l'ancienne valeur du point, au mois X + 4 seules 20% le seront et ce n'est qu'au mois X + 5 que toutes les factures seront établies selon la nouvelle valeur du point. Il en résulte que, dans les calculs, l'adaptation de la valeur du point tarifaire a un effet jusqu'au mois X + 15, étant donné qu'elle englobe les moyennes par série des mois X + 4 à X + 15.

S'il y a superposition de plusieurs corrections en même temps, celles-ci sont traitées indépendamment l'une de l'autre. Il en résulte que les facteurs de correction et leurs coefficients de pondération se multiplient en conséquence.

#### 5. Entrée en vigueur / dénonciation

La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

La procédure de dénonciation est réglée par l'article 18, 4<sup>e</sup> al., de la convention tarifaire du ...

Lucerne / Berne, ... 2001

##### Fédération des médecins suisses (FMH)

Le président: Hans Heinrich Brunner

Le secrétaire général: F.-X. Deschenaux

##### Commission des tarifs médicaux LAA (CTM)

Le président: Willi Morger

##### Office fédéral des assurances sociales

Division de l'assurance-invalidité

La vice-directrice: Beatrice Breitenmoser

##### Office fédéral de l'assurance militaire

Le vice-directeur: K. Stampfli