

Monitorage

Annexe D de la convention tarifaire

Valable dès le: 1^{er} janvier 2026

Préambule

- ¹ La présente annexe régit au sens de la partie IX de la convention relative à la structure tarifaire, la nomination d'un groupe d'experts monitorage ainsi que le monitorage à durée indéterminée des coûts de prestations:
- du tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (annexe B, chiffre 6.1);
 - du tarif médical ambulatoire à la prestation (annexe B, chiffre 6.2).
- ² Le monitorage ne porte que sur les prestations à la charge des assurances-accidents selon la LAA ainsi que de l'assurance militaire selon la LAM et l'assurance-invalidité selon la LAI.

1. Groupe d'experts monitorage

1.1. Nomination du groupe d'experts monitorage

- ¹ Les parties contractantes nomment, dans un délai convenable après la signature de la présente convention tarifaire, un groupe d'experts monitorage. Les directives sont énoncées de manière contraignante dans l'annexe J du «Règlement du groupe d'experts monitorage».
- ² Le groupe d'experts monitorage doit prendre en compte autant les intérêts des fournisseurs de prestations que ceux des assureurs. Les répondants des coûts et les fournisseurs de prestations sont représentés de manière paritaire dans le groupe d'experts monitorage.

1.2. Tâches

- ¹ Le groupe d'experts monitorage assume exclusivement les tâches et compétences suivantes - y compris d'autres tâches susceptibles de s'ajouter selon les besoins:
- a. Surveillance continue des évolutions tarifaires dans le domaine de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité.
 - b. Analyse des données pertinentes (coûts totaux et nombre total de cas), y compris consultation du calcul des frais de traitement moyens par trimestre et par an.
 - c. Calcul des frais de traitement moyens par trimestre et par cas, et détermination des valeurs de référence.
 - d. Responsabilité du calcul du facteur de correction; garantie de la traçabilité et de la transparence des évaluations.
 - e. Recherche d'un consensus et définition de paramètres uniformes pour l'application du facteur de correction au sein du groupe; aucune compétence décisionnelle.
 - f. Élaboration de bases de décision en vue de leur transmission aux organes décisionnels du partenaire tarifaire.
 - g. Possibilité de compléter les paramètres de mesure pour les prestations médicales ambulatoires (selon le chiffre 4.4) et la liste des critères de différenciation (chiffre 4.3) dans le champ d'application du TARDOC et des forfaits ambulatoires.
 - h. Compétence pour la mise en œuvre du facteur externe approuvé par l'organe décisionnel (annexe J, paragraphe 4).
 - i. Autorisation de faire appel à des personnes externes pour exécuter les tâches.
 - j. Accompagnement des personnes externes et mise à disposition d'un interlocuteur pour les questions techniques.

- ² Les nouvelles connaissances sont prises en compte dans les calculs et les mesures. Les connaissances de la LAMal ne doivent pas automatiquement être transposées en mesures pour les répondants des coûts. Les parties contractantes examinent les nouvelles connaissances ainsi que les conclusions tirées de la LAMal et les prennent en compte si nécessaire.

2. Données

- ¹ La source pour collecter les données liées aux coûts des cas est le cockpit SCTM.
- ² Les évaluations du cockpit SCTM sont transmises aux partenaires tarifaires sous forme électronique et structurée (conformément aux évaluations ci-jointes du 21.5 et 7.7.2025). Les évaluations requises à ce titre doivent être conçues de manière à ce que les décisions concernant les corrections puissent être vérifiées de manière autonome et compréhensible. Dès que SpiGes met à disposition les données nécessaires, la source des données sera étendue à SpiGes (premières données prévues pour 2026).

3. Définitions statistiques

3.1. Unité statistique

- ¹ Un cas relevant de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité fait figure d'unité statistique.

3.2. Population

- ¹ La population se compose de tous les assurés selon la LAA, la LAM et la LAI.

3.3. Périodes de référence

La période de référence pour l'analyse représente les différents trimestres de l'année de référence 2025.

Les coûts des années suivantes seront comparés chaque année aux coûts de l'année de référence 2025.

3.4. Référence temps

- ¹ Le monitorage se réfère à la date de la fourniture de la prestation.

3.5. Durée et périodicité

- ¹ Le monitorage est réalisé à compter de l'année civile 2026.

- ² Le monitorage est réalisé pour une durée indéterminée.

- ³ Le monitorage est réalisé pour chaque période de référence.

3.6. Échantillon

- ¹ Le cockpit SCTM contient au moins 90 % des données de l'assurance-accidents, 100 % des données de l'assurance militaire et 100 % des données de l'assurance-invalidité (état 2025).
- ² L'objectif est d'atteindre une couverture à 100 % des données relatives aux prestations dans le cockpit SCTM également pour l'assurance-accidents. Une couverture proche de 100 % sera disponible fin 2025.

4. Paramètres de mesure

4.1. Différenciation des paramètres de mesure

- Tous les paramètres de mesure figurant au chiffre 4.2 sont présentés comme suit:
- séparément pour le secteur ambulatoire des cabinets et le secteur ambulatoire hospitalier;
- séparément pour l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité; différenciés au niveau national;
- avec la prise en compte d'éventuelles modifications des conditions-cadres (p. ex. nouvelles prestations, passage du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, nouvelles exigences légales liées à la pandémie);
- avec et sans prise en compte du facteur externe selon l'annexe E.

4.2. Paramètre de mesure: coûts moyens par cas et par trimestre

- ¹ Le calcul se fonde sur les frais de traitement moyens sur trois mois (= frais de traitement par trimestre). Il convient de distinguer l'aperçu sur un trimestre et l'aperçu étendu à quatre trimestres.
- ² Les factures pour lesquelles le TARDOC (007) et/ou les forfaits ambulatoires (005) ont été appliqués, doivent être prises en compte. Les valeurs de l'année 2025 du TARMED (001) sont utilisées comme base de comparaison dans le monitorage (TARDOC). À noter que certains chiffres tarifaires du TARMED, les médicaments, le matériel, les implants ainsi que les frais de pathologie ou de laboratoire ont été intégrés dans les forfaits ambulatoires.
- ³ La somme des frais de traitement par trimestre est divisée par le nombre de cas par trimestre. Le trimestre est déterminé sur la base de la date à laquelle les prestations ont été fournies.
- ⁴ Compte tenu de certains retards dans la facturation et le traitement des factures, l'évaluation du monitorage est reportée aussi longtemps que la couverture de l'évaluation trimestrielle selon la source de données n'atteint pas au moins 90 % du volume de factures. L'évaluation se fonde sur le volume de factures de l'année précédente. Le trimestre est analysé dès que le volume de factures qui correspondait l'année précédente à 90 % du volume total est atteint. Selon les expériences accumulées, ce niveau est atteint dans un délai de trois à six mois. Un retard similaire dans le traitement des factures, y compris des données correspondantes, est à prévoir. Pour confirmer cette hypothèse, il sera procédé durant la phase d'introduction, en outre à la comparaison du nombre de factures et de cas transmis par trimestre avec celui du même trimestre de l'année précédente. Si des écarts importants sont constatés après ce contrôle, le trimestre n'est pas encore retenu pour l'évaluation.

- ⁴ La limite supérieure de +1,5 % et la limite inférieure de -1,0 % établies dans l'annexe E se réfèrent à l'évolution annuelle des frais de traitement moyen par cas. Étant donné que les coûts par cas sont évalués sur une base trimestrielle, il convient d'examiner les écarts sur quatre trimestres consécutifs.

4.2.1. Valeurs de référence

- ¹ 4-Moyennes trimestrielles avant l'introduction du tarif (année 2025) = valeur indicelle 100 %
- ² Limite supérieure et inférieure selon l'annexe E, paragraphes 2.1 et 2.2.

4.2.2. Procédure

- ¹ Après l'introduction du système tarifaire global, les évaluations trimestrielles des frais de traitement moyens par cas seront établies chaque mois et transmises au «groupe d'experts monitorage» pour information.
- ² L'évaluation permettant de déterminer si les coûts se situent ou non dans la fourchette de la limite inférieure et supérieure des valeurs indicielles (annexe E, paragraphe 2) a lieu dès que:
i. le nombre de factures et de cas transmis par trimestre correspond aux valeurs précédentes et
ii. une couverture d'au moins 90 % des cas est atteinte.
- ³ Si les coûts de traitement par cas devaient être inférieurs ou dépasser pendant deux trimestres consécutifs la valeur indicelle définie de la limite inférieure et supérieure, le groupe d'experts monitorage procède à une évaluation et une analyse de l'évolution des coûts et propose des mesures visant à inverser la tendance, à l'attention des organes décisionnels des partenaires tarifaires.
- ⁴ Les mesures doivent avoir pour objectif de ramener les coûts aux limites supérieures et inférieures de la fourchette. Les organes décisionnels se prononcent sur les mesures proposées. Une adaptation du facteur externe (FE) est possible au début d'une année civile, et si nécessaire, également au début d'un trimestre. Si les coûts par cas ne se situent pas dans cette fourchette, des mesures doivent être prises selon l'annexe E, paragraphe 6 (correction via le FE). Après un dépassement des valeurs indicielles ou si elles n'ont pas été atteintes, le groupe d'experts monitorage doit proposer des mesures dans un délai de trois mois et les soumettre aux organes décisionnels pour une approbation.
- ⁵ L'annexe E avec les fourchettes de valeur définies s'applique jusqu'à ce que celle-ci soit remplacée par un concept de succession élaboré par le groupe d'experts monitorage.

4.3. Modifications des conditions-cadres

- ¹ Pour le classement de l'évolution des coûts par cas, il convient de distinguer les paramètres de mesure en fonction des prestations ambulatoires non médicales et des prestations stationnaires.
- ² Pour le classement de l'évolution des coûts par cas, il convient de distinguer les éventuelles variations de prix (valeurs du point tarifaire).
- ³ En cas de modifications des conditions-cadres (p. ex. nouvelles prestations, passage du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, nouvelles exigences légales liées à la pandémie), ces dernières sont analysées et évaluées en commun.

