

Convention de monitoring relative à l'introduction de la nouvelle structure tarifaire des prestations médicales ambulatoires (TARDOC)

entre les partenaires tarifaires

- a) **FMH Fédération des médecins suisses**
Berne

fournisseur de prestations

et

- b) **curafutura – Les assureurs-maladie innovants,**
Berne

assureur

tous désignés comme les parties à la convention

Préambule

Conformément à la LAMal et à la convention, les parties contractantes curafutura et FMH sont soumises à l'obligation de ne pas générer d'augmentation ou de diminution de coûts par le biais d'un éventuel changement de modèle. Afin de se conformer à cette exigence, et notamment d'éviter d'éventuels versements rétroactifs aux assureurs ou aux fournisseurs de prestations, les parties conviennent de procéder à un monitoring commun limité dans le temps et de fixer des valeurs cibles et des valeurs de correction. Les dispositions suivantes régissent la transition entre la structure tarifaire TARMED, actuellement en vigueur, et la nouvelle structure tarifaire TARDOC, et garantissent la neutralité du nombre de points tarifaires facturés au niveau national.

Art. 1 But

La présente convention et ses annexes font partie intégrante de la convention de base LAMal. Elle a pour but de garantir que les exigences de l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal soient respectées lors de l'introduction de la nouvelle structure tarifaire TARDOC, à l'aune du nombre de points tarifaires réglés, par rapport à la version précédente TARMED 1.09_BR, et ce tant en termes de coûts supplémentaires que de coûts réduits. En cas d'écart, des corrections seront apportées, notamment pour éviter des versements rétroactifs ou des restitutions.

Art. 2 Champ d'application

Les dispositions en matière de monitoring inscrites dans la présente convention s'appliquent au niveau national à toutes les parties ainsi qu'aux fournisseurs de prestations et aux assureurs qui ont adhéré à la convention de base LAMal en tant que membres des parties ou en tant que non-membres de la fédération, et aux utilisateurs extracontractuels de Tardoc.

Art. 3 Introduction de la nouvelle structure tarifaire conformément à l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal

En ce qui concerne le secteur relevant de la LAMal, l'introduction de la nouvelle structure tarifaire au niveau national doit être neutre en termes de nombre de points tarifaires. Pour répondre à cette exigence, le nombre de points tarifaires de la nouvelle structure tarifaire fait l'objet d'un monitoring. Les bases de calcul figurent à l'annexe 1.

Art. 4 Monitoring

¹ Les parties conviennent de procéder à un monitoring du nombre de points tarifaires facturés au niveau national dans le cadre de la nouvelle structure tarifaire.

² Le contrôle du transcodage des prestations de l'ancienne à la nouvelle structure tarifaire ainsi que le calcul du nombre de points tarifaires entre l'ancienne et la nouvelle structure se fondent sur le nombre total de points tarifaires facturés au niveau national.

L'année servant de base à la comparaison est 2022. Sont exclus les facteurs extraordinaires et les facteurs non liés à un changement de modèle.

³ Du transcodage découle un « External Factor » qui assure la constance du nombre de points tarifaires entre l'ancienne et la nouvelle structure, et garantit ainsi la neutralité des coûts au sein de la structure tarifaire.

⁴ L'annexe 1 définit les modalités de l'External Factor et le monitoring assorti d'une marge cible pour les interventions et les mesures correctives.

⁵ Pour assurer le monitoring, les parties utilisent toutes les données anonymisées – et pas uniquement de manière formelle – par patient et par fournisseur de prestations, figurant sur les factures des prestations facturées ou payées. Est déterminante la date à laquelle la prestation a été fournie.

⁶ Les parties procèdent au monitoring du nombre de points tarifaires facturés et en évaluent les effets. Si la marge cible est dépassée ou n'est pas atteinte, elles prennent les mesures correctives prévues en annexe.

Art. 5 Entrée en vigueur

La présente convention prend effet lors de l'entrée en vigueur de TARDOC, dont l'introduction est prévue au 1^{er} janvier 2025. En cas d'introduction ultérieure, les modalités du monitoring devront être renégociées.

Art. 6 Durée de la convention

¹ Les dispositions de la présente convention deviennent caduques au terme de la phase de neutralité des coûts. L'External Factor définitif découlant de la phase de neutralité des coûts sera alors repris dans une nouvelle convention, en analogie avec les présents principes. En l'absence d'une telle convention, la convention de base est réputée résiliée.

² En cas d'intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire applicable ou dans l'autonomie tarifaire contractuelle, la présente convention prend automatiquement fin.

Art. 7 Dispositions finales

¹ La cessation de la présente convention n'affecte pas la validité et l'existence de la convention de base LAMal et des documents qui en font partie intégrante.

² La présente convention peut être modifiée par écrit en tout temps par consentement mutuel des parties.

³ Si l'une des dispositions de la présente convention ou de ses annexes est ou devient nulle ou invalide, la validité des autres dispositions n'en est pas affectée. Les parties s'engagent à convenir d'une nouvelle disposition adéquate en lieu et place de la disposition nulle ou invalide.

⁴ La présente convention est établie et signée en quatre exemplaires. Deux des exemplaires sont destinés à la procédure d'approbation devant le Conseil fédéral, et chaque partie en reçoit un exemplaire.

⁵ La présente convention et l'ensemble de ses annexes sont traduits en français et en italien. Seul le texte allemand fait juridiquement foi.

Pour la FMH – Fédération des médecins suisses

Berne, _____
Lieu, date

Yvonne Gilli, présidente

Stefan Kaufmann, secrétaire général

Pour curafutura – Les assureurs-maladie innovants

Berne, _____
Lieu, date

Josef Dittli, président

Pius Zänglerle, directeur

Annexe 1 :

Concept de transition neutre en termes de coûts (y c. corrections ultérieures et compensation)

Tarif médical suisse Tardoc V1.3.2

Annexe 1

Concept de transition neutre en termes de coûts (y c. corrections ultérieures et compensation) Tarif médical suisse TARDOC V1.3.2

1 Contexte

En collaboration avec les membres qui y siègent, l'organisation ats-tms SA commune aux parties à la convention a élaboré la nouvelle structure tarifaire ambulatoire à la prestation TARDOC V1.3.2 en vue de remplacer la structure tarifaire TARMED qui existe depuis 2004, et plus particulièrement la version V1.09_BR actuellement en vigueur.

Compte tenu des changements importants par rapport à la structure tarifaire actuellement en vigueur, les partenaires tarifaires s'accordent à dire que l'introduction de TARDOC V1.3.2 équivaut à un changement du modèle tarifaire. Cela a pour conséquence que la convention tarifaire et le nouveau tarif doivent satisfaire au principe de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal selon lequel un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. Le présent concept décrit la transition neutre en termes de coûts de TARMED V1.09_BR à TARDOC V1.3.2 selon l'art. 59c al. 1 let. c OAMal pour les éventuels écarts de coûts vers le haut ou vers le bas et le monitoring réalisé à cette fin (y c. corrections ultérieures et compensation) en tenant compte des conditions d'approbation du Conseil fédéral (lettre du 3 juin 2022).

Les partenaires tarifaires se prononcent pour la **séparation entre structure et prix** : dans le cadre d'une organisation nationale commune, ils assurent le suivi de la structure tarifaire qui comprend les différentes positions tarifaires avec leur poids relatif (points tarifaires). Il appartient aux partenaires tarifaires de fixer la valeur du point, au niveau national pour l'AA/AI/AM et au niveau régional ou (plus généralement) cantonal pour l'AOS, c'est-à-dire aux organisations des fournisseurs de prestations et des répondants des coûts mandatées. Il est laissé à ces organisations de décider comment s'accorder sur la valeur du point tarifaire qu'elles soumettent ensuite à l'approbation des cantons.

La séparation entre structure et prix a pour conséquence que la neutralité des coûts au moment du changement de tarif est mesurée sur la base du volume de points tarifaires facturés, dont le volume doit, dans le contexte de l'introduction de TARDOC V1.3.2, en principe – ceteris paribus – demeurer inchangé. Par ailleurs, l'OFSP exige que les valeurs du point restent inchangées au moment du changement de tarif et pendant la phase de neutralité des coûts, une exigence compréhensible pour les partenaires tarifaires, car elle permet de ne pas anéantir, via les valeurs du point, la neutralité des coûts obtenue au niveau de la structure tarifaire (cf. rapport d'évaluation de l'OFSP du 9 novembre 2020, p. 74). C'est aussi du devoir des partenaires tarifaires (communautés d'achat et organisations médicales) et des cantons en tant qu'autorité d'approbation et respectivement de définition.

2 L'External Factor (EF) pour assurer la transition sans changer le volume de points tarifaires

Pour assurer la neutralité des coûts pendant la transition, un facteur (External Factor, EF) est attribué aux positions tarifaires de la nouvelle structure tarifaire pour maintenir le volume de points tarifaires au même niveau. Cela sera réalisé durant l'année d'introduction de TARDOC V1.3.2. Dans le détail, le processus est le suivant :

2.1 Transcodage et calcul du volume supplémentaire de points tarifaires engendré par la révision du tarif

Pour obtenir une estimation du volume de points tarifaires généré par TARDOC, on procède au transcodage du TARMED dans le nouveau tarif. Cela signifie qu'on part de chaque position tarifaire du tarif TARMED 1.09_BR pour laquelle il y a de nouvelles positions tarifaires dans le TARDOC V1.3.2 permettant de facturer la même prestation. Cette manière de procéder permet d'estimer le volume de points tarifaires auquel il faut s'attendre à l'avenir avec le nouveau tarif.

Le volume de points tarifaires avec TARDOC V1.3.2 est ensuite mis en relation avec le volume de points tarifaires de la période de référence avec le TARMED V1.09_BR, ce qui permet de déterminer l'External Factor (EF).

$$EF = \frac{\sum_{pos}(quantité_{ancienne} \times point\ tarifaire_{ancien})}{\sum_{pos}(quantité_{nouvelle} \times point\ tarifaire_{nouveau})}$$

2.2 Application de l'External Factor (EF)

Le concept prévoit de ne pas modifier les points tarifaires des différentes positions de la structure tarifaire. L'External Factor est affiché dans la structure tarifaire ou le navigateur pour chaque position tarifaire et il est inscrit sur les factures des fournisseurs de prestations. Les champs fPM (Forum échange de données XML 4.5 : external_factor_mt) et fPT (external_factor_tt) déjà disponibles à l'heure actuelle sont utilisés dans le formulaire de facturation uniforme. Compte tenu de l'application d'un External Factor uniforme, le fPM et le fPT sont identiques.

Tableau 1: External Factor (EF) à l'exemple AA.00.0010 Consultation médicale, première 5 premières min

	PM	PIP (PT)	Valeur
AA.00.0010			
Point tarifaire	12,74	10,42	
External Factor			0,82
Valeur du point tarifaire			0,89
Montant final	9,30	7,60	16,90

L'EF fait partie intégrante de la structure tarifaire et a été négocié par les partenaires tarifaires selon l'annexe à la convention de base TARDOC. Seuls les partenaires à la convention peuvent procéder à des modifications de l'EF.

3 Objectifs et bases pour le monitoring avec corrections subséquentes et compensation

3.1 Objectifs du monitoring

Le monitoring poursuit les objectifs suivants:

3.1.1 Objectifs de prestations

N°	Description
1	Le monitoring fait partie de la proposition de tarif déposée et partie intégrante de la convention de base. Il permet de surveiller de manière adéquate, pendant la période convenue, les risques économiques de la nouvelle structure tarifaire et, le cas échéant, de les corriger.
2	Les partenaires tarifaires peuvent s'appuyer sur des règles convenues de manière transparente.

3.1.2 Objectifs économiques

N°	Description
1	Le passage de la structure tarifaire actuelle à la nouvelle structure est neutre en termes de volume de points tarifaires.

3.1.3 Objectifs opérationnels et techniques

N°	Description
1	Le monitoring (y c. corrections ultérieures et compensation) est réalisé dans le cadre des valeurs de référence fixées ex ante (selon ce concept).

2	Le secrétariat de l'OTMA, l'organisation tarifaire selon l'art. 47a LAMal, établit dès le lancement de la nouvelle structure tarifaire un rapport de monitoring trimestriel relatif au volume facturé et fait rapport au groupe d'experts du monitoring (GE-M). Celui-ci présente ensuite au conseil d'administration de l'OTMA les résultats de ses analyses et les adaptations nécessaires de la structure tarifaire, y compris de l'EF.
3	Le conseil d'administration de l'OTMA est responsable de la mise en œuvre appropriée des résultats du monitoring conformément aux dispositions légales (art. 59c al. 1 let. c OAMal).
4	Surveillance de l'utilisation effective de la structure tarifaire. (voir aussi ci-après les chapitres 5 et 6)

3.1.4 Objectifs politiques

N°	Description
1	Les conditions du Conseil fédéral pour l'approbation du TARDOC sont respectées.

3.2 Bases et hypothèses pour le monitoring

Le présent concept se fonde sur les bases et hypothèses suivantes qui sont d'une importance constitutive pour le monitoring :

- La structure tarifaire a été remise le 12 juillet 2019 au Conseil fédéral (TARDOC version 1.0) ; une remise ultérieure avec les corrections des erreurs manifestes (TARDOC version 1.1) a été effectuée le 25 juin 2020 conjointement avec l'annexe à la convention de base relative à la neutralité des coûts et le présent concept (dans une version antérieure).
- Suite aux remarques faites par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans son rapport d'évaluation du 19 novembre 2020, le monitoring d'un an (version 1.1; date de l'introduction 2022) a été prolongé à deux ans (2022-2023) dans la version 1.2 déposée le 30 mars 2021.
- À la demande expresse du Conseil fédéral, la structure tarifaire a été remaniée encore une fois et le concept pour une transition neutre en termes de coûts adapté (version 1.3). Le TARDOC V1.3 a été déposé auprès du Conseil fédéral le 20 décembre 2021.
- Dans sa décision du 3 juin 2022 concernant la « Non-approbation de la convention de base LAMal entre la FMH et curafutura relative à une structure tarifaire uniforme (TARDOC) » du 3 juin 2022, il précise qu'il n'approuvera le TARDOC que si « les conditions suivantes sont remplies (cf. page 4 de la lettre) :
 1. Les partenaires tarifaires de l'organisation tarifaire selon l'art. 47a LAMal montrent, sur la base de la structure tarifaire TARDOC, comment la neutralité des coûts est respectée, au sens de :
 - a) Neutralité statique des coûts
Toutes les positions de TARDOC sont prises en compte pour le calcul de l'External Factor. Celui-ci est fixé de telle sorte qu'il n'en résulte pas de coûts supplémentaires par rapport au volume TARMED d'une année de référence donnée.
 - b) Neutralité dynamique des coûts
Durant la phase de neutralité dynamique des coûts, l'augmentation annuelle des coûts de TARDOC n'excède pas 2 à 2,5 % par rapport à l'année de référence. La phase de neutralité dynamique dure jusqu'à ce que : a) les importantes lacunes relevées dans le rapport d'analyse de l'OFSP aient été comblées suivant l'accord ferme conclu à ce sujet par les partenaires tarifaires (voir point 3) et que la version corrigée de TARDOC ait été approuvée par le Conseil fédéral, et b) que le Conseil fédéral ait approuvé les forfaits pour le secteur médical ambulatoire. Afin que l'incitation à mettre réellement en œuvre le concept visé au point 3 soit suffisante, l'augmentation des coûts (« 2 à 2.5% ») doit être un peu inférieure à ce qu'elle était en moyenne, ces dernières années, pour TARMED.
 - c) Monitoring à long terme
Un accord ferme est présenté concernant le monitoring de TARDOC au terme de la phase de neutralité dynamique des coûts. Cet accord porte notamment sur la procédure concrète d'analyse de l'évolution des coûts et sur la mise à jour régulière du tarif ainsi que sur la garantie de l'économicité.
 2. (...) »
- La structure tarifaire entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025.
- La neutralité des coûts dure jusqu'à ce que les conditions du Conseil fédéral selon la lettre du 3 juin 2022 soient remplies, mais au minimum 3 ans, et prend fin dans tous les cas à la fin d'une année civile.

- Les données du pool tarifaire de SASIS constituent actuellement la base de données la plus complète du secteur ambulatoire. Elles sont utilisées pour le monitoring, les corrections ultérieures et la compensation ; les bases de données de H+ (pool tarifaire H+) ainsi que de la FMH (New Index) sont utilisées pour le contrôle de la plausibilité. Les données du pool tarifaire de SASIS SA (données mensuelles selon l'année de traitement, hospitalières stationnaires, y compris « psychiatrie hospitalière » et « réadaptation hospitalière ») sont utilisées pour le secteur stationnaire.
- Si des forfaits sont approuvés et introduits, le volume de points tarifaires du TARDOC sera réduit du volume de points tarifaires des positions qui sont remplacées par ces forfaits, et l'EF sera recalculé.
- Le groupe d'experts du monitoring (GE-M) et le conseil d'administration de l'OTMA disposent du droit de consulter toutes les bases de données.

3.3 Effets liés à l'introduction

De manière générale et abstraite, on peut envisager les effets suivants :

3.3.1 Effets surveillés par le monitoring fondamentalement pertinents pour les corrections ultérieures et la compensation :

- Effets découlant d'erreurs dans la structure tarifaire en conséquence de bases erronées pour le calcul des points tarifaires.
Remarque: on s'attend à ce que les erreurs ne soient pas réparties de façon homogène sur les différents chapitres de la structure tarifaire (causes possibles : qualité variable des modèles, données et hypothèses; application différente des principes de tarification).
- Effets découlant d'erreurs dans le transcodage en conséquence de bases de données insuffisantes et d'hypothèses erronées relatives à l'attribution des volumes de points tarifaires de l'ancienne structure sur les volumes de points tarifaires de la nouvelle structure.
Remarque: on s'attend à ce que le regroupement de plusieurs positions et la modification de certaines règles (p. ex. suppression de limitations) engendrent des variations de volume insuffisamment représentées dans le transcodage.
- Effets découlant d'incitatifs négatifs induits par la nouvelle structure tarifaire.
Remarque: le regroupement de prestations jusqu'ici séparées modifie le terrain pour les fournisseurs de prestations, ce qui peut se traduire par des variations du volume des prestations.

3.3.2 Effets exogènes qui ne sont pas pertinents pour les corrections subséquentes et la compensation:

- Écarts inattendus liés aux tendances générales de développement à long terme (effets découlant des progrès médicaux et/ou médico-techniques et/ou de l'évolution socio-démographique et/ou politique) et
- effets exogènes uniques (adaptation de la franchise, nouvelles prestations, adaptations de l'OPAS, prestations libérées de la franchise, épidémie de grippe, pandémies, ordonnances de l'OSFP (p. ex. vaccination à grande échelle contre l'encéphalite à tiques, etc.).

Voir à ce sujet 5.3, effets exogènes à prendre en considération.

3.3.3 Déplacements entre les secteurs ambulatoire et stationnaire :

- En ce qui concerne la tendance à long terme d'un déplacement des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires, il faut s'attendre à une accélération compte tenu des deux interventions régulatrices AVOS et EFAS ainsi que de la tarification et rémunération toujours plus adéquates en conséquence de l'introduction et du développement des tarifs médicaux ambulatoires. Cette tendance se traduira par une augmentation de la croissance dans le secteur ambulatoire et une réduction simultanée dans le secteur stationnaire. Cela est pris en compte par la compensation *partielle* du changement du tarif SwissDRG dans les hôpitaux avec le volume des points tarifaires actuel du TARMED ou du TARDOC par personne assurée dans les hôpitaux. Voir à ce sujet le paragraphe 5.3.
- Le point commun à tous ces effets et développements est d'être, ex ante, impossibles et, ex post, difficiles à quantifier de manière isolée.
- C'est pourquoi la procédure décrite ci-après est convenue ex ante pour maintenir le volume du système tarifaire dans les limites du « taux de croissance » convenu pour la période convenue.

4 Calcul de l'External Factor et volume total des points tarifaires pour 2025 à 2027

4.1 Base de calcul de l'EF et des volumes de référence respectifs pour 2025 à 2027

Spécification 1

Les données du pool tarifaire SASIS des périodes suivantes constituent la base pour le monitoring (données axées sur la fourniture de prestations) :

- données de référence pour calculer l'External Factor (EF) : volume de points tarifaires TARMED (tarif 001) pour la période de traitement du 01.01.2019 au 31.12.2019 (extraction de données des assureurs : 30.06.2021)
- données de référence pour calculer le volume de référence du monitoring : volume de points tarifaires TARMED pour la période de traitement du 01.01.2024 au 31.12.2024 (extraction de données des assureurs : 30.06.2025¹)
- données actuelles (phase de mesure) : volume de points tarifaires TARDOC par assuré et par mois pour la période du 01.01.2025 au 31.12.2027 (extraction de données des assureurs 2025 : 30.06.2026 ; pour le volume de points tarifaires 2026 : 30.06.2027 ; pour le volume de points tarifaires 2027 : 30.06.2028). Le volume actuel pour les hôpitaux et médecins est corrigé de l'éventuel volume déplacé du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire.
- La phase de mesure est prolongée d'une année supplémentaire jusqu'à ce que les conditions du Conseil fédéral soient remplies (voir plus haut 3.2, voir ci-après 4.4).
- Les données de la FMH (New Index), H+ (pool tarifaire H+) sont utilisées pour le contrôle de la plausibilité. En cas d'écart dépassant 10% (au niveau du volume global entre fournisseurs de prestations et répondants des coûts), le conseil d'administration de l'OTMA décide de la validité et de l'utilisation des données.

4.2 External Factor (EF)

Sur la base des données SASIS pour l'année 2019, le volume global de points tarifaires Tarmed se situe à 11,5 milliards (sans la psychothérapie déléguée chap. 02.02 et 02.03). Le volume attendu en 2019 sur la base du transcodage selon TARDOC se situe à 21,93 % au-dessus du volume TARMED de 2019. L'External Factor calculé sur cette base s'élève à 0,8201, arrondi à 0,82. Par rapport aux données de 2018, cette valeur est particulièrement stable et devrait être laissée à ce niveau pour son utilisation en 2024 en raison de la pandémie de COVID-19.

EF calculé	0,82 Sans volumes de la psychiatrie déléguée (hors tarif médical à partir du 01.07.2022)
------------	---

4.3 Taux de croissance (effets généraux et marge de tolérance) / neutralité dynamique des coûts

Le taux de croissance fixé pour le volume de points tarifaires par assuré doit permettre de tenir compte

- des effets généraux simultanés découlant des progrès médicaux et/ou médico-techniques et/ou de l'évolution socio-démographique et/ou politique et
- d'une marge de tolérance due à l'incertitude (justification pour la marge cible).

Il est également tenu compte de la croissance du volume entre l'année de référence et l'année de mesure.

Une marge de tolérance avec une limite supérieure de +3%, et respectivement de +4% et +6% et une limite inférieure de -1%, et respectivement -2% et -3% sera appliquée en 2025, 2026 et 2027 sur la base du volume des points par assuré de 2024 (cf. fig. 1 à la page 5 pour la présentation schématique). Si la phase de neutralité des coûts est prolongée, les valeurs seront adaptées en conséquence de +2% ou -1% par année.

Les volumes de référence définitifs pour l'année 2025 seront calculés sur une base mensuelle dès que tous les chiffres de 2024 seront disponibles.

Année	Remarques
2024	Volume initial, volume de facturation effectif du TARMED (par assuré)
2025	marge supérieure (+2%) : sur la base du volume de l'année précédente 2024 (par assuré)

¹ Les données seront disponibles au 31 juillet 2025

2025	marge inférieure (-1%) : sur la base du volume de l'année précédente 2024 (par assuré)
2026	marge supérieure (+4%) : sur la base du volume de 2024 (par assuré)
2026	marge inférieure (-2%) : sur la base du volume de 2024 (par assuré)
2027	marge supérieure (+6%) : sur la base du volume de 2024 (par assuré)
2027	marge inférieure (-3%) : sur la base du volume de 2024 (par assuré)

Si la phase de pilotage est prolongée au-delà de l'année 2027, la marge sera maintenue de manière analogue (par année +2%/-1%).

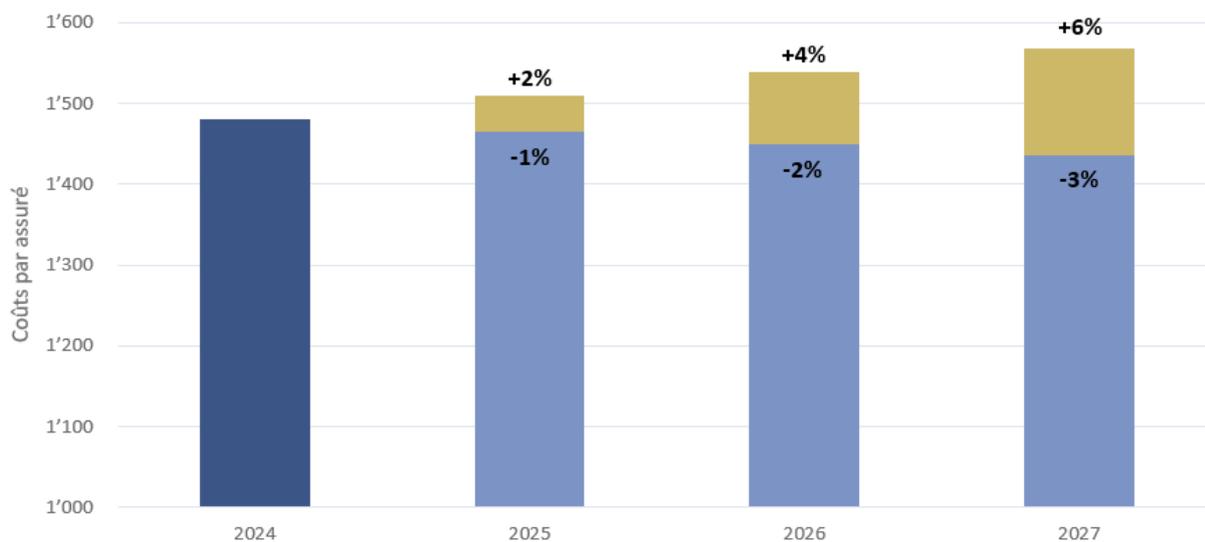


Figure 1 : présentation schématique du volume de points tarifaires estimé en 2025, 2026 et 2027, marge de tolérance incluse

4.4 Conditions pour conclure la phase de neutralité dynamique des coûts

Les conditions suivantes doivent être remplies :

- Forfaits ambulatoires approuvés par le Conseil fédéral
- Mise en œuvre des concepts suivants :
 - Relevé prioritaire des minutages
 - Révision des modèles du coûts et du taux SUK
 - Relevé empirique de la productivité des médecins
 - Évaluation du temps de travail annuel et du revenu de référence des médecins
 - Monitoring à long terme après la conclusion de la phase de neutralité dynamique des coûts

5 Phases pour le monitoring, la marge et les corrections

5.1 Aperçu

Le monitoring comprend plusieurs phases et dure au minimum 4 ans à compter de l'introduction au 1^{er} janvier 2025 :

- **Phase initiale (6 mois, 01/2025 à 06/2025)** : phase d'introduction du tarif sans interventions de pilotage.
- **Phase de mesure et de pilotage (42 mois, 01/2025 à 06/2028)** : durant cette phase, on procède à des interventions dans la structure tarifaire sur la base des valeurs mesurées et, si nécessaire, à des adaptations de l'EF. La phase de mesure et de pilotage est divisée en deux : phase de mesure de 36 mois (01/2025 à 12/2027) et phase de pilotage de 36 mois (07/2025 à 06/2028).
- **Première phase de compensation (12 mois, 01/2029 à 12/2029)** : les erreurs de volumes liées à un EF fixé trop bas ou trop haut seront corrigées dès que l'EF se sera stabilisé de 2025 à la mi-2028 et que l'ensemble du système sera stable, pendant la phase de compensation, c'est-à-dire du 1.1.2029 au 31.12.2029. La compensation pour des prestations trop/pas assez rémunérées sera réalisée en adaptant l'EF vers le haut (en cas d'erreurs de volume en faveur des fournisseurs de prestations) ou vers le bas (en cas d'erreurs de volume en faveur des

répondants des coûts) pendant la durée de la phase de compensation. La première phase de compensation se déroule indépendamment de la durée de la neutralité dynamique des coûts.

- **Poursuite de la neutralité dynamique des coûts** au-delà de cette phase, si les conditions définies par le Conseil fédéral selon la lettre du 3 juin 2022 ne sont pas remplies jusqu'à cette date ou jusqu'à l'approbation des structures tarifaires correspondantes.
- **Autre phase de compensation** : si la phase de pilotage devait se poursuivre au-delà de 2027 parce que les conditions du Conseil fédéral ne sont pas encore remplies, il faudra prévoir une deuxième phase de compensation similaire après la conclusion de la phase de pilotage. Celle-ci se déroulera au plus tard à partir du 1.1.2032 jusqu'au 31.12.2032 pour les années 2028 à mi-2031. Si la neutralité dynamique des coûts devait prendre fin plus tôt parce que les conditions sont remplies, seules les années depuis la dernière phase de compensation jusqu'au terme de la phase de pilotage seront compensées. Si la phase de pilotage est prolongée au-delà de l'année 2027, la marge sera maintenue de manière analogue (par année +2%/-1%).
- La figure 2 de l'annexe fournit une vue d'ensemble et les différentes phases sont décrites en détail ci-après.

5.2 Phase initiale (6 mois, 01/2025 à 06/2025)

L'introduction d'un nouveau tarif s'accompagne d'incertitudes. Il faut donc utiliser les six premiers mois de l'introduction du tarif (01/2025 à 06/2025) pour les préparatifs et les clarifications mais en aucun cas pour une analyse concrète ou des pilotages. Les éventuels dysfonctionnements structurels dans la phase initiale doivent être analysés de manière approfondie et différenciée pour préparer d'éventuelles adaptations. De plus, la phase initiale ne donne pas lieu à un volume de points tarifaires représentatif justifiant une intervention immédiate.

5.3 Phase de mesure et de pilotage (42 mois, 01/2025 à 06/2028)

La phase de mesure et de pilotage est divisée en deux périodes de 36 mois chacune : la phase de mesure (01/2025 à 12/2027) et la phase de pilotage (07/2025 à 06/2028). Elles se chevauchent pendant 30 mois (cf. le graphique en annexe). Pour éviter des compensations ou les maintenir à un niveau acceptable, l'External Factor sera adapté au plus tard à partir du 1.1.2026 si un besoin de correction est avéré. Un contrôle subséquent d'éventuelles corrections sera réalisé sur la base de données annuelles stables.

La phase de mesure et de pilotage sert à observer les effets et à intervenir pour les corriger si nécessaire. Le monitoring s'effectue par le volume de points tarifaires par assuré et sur la base des mêmes conditions que pour calculer l'EF (transcodage) et en tenant compte du volume déplacé du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Si les valeurs mesurées n'évoluent pas comme convenu ou prévu, on procède soit à une adaptation de l'EF soit, si cela devait s'avérer nécessaire, à une intervention dans la structure tarifaire.

Une adaptation de l'EF pendant la phase de pilotage n'est effectuée que si les taux de croissance des deux secteurs ambulatoires (hospitalier et cabinets privés) se situent en dessus ou en dessous de la marge convenue après d'éventuelles corrections par position ou par chapitre. Si seul le taux de croissance d'un secteur est inférieur ou supérieur à la marge de tolérance, la compensation du volume supérieur s'effectue pendant la phase de compensation. La correction s'effectue jusqu'à la limite de la marge de tolérance. Le pilotage ne perd jamais de vue l'objectif, à savoir un volume de points tarifaires par assuré neutre et une structure correcte et ne vise pas à compenser à court terme des fluctuations du volume facturé.

La phase de mesure et de pilotage dure 42 mois car les volumes de points tarifaires par assuré ne sont stables qu'après six mois environ lorsque les données sont analysées selon la date à laquelle les prestations sont fournies, et parce que 36 points de mesure sont observés pendant cette phase. Il faut donc tenir compte du fait que les chiffres de janvier peuvent être considérés comme fiables à partir de juillet.

Afin de disposer de bases suffisantes pour l'analyse, un « rapport de monitoring » trimestriel est établi par l'OTMA et d'autres experts des sociétaires (**groupe d'experts du monitoring, GE-M**) pendant toute la phase de neutralité des coûts du 1.1.2025 au 31.12.2029. Ce monitoring sert à suivre l'utilisation du tarif par une documentation et une analyse concomitantes et par l'élaboration de propositions pour corriger le tarif.

Effets exogènes à prendre en considération

Le monitoring se fonde sur l'évolution du volume de points tarifaires et prend en compte les effets exogènes, qui ne tombent pas sous le coup de la neutralité des coûts selon l'art. 59c al. 1 let. c OAMal. Pour que de tels effets, en particulier des chocs p. ex. dus à une pandémie, à la migration (évolution de la morbidité collective) ou résultant d'interventions politiques, puissent être pris en considération durant la phase de mesure et de pilotage, les paramètres de mesure et la marche à suivre suivante ont été convenus :

- communication trimestrielle du nombre de numéros RCC par secteur avec des taux de croissance dépassant 10% par rapport à la période précédente et une baisse du chiffre d'affaires de plus de 50% par rapport à la période précédente,
- prise en compte d'effets exceptionnels (p. ex. pandémie) pour le pilotage et le décompte final,
- prise en compte de mesures politiques qui se répercutent sur le volume de points tarifaires ambulatoire (par exemple introduction d'un nouveau type de fournisseur de prestations pendant phase de neutralité des coûts),
- prise en compte de l'adaptation de l'éventail des prestations de l'AOS et des adaptations de l'OPAS (p. ex. admission de nouvelles prestations prises en charge → les nouvelles prestations ne tombent pas sous le coup de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal),
- prise en compte du volume, aussi par secteur, qui est facturé par des forfaits ambulatoires selon l'art. 43 al. 5 nLAMal et par le biais des codes de tarif 002 et 003.

Si la marge est dépassée ou n'est pas atteinte, ces effets et leur impact sur le volume de points tarifaires doivent être évalués et, le cas échéant, quantifiés.

Développement de la structure tarifaire (modèles de coûts, interprétations, règles d'application et de facturation)

Si le volume de points tarifaires par assuré ne devait pas se développer conformément à ce qui était attendu ou convenu (en dehors du taux de croissance et de la marge de tolérance convenus), il ne faut pas intervenir immédiatement en procédant seulement à une correction globale de l'EF. Dans un premier temps, il faut s'assurer que les écarts sont identifiés et corrigés là où se situent les principales erreurs.

Globalement, il faut cependant procéder à des corrections permettant de maintenir le volume de points tarifaires par assuré dans le cadre défini (marge cible).

Les partenaires tarifaires sont d'accord que la structure tarifaire, et en particulier les modèles de coûts, les interprétations, les règles d'application et de facturation doivent être suivis dès le début de l'entrée en vigueur et de l'application pratique, et adaptés, si nécessaire. Le monitoring fournit, d'une part, les données pour la comparaison annuelle du volume par assuré et permet, d'autre part, de tirer déjà après quelques mois de premières conclusions quant à l'application de la structure tarifaire par les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts. Les applications non souhaitées doivent être rapidement corrigées. Ce n'est qu'après avoir examiné de telles corrections et, le cas échéant, procédé à des adaptations que l'on pourra, dans un deuxième temps, adapter l'EF.

Avec le soutien du secrétariat de l'OTMA, le **groupe d'experts monitoring (GE-M)** évalue de sa propre initiative ou à la demande des partenaires tarifaires, les éventuelles adaptations qui s'imposent en raison des développements indésirables dans l'application du tarif et dépose une proposition à l'intention du conseil d'administration.

Les possibilités de correction suivantes sont prévues pendant la phase de mesure/de contrôle :

Spécification 2

K1) **Correction des points tarifaires par position** (« correction par position ») :

Intervention dans les modèles de coûts, paramètres de la position tarifaire, y compris interprétations ainsi que règles d'application et de facturation.

K2) **Correction des points tarifaires dans les différents chapitres** :

Intervention dans les modèles de coûts, les interprétations de chapitre, les règles d'application et de facturation.

K3) Correction globale par une adaptation et un pilotage linéaires, c'est-à-dire **adaptation de l'EF sur tous les points tarifaires** (« correction ultérieure globale »).

Concept relatif à la transition neutre en termes de coûts (y compris corrections subséquentes et compensation) TAR-DOC V1.3.2

Les formules suivantes, basées sur les données du pool tarifaire, s'appliquent (elles prévalent sur les descriptions précédentes) :

Le changement du volume de points tarifaires par assuré, ΔTPV , par rapport à l'année précédente est défini par :

$$(1) \quad \Delta TPV_t = \frac{TPV_t}{TPV_{t-1}} - 1$$

La formule peut directement être appliquée pour le TARDOC. Pour l'année t de l'introduction, TPV_{t-1} correspond au volume de points tarifaires TARMED (par assuré) de l'année de référence 2024.

Pour calculer un équivalent TPV dans le domaine SwissDRG (tarif stationnaire pour soins aigus Swiss DRG, y compris Tarpsy/psychiatrie ST-Reha/réadaptation), on procède comme suit :

$$(2) \quad TPV_{t,SDRG} = \frac{\text{Volume des prestations brutes SwissDRG en CHF dans l'année t par assuré}}{\text{valeur moyenne et pondérée du point ambulatoire hospitalier}}$$

On obtient donc les taux de changement suivants :

(3) ΔTPV_{TARDOC} comme taux de changement annuel du volume de points tarifaires TARDOC par assuré et

(4) ΔTPV_{SDRG} comme taux de changement annuel par assuré d'un équivalent correspondant pour le tarif SwissDRG dans le secteur stationnaire des soins somatiques aigus.

Une correction est nécessaire lorsque la marge est dépassée ou n'est pas atteinte.

Si la marge **n'est pas atteinte** ($\Delta TPV_{TARDOC} < -0.01$), la correction s'effectue jusqu'à ce que la limite inférieure de la marge soit atteinte. La formule suivante s'applique :

$$(5) \quad \text{Correction}_{\text{marge n'est pas atteinte}} = (0.99 \cdot TPV_{TARDOC,t-1} - TPV_{TARDOC,t}) \cdot \text{nombre d'assurés}$$

En cas de dépassement, un éventuel « avoir » (par assuré) provenant du secteur stationnaire des soins somatiques aigus est calculé en conséquence du transfert (souhaité) vers l'ambulatoire. Il existe un « avoir », si $\Delta TPV_{SDRG} < 2\%$.

Il est calculé comme suit :

$$(6) \quad \text{Avoir}_{SDRG,t} = 0.5 * \max\{(1.02 \cdot TPV_{SDRG,t-1} - TPV_{SDRG,t}); 0\}$$

La formule $\max\{\dots\}$ montre que seul un vrai avoir peut être imputé ; si la croissance dans le secteur stationnaire dépasse 2%, l'avoir est égal à zéro, c.-à-d. qu'il n'y a pas de correction « négative » pour le TARDOC.

La correction suivante est donc effectuée en cas de **dépassement** de la marge ($\Delta TPV_{TARDOC} > 0.02$) :

$$(7) \quad \text{Correction}_{\text{dépassement}} = (\max\{TPV_{TARDOC,t} - 1.02 \cdot TPV_{TARDOC,t-1} - \text{Avoir}_{SDRG,t}; 0\}) \cdot \text{nombre d'assurés}$$

La formule $\max\{\dots\}$ montre qu'en cas de dépassement de la marge TARDOC, la *correction*, y compris la déduction d'un éventuel avoir SwissDRG est *au maximum réduite à zéro*.

Les valeurs limites susmentionnées 0,99/1,02 baissent/augmentent de manière analogue au tableau dans le paragraphe 4.3 pour les années après l'introduction du TARDOC à 0,98/1,04, 0,97/1,06, etc.

5.4 Phase de compensation (12 mois)

Le niveau de stabilité de l'EF devrait être atteint en juin 2028 ou au terme de la phase de neutralité dynamique des coûts tel que le TARDOC 1.3.2 pourra être considéré à cette date – ceteris paribus – comme introduit de manière neutre en termes de coûts. Les *erreurs de volumes* découlant d'un EF fixé trop bas ou trop haut jusqu'à cette date

ne sont pas compensées pendant la phase de mesure et de contrôle, mais pendant la phase finale du monitoring, appelée phase de compensation. La compensation s'effectue en principe au moyen d'un External Factor EF global adapté vers le haut (en cas d'erreurs de volumes en faveur des fournisseurs de prestations) ou vers le bas (en cas d'erreurs de volumes en faveur des répondants des coûts) pour la durée de la phase de compensation sur 12 mois.

Une *correction temporaire spécifique au secteur de l'EF* permettra en outre de compenser le volume manquant accumulé depuis l'introduction en raison d'un EF trop bas ou trop élevé pour la phase de compensation, après la fixation définitive de l'EF en juin 2028 (au 1.1.2029). Si la phase de neutralité des coûts devait se prolonger au-delà de 2027 parce que les conditions du Conseil fédéral ne sont pas encore remplies, il faudra prévoir une deuxième phase de compensation similaire après la conclusion de la phase de pilotage.

Si l'écart entre les dépassements respectifs du taux de croissance des deux secteurs ambulatoires (cabinets privés/ambulatoire hospitalier) est supérieur de 2 points (%) du volume transcodé de 2024 et que, dans l'ensemble, la marge est dépassée, l'EF est, pour la phase de compensation, adapté par secteur vers le bas jusqu'au niveau de dépassement de l'autre secteur. Pour le volume de dépassement restant jusqu'à la marge, l'EF des deux secteurs est adapté. Si seul le taux de croissance d'un secteur ambulatoire dépasse la marge convenue, seul l'EF de ce secteur est temporairement adapté vers le bas pour la phase de compensation. Pour calculer un éventuel EF sectoriel, un éventuel volume imputable du secteur stationnaire est porté au compte du secteur ambulatoire hospitalier.

La formule suivante s'applique (elles prévaut sur la description précédente) pour chaque année de la période de mesure :

$$(8) \quad \text{Taux de croissance hospitalier (TC(hos))} : \Delta TPV_{sp} = \max\left(\frac{TPV_{sp,t} - \text{Avoir}_{SDRG,t}}{TPV_{sp,t-1}} - 1, 0\right)$$

$$(9) \quad \text{Taux de croissance cabinet médical (TC(cm))} : \Delta TPV_{pr}$$

Si la marge de 2% est globalement dépassée (sur l'ensemble de la structure tarifaire) en 2025 (et respectivement de 4% en 2026 et de 6% en 2027 ; **à chaque fois par rapport à 2024**) et

A) si le TC(hos) et le TC(cm) diffèrent de 2 points % par assuré ou moins du volume transcodé de 2024, l'EF est définitivement réduit de manière à ce qu'un TC de 2% pour 2025 (et resp. 4% pour 2026 et 6% pour 2027) soit atteint (pas de correction différente en fonction du secteur) ;

ou

B) si le TC(hos) et le TC(cm) diffèrent de plus de 2 points % par assuré du volume transcodé de 2024, on procède à une réduction temporaire (pour la durée d'une année civile) de l'EF pour le secteur avec le TC le plus élevé, d'une ampleur de

AA) $\min(\text{TC}(\text{hos}), \text{TC}(\text{cm})) \leq 2\%$ (resp. $\leq 4\%$ puis $\leq 6\%$) : réduction temporaire (pour la durée d'une année civile) par secteur de manière à ce qu'un TC de 2% (resp. $\leq 4\%$ puis $\leq 6\%$) soit atteint.

AB) $\min(\text{TC}(\text{hos}), \text{TC}(\text{cm})) > 2\%$ (resp. $> 4\%$ puis $> 6\%$) : réduction sectorielle et temporaire de l'EF (pour la durée d'une année civile) de manière à ce que le TC de ce secteur corresponde à celui de l'autre secteur

ET une réduction de l'EF de manière à ce qu'un TC global de 2% (resp. 4% puis 6%) soit atteint.

L'approche par secteur prend fin au terme du monitoring. Les mêmes conditions s'appliqueront au cas où une deuxième phase de compensation devait s'avérer nécessaire.

6 Le groupe d'experts monitoring (GE-M)

L'OTMA accompagne le groupe d'experts du monitoring (GE-M) qui analyse l'impact du TARDOC à l'échelon national, pendant la phase de mesure et de contrôle, pour ce qui concerne le volume de points tarifaires et propose

d'éventuelles mesures correctives au conseil d'administration de l'OTMA. Cela inclut notamment les tâches suivantes :

- Analyse trimestrielle (la première en novembre 2025 ; données du premier trimestre extraites le 30.09.2025, préparation des données pour le 31.10.2025) et vérification arithmétique des critères relatifs à l'évolution du volume de points tarifaires par secteur (incluant la surveillance d'éventuels effets exogènes).
- Analyse trimestrielle et vérification arithmétique des valeurs aberrantes concernant le secteur ou la discipline liées à la structure (« rapport de monitoring ») et ayant un impact sur l'application du tarif.

Le GE-M propose au conseil d'administration de l'OTMA d'adapter l'EF et la structure tarifaire. Le conseil d'administration décide en dernier ressort selon le système majoritaire. Information aux fournisseurs de prestations, répondants des coûts et fournisseurs de logiciels.

Composition du groupe d'experts monitoring (GE-M)

Pour éviter que l'on applique à l'avenir deux structures tarifaires différentes pour la LAMal et les domaines LAA/LAI/LAM, les adaptations de la structure tarifaire doivent être uniformes pour les répondants des coûts respectifs. La coordination s'effectue au sein du **GE-M**. Les répondants des coûts et organisations de fournisseurs de prestations disposent respectivement de 4 voix :

- représentant de l'OTMA (avec droit de proposition, mais sans droit de vote),
- deux représentants de la FMH,
- deux représentants de H+,
- trois représentants des associations des assureurs-maladie,
- un représentant de la CTM

Les organisations suivantes pourraient être conviées aux séances à titre d'observateurs (sans droit de vote) :

- l'OFSP
- le Surveillant des prix
- la CDS

Le **GE-M** est techniquement responsable de la structure tarifaire et veille à ce qu'elle reste uniforme.

Chaque organisation désigne elle-même ses représentants. Les organisations délégantes doivent s'assurer que leurs représentants du **GE-M** disposent, au moment de la prise de décision, des compétences décisionnelles nécessaires.

7 Révision annuelle de la structure tarifaire

Les partenaires tarifaires envisagent de réviser chaque année la structure tarifaire et de rapidement introduire des forfaits. En cas d'évolution stable des volumes, une première révision est possible à la troisième année après l'introduction du TARDOC, à savoir au 1^{er} janvier 2028). Les forfaits ambulatoires peuvent aussi être introduits plus rapidement, c'est-à-dire au 1^{er} janvier d'une année civile. Les adaptations du tarif sont soumises à une obligation d'autorisation et doivent donc être déposées six mois (c'est-à-dire au 30 juin) avant le début de leur validité.

La révision annuelle n'est normalement pas assimilable à un changement de modèle et ne tombe donc pas sous le coup de l'art. 59c OAMal. Suivant l'ampleur de la révision, le conseil d'administration de l'OTMA détermine s'il s'agit d'une révision avec ou sans changement du modèle de tarif. Les interventions de pilotage dans la structure tarifaire effectuées pendant la phase de neutralité des coûts de TARDOC 1.3.2 ne sont pas considérées comme un changement de modèle.

8 Monitoring à long terme

Il est prévu de poursuivre le monitoring de l'évolution des volumes de prestations après la phase de neutralité des coûts. Les mécanismes et processus dans ce sens sont inscrits dans le guide de tarification.

Berne, le 3 juin 2020/16 février 2021/22 novembre 2021/15 novembre 2022/30 juin 2023

9 Annexe

9.1 Les différentes phases du monitoring

Période	Définition / phase préparatoire	Phase initiale (6 mois)	Phase de mesure (36 mois)	Phase de pilotage (36 mois)	Phase de compensation (12 mois)
avant 2025	Définition FE & volumes de référence points tarifaires				
2025 / jan-juin		<ul style="list-style-type: none"> • Introduction de la nouvelle structure tarifaire, aucune intervention • Stabilisation des données de facturation 	Phase durant laquelle ont lieu les analyses trimestrielles et les vérifications arithmétiques (volumes de points tarifaires évolution vs critères, évolution par secteur, valeurs aberrantes, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptations du FE (en juillet pour janvier) • Adaptation de la structure tarifaire • Première fois le 1.1.2026 • Attention : données de facturation stables avec 6 mois de décalage 	
2025 / juil.-déc.					
2026 / jan-juin					
2026 / juil.-déc.					
2027 / jan-juin					
2027 / juil.-déc.					
2028 / jan-juin					
2028 / juil.-déc.					
2029 / jan-juin					Compensation des éventuelles erreurs de volumes +/-
2029 / juil.-déc.					

Figure 2 : les différentes phases du monitoring