

## Appendice

### Calcul des valeurs start de points-taxes et pilotage de la neutralité des coûts de TARMED (Convention relative à la neutralité des coûts)

Le présent commentaire concernant la convention relative à la neutralité des coûts a été établi en commun par la FMH, H+ et santésuisse. Il sert à préciser et à interpréter certaines notions et situations de la convention en question. C'est le bureau de la neutralité des coûts tm qui tranche les questions d'interprétation en rapport avec l'application de la neutralité des coûts. Ses interprétations sont obligatoires pour toutes les parties qui ont adhéré à la convention-cadre (voir chif. 5, al. 2).

- **Calcul des valeurs start de points-taxes (chif. 1)**

Avec la convention précitée, le passage des anciennes structures tarifaires à la nouvelle dans le respect de la neutralité des coûts est réglé ceteris paribus. La condition ceteris paribus concerne en particulier la pratique en matière de rabais dans le domaine des hôpitaux, le système de remboursement (tiers payant, tiers garant), le décompte des prestations semi-hospitalières et le décompte des prestations des médecins agréés. D'éventuelles modifications des modalités dans les domaines mentionnés ou dans d'autres domaines déterminants du point de vue des coûts doivent être convenues entre les parties sur le plan cantonal et prises en considération comme il se doit lors du calcul des valeurs start de points-taxes ou du contrôle de la neutralité des coûts.

- **Notion des coûts bruts (chif. 2)**

On entend par "coûts bruts" les "chiffres d'affaires tarifaires facturés" par les fournisseurs de prestations, sans déduction de la franchise ni de la quote-part du côté des assurés.

- **Facteurs de correction (chif. 2)**

Les facteurs de correction  $x_1$  et  $x_2$  comprennent les hausses des coûts imputables à de nouvelles prestations obligatoirement à charge des caisses, au progrès de la médecine et aux évolutions démographiques entre l'année de base et l'année d'introduction, respectivement pendant la phase d'introduction. L'énumération des facteurs est exhaustive.

Le montant du facteur de correction  $x_2$  est à négocier bilatéralement entre les parties à la convention à l'échelon national et est valable pour toutes les conventions cantonales. Le facteur de correction  $x_1$  est fixé par les parties nationales à la convention pour le cabinet médical, par les parties cantonales pour le secteur ambulatoire de l'hôpital, les critères de calcul étant arrêtés à l'échelon national. Les facteurs  $x_1$  et  $x_2$  doivent être fixés avant l'introduction de la convention-cadre et de la convention relative à la neutralité des coûts (voir remarques ad chiffre 22).

- **Modifications structurelles (chif. 3)**

Afin de ne pas grever inutilement le modèle et compte tenu de la durée relativement brève de la phase de la neutralité des coûts, il est renoncé dans le mécanisme de contrôle à une paramétrisation d'éventuelles modifications structurelles de la demande en prestations médicales (par ex. glissements supracantonaux ou glissements entre cabinets de médecins, prestations ambulatoires et stationnaires des hôpitaux) ainsi que d'éventuelles modifications du comportement dans la facturation de la part des fournisseurs de prestations.

Mais la convention prévoit expressément (chif. 3, al. 2, et chif. 22, al. 4) que les comparaisons de données qui sont fournies en ce domaine par les prestataires ou les cantons doivent être incluses. A cet effet, les parties à la convention peuvent procéder à des études ou à des perceptions de données. Si, par conséquent, des modifications structurelles décisives apparaissent, entre l'année de base et la phase de neutralité des coûts ou pendant celle-ci, de manière prouvable et fondée sur des données, concernant la demande ou le comportement en matière de facturation, il y a lieu de tenir compte des incidences de telles modifications lors du contrôle de la neutralité des coûts.

- **Délimitation de prestations non-médicales (chif. 19)**

Comme dans l'année de base, une délimitation des prestations dans les domaines des analyses, de la physiothérapie, ergothérapie, logopédie, des moyens et appareils et des médicaments par rapport aux prestations purement médicales n'est pas possible de manière globale pour des raisons statistiques, ce sont en principe tous les coûts bruts tirés de l'aos qui servent de base de prestations.

Toutefois, la convention prévoit formellement (chif. 19, al. 2), que des prestations dans les domaines des analyses, de la physiothérapie, ergothérapie, logopédie, des moyens et appareils et des médicaments peuvent être exclues de la base des prestations si ceci est convenu entre les parties et si, d'autre part, des méthodes statistiques appropriées ou des données plausibilisées existent. A cet effet, les

parties à la convention peuvent procéder à des études ou à des perceptions de données.

- **Facteurs de correction (chif. 22)**

$x_1$  se fonde par principe sur l'évolution moyenne des coûts des années 1997 à 2001. S'il existe à l'intérieur des séries de données cantonales en question des exceptions justifiables pour le domaine des prestations ambulatoires dans les hôpitaux/communautés conventionnées, il est possible de s'écarter lors de la fixation de  $x_1$  de la valeur moyenne chiffrée.