

Monitoring

Annexe D de la convention relative à la structure tarifaire

Valable dès le: 1^{er} janvier 2027

État actuel: Approuvé par le groupe d'experts monitoring (GE-M) le 23 janvier 2026, approuvé par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 17 avril 2026, non approuvé par le Conseil fédéral.

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 monitoring (GE-M) ainsi que le monitoring 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);
 - d'autres tarifs médicaux ambulatoires (annexe B, chiffre 6.3);
 - d'autres tarifs.
- ² Le monitoring ne porte que sur les prestations à la charge de l'AOS.

1. Groupe d'experts monitoring

1.1. Nomination du groupe d'experts monitoring

- ¹ Les parties contractantes nomment, sous l'égide de l'OTMA, dans un délai convenable après l'approbation de la convention relative à la structure tarifaire par le Conseil fédéral, un groupe d'experts monitoring.
- ² Le groupe d'experts monitoring 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 monitoring.

1.2. Tâches et compétences

- ¹ Le groupe d'experts monitoring assume exclusivement les tâches et compétences suivantes:
 - Le groupe d'experts monitoring accompagne les travaux de l'OTMA et du tiers éventuellement mandaté et met à disposition un interlocuteur au niveau technique.
 - Le groupe d'experts monitoring définit conjointement avec le secrétariat de l'OTMA les modalités de la collecte de données.
 - Le cas échéant, le groupe d'experts monitoring propose au secrétariat de l'OTMA des tiers compétents pour la préparation des données.
 - Le groupe d'experts monitoring peut déposer des demandes pour délimiter les prestations qui n'entrent pas dans le monitoring des prestations médicales ambulatoires ou du monitoring de toutes les prestations ambulatoires.
 - Le groupe d'experts monitoring peut compléter les paramètres de mesure pour les prestations médicales ambulatoires dans le champ d'application du TARDOC et des forfaits ambulatoires (chiffre 5.4) et la liste des critères de différenciation (chiffre 5.3).
 - Le groupe d'experts monitoring a la compétence d'émettre des recommandations sur la manière de maintenir ou de remplacer l'external factor après la phase de correction.

2. Tâches de l'OTMA

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA de réaliser la collecte (y compris le règlement relatif à la collecte de données et la conclusion de conventions avec les assureurs et/ou les tiers agissant sur mandat des assureurs), la préparation et l'analyse des données.
- ² Le secrétariat de l'OTMA a le droit de faire appel à des tiers pour remplir les tâches énumérées au chiffre 1.

3. Livraison et préparation des données

- ¹ Les assureurs sont tenus de livrer les données nécessaires au monitoring et de conclure une convention avec l'OTMA ou de mandater la livraison des données auprès d'un tiers agissant sur ordre des assureurs et de charger le tiers de conclure une convention avec l'OTMA.
- ² Les fournisseurs de prestations sont tenus de livrer les données nécessaires au monitoring et de conclure une convention avec l'OTMA, dans la mesure où l'OTMA considère qu'une livraison de données par les fournisseurs de prestations est nécessaire.
- ³ La convention entre l'OTMA et les assureurs ou le tiers mandaté par les assureurs ainsi qu'entre l'OTMA et les fournisseurs de prestations régit la livraison et l'usage prévu des données requises. Les partenaires contractuels autorisent le secrétariat de l'OTMA à élargir l'usage prévu des données collectées à d'autres fins, en particulier la maintenance et le développement des structures tarifaires, afin d'éviter la collecte multiple de données.
- ⁴ Les partenaires contractuels s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA de définir dans un règlement les modalités de la collecte, c'est-à-dire l'étendue, les délais, le format de données, les rappels à l'expiration de l'échéance, etc. en concertation avec le groupe d'experts monitoring et de le publier.
- ⁵ Les partenaires contractuels s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA d'éviter les redondances de données et de privilégier, à qualité de données équivalente, la livraison des données par un tiers agissant sur mandat des assureurs plutôt que la livraison directe des données par les assureurs.
- ⁶ Les partenaires contractuels s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA d'élaborer et de publier le règlement relatif à la première collecte de données dans un délai convenable après l'approbation de la convention relative à la structure tarifaire par le Conseil fédéral.

4. Définitions statistiques

4.1. Unité statistique

- ¹ La personne (assurée AOS) fait figure d'unité statistique.

4.2. Population

- ¹ La population se compose de tous les assurés AOS domiciliés en Suisse.

4.3. Périodes de référence

- ¹ L'année civile fait figure de période de référence.

4.4. Référence temps

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

4.5. Durée et périodicité

- ¹ Le monitoring est réalisé à compter de l'année civile 2018.
- ² Le monitoring est réalisé pour une durée indéterminée.
- ³ Le monitoring est réalisé pour chaque période de référence.

4.6. Échantillon

- ¹ Une collecte complète n'est pas nécessaire pour réaliser le monitoring. Le monitoring peut s'effectuer sur la base d'un échantillon sélectif (anglais: convenience sample).
- ² Si le monitoring est réalisé sur la base d'un échantillon sélectif, la somme des données utilisées doit couvrir la population de la manière la plus représentative possible.

4.7. Stratification et pondération

- ¹ Pour corriger la sélectivité de l'échantillon, il est procédé à un ajustement de l'échantillon.
- ² La population est partitionnée en strates groupes d'âge, sexe et grande région du domicile.
- ³ Un poids de l'échantillon est calculé pour chaque strate en divisant au sein de chaque strate la taille de la population par la taille de l'échantillon.
- ⁴ Il est ensuite procédé à une pondération de l'échantillon selon la pratique usuelle pour permettre de tirer des conclusions pertinentes sur la population.

5. Paramètres de mesure

5.1. Partitionnement des données de facturation en traitements ambulatoires

- ¹ Les données de prestations ambulatoires sont groupées en traitements ambulatoires sur la base des définitions dans l'annexe B. Le nombre de traitements ambulatoires est déterminé pour chaque assuré.

5.2. Classification des traitements ambulatoires

- ¹ La classification sépare dans un premier temps les traitements médicaux ambulatoires des autres traitements ambulatoires. Ensuite, il est défini pour chaque traitement médical ambulatoire si celui-ci relève du champ d'application du tarif forfaitaire par patient, du tarif à la prestation ou d'un autre tarif médical ambulatoire (cf. annexe B, chiffre 6).

5.3. Différenciation des paramètres de mesure

- ¹ Tous les paramètres de mesure figurant au chiffre 5.4 sont présentés:

- séparément pour le secteur ambulatoire des cabinets et le secteur ambulatoire hospitalier et de manière agrégée;
- dans le secteur ambulatoire des cabinets séparément pour la médecine de premier recours et la médecine spécialisée selon la définition dans l'annexe E et de manière agrégée;
- différenciés au niveau régional et selon les grandes régions;
- séparément selon le sexe et de manière agrégée;
- selon les groupes d'âge et de manière agrégée;
- avec et sans ajustement du risque selon le chiffre 7.2 Ajustement du risque;
- avec et sans délimitation de prestations et modifications de prix selon le chiffre 6 Délimitation de prestations et modifications de prix;
- avec et sans prise en compte de l'external factor selon l'annexe E.

² La différenciation régionale se base sur les sept grandes régions selon l'Office fédéral de la statistique: Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin. L'emplacement du fournisseur de prestations détermine l'attribution.

5.4. Paramètres de mesure pour les prestations médicales ambulatoires

- ¹ Prestations médicales ambulatoires (somme des paramètres de mesure des points 2, 3 et 4).
 - Coûts bruts;
 - Nombre de traitements ambulatoires.
- ² Tarif forfaitaire par patient (traitements ambulatoires selon l'annexe B, chiffre 6.1.)
 - Coûts bruts de toutes les prestations (étendue des prestations du traitement ambulatoire selon l'annexe B);
 - Coûts bruts des prestations incluses dans le forfait (étendue des prestations de la position tarifaire du tarif forfaitaire par patient);
 - Nombre de traitements ambulatoires;
 - Nombre de points tarifaires;
 - Prix.
- ³ Tarif à la prestation (traitements ambulatoires selon l'annexe B, chiffre 6.2.)
 - Coûts bruts de toutes les prestations (étendue des prestations du traitement ambulatoire selon l'annexe B);
 - Coûts bruts des prestations médicales (étendue des prestations de la position tarifaire du tarif à la prestation);
 - Nombre de traitements ambulatoires;
 - Nombre de points tarifaires;
 - Prix.
- ⁴ Autres prestations médicales ambulatoires (traitements ambulatoires selon l'annexe B, chiffre 6.3.);
 - Coûts bruts;
 - Nombre de traitements ambulatoires.

5.5. Paramètres de mesure de comparaison

- ¹ D'autres paramètres de mesure relatifs à des prestations ambulatoires paramédicales et à des prestations hospitalières sont considérées pour interpréter l'évolution des coûts.
- ² Physiothérapie
 - Coûts bruts.
- ³ Soins ambulatoires: soins à domicile et infirmiers
 - Coûts bruts.
- ⁴ Autres secteurs ambulatoires: médecine dentaire, chiropratique, sages-femmes, ergothérapie, logopédie, conseil nutritionnel, transport et sauvetage, etc.
 - Coûts bruts.
- ⁵ Prestations hospitalières
 - Coûts bruts SwissDRG;
 - Coûts bruts ST Reha;
 - Coûts bruts TARPSY.

6. Délimitation de prestations et modifications de prix

- ¹ Afin que les développements futurs de l'obligation de prise en charge n'entraient pas la pertinence du monitoring, les prestations suivantes sont délimitées et monitorées séparément et les modifications de prix sont prises en compte.

6.1. Modifications de l'obligation de prise en charge

- ¹ Pour former une série chronologique cohérente, les prestations suivantes ne sont pas prises en compte dans le monitoring des prestations médicales ambulatoires:
 - Psychothérapie psychologique
- ² Pour former une série chronologique cohérente, les prestations des fournisseurs de prestations suivantes ne sont pas prises en compte dans le monitoring de toutes les prestations ambulatoires:
 - Podologues
 - Psychothérapeutes psychologiques
- ³ Lors d'adaptations de l'obligation de prise en charge selon l'OPAS, le secrétariat de l'OTMA vérifie la délimitation des prestations et peut, sur demande du groupe d'experts monitoring, délimiter d'autres prestations et les soumettre à un monitoring séparé.

6.2. Prestations à la charge de tiers

- ¹ Les prestations qui sont comprises dans les données de facturation, mais qui sont remboursées par des tiers (p. ex. la Confédération), doivent faire l'objet d'un monitoring séparé.

6.3. Modifications de prix

- ¹ L'évolution des coûts pour les prestations TARMED est corrigée des éventuelles modifications de prix (valeur du point tarifaire VPT). Pour ce faire, la VPT de l'année de référence (2025) est appliquée sur les volumes de points tarifaires des années 2018 à 2024.
- ² L'évolution des coûts pour les prestations dans le champ d'application du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient est corrigée des éventuelles modifications de prix (valeur du point tarifaire VPT). Pour ce faire, la VPT de départ de l'année d'introduction (2026) est appliquée sur les volumes de points tarifaires des années suivantes.

7. Constitution de paramètres de mesure

7.1. Agrégation en moyennes

- ¹ Les paramètres de mesure sont obtenus par agrégation des moyennes arithmétiques en tenant compte des poids des échantillons.
- ² Tous les paramètres de mesure doivent être interprétés comme valeurs moyennes par personne assurée.

7.2. Ajustement du risque

- ¹ L'ajustement du risque permet de maintenir constante la structure de la population et de la morbidité de l'année de référence 2025.
- ² L'ajustement du risque s'effectue au moyen des caractéristiques suivantes:
 - Démographie: groupes d'âge (définition analogue au pool de données de SASIS SA), sexe (h/f);
 - Comportement du patient et couverture d'assurance: franchise annuelle (basse/élevée), couverture accidents (oui/non), la personne compte au moins une consultation médicale pendant la période de référence (oui/non), la personne compte au moins un traitement ambulatoire hospitalier urgent pendant la période de référence (oui/non);
 - Indicateurs de morbidité selon la compensation des risques: séjour hospitalier l'année précédente (oui/non), l'année précédente (oui/non) [données des années 2018 et 2019], 36 indicateurs pour les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) (oui/non) [données dès l'année 2020];
 - Indicateur(s) pour les patients ayant subi une intervention inscrite dans la liste «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AVS).
- ³ Si cet ajustement du risque produit des résultats manifestement en contradiction totale avec la situation effective, il incombe au conseil d'administration de l'OTMA de compléter dans le concept technique selon le chiffre 3 l'ajustement du risque avec les caractéristiques nécessaires.
- ⁴ L'ajustement du risque est réalisé selon l'Entropy Balancing (Hainmüller 2018).