



## Convention

du

1<sup>er</sup> février 2023

concernant

## la méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations selon l'art. 56, al. 6, LAMal

entre

### **FMH**

Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15

et

### **santésuisse**

Römerstrasse 20, 4502 Soleure

et

### **curafutura**

Gutenbergstrasse 14, 3011 Berne

## Préambule

L'art. 56, al. 6, LAMal oblige les fournisseurs de prestations et les assureurs à convenir d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations. santésuisse, curafutura et la FMH ont mandaté la société Polynomics AG pour procéder à la vérification, à la validation et au développement continu de la méthode de sélection (*screening*) visant à repérer les médecins ainsi que les institutions de soins ambulatoires (art. 35, al. 2, let. a et n, LAMal, ci-après les «fournisseurs de prestations») dont les coûts sont hors normes selon la LAMal. Cette méthode constitue la première étape de ces contrôles statistiques de l'économicité. Elle représente dès lors l'unique objet de la présente convention. La méthode de sélection adaptée par Polynomics AG a été acceptée par santésuisse, curafutura et la FMH, et doit continuer à être utilisée pour identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont hors normes selon la LAMal. L'utilisation de l'indice de régression seul n'est pas non plus autorisée à d'autres fins sans analyse de cas individuels. À cette fin, santésuisse, curafutura et la FMH conviennent de ce qui suit:

1. santésuisse, curafutura et la FMH définissent comme méthode de sélection pour identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont hors normes selon la LAMal la présente analyse statistique de régression en deux étapes telle que définie dans le rapport final de l'étude de Polynomics AG (annexe 1).

2. <sup>1</sup> La méthode de sélection précisée au point 1 repose sur un modèle détaillé dans le rapport final de Polynomics AG (2017) qui contient les variables ci-après:

<sup>2</sup> À la première étape, le modèle prend en compte les facteurs de morbidité suivants:

- âge et sexe des patients
- groupes de coûts pharmaceutiques (*pharmaceutical cost groups*, PCG)
- franchises des patients
- séjour des patients dans un hôpital au cours de l'année précédente

<sup>3</sup> À la deuxième étape, le modèle prend en compte les facteurs suivants:

- canton d'implantation du fournisseur de prestations
- groupe de médecins spécialistes

<sup>4</sup> santésuisse, curafutura et la FMH conviennent d'utiliser la méthode de sélection telle que précisée aux points 1 et 2 devant toutes les instances à partir de l'année statistique 2017. La méthode de sélection est utilisée sur l'ensemble du territoire suisse. Si un fournisseur de prestations présente des coûts hors normes, cela ne signifie pas qu'il travaille de manière non économique. Pour clarifier de manière précise si un fournisseur de prestation travaille de manière économique ou non au sens de la méthode appliquée, santésuisse et/ou l'assureur concerné procède(nt) à une première évaluation individuelle interne complète des fournisseurs de prestations présentant une augmentation des valeurs d'indice, notamment sur la base du rapport de régression. L'objectif est de vérifier la plausibilité de l'augmentation de la valeur d'indice. Le rapport de régression ne peut être utilisé que par les assureurs dont les données ont été intégrées dans le calcul de régression. Si cela ne permet pas d'écarter le soupçon d'une fourniture de prestations non économique et si des demandes de remboursement sont formulées, les réflexions pertinentes à cette date sont en règle générale communiquées au fournisseur de prestations à partir de l'année statistique 2022.

<sup>5</sup> Dans le cadre de son droit d'être entendu, le fournisseur de prestations peut exposer son point de vue. Il s'agit de donner au fournisseur de prestations la possibilité de démontrer de manière objective et compréhensible les éventuelles particularités de son cabinet qui ne sont pas prises en compte dans le cadre de la méthode de sélection, qui distinguent considérablement son cabinet de ceux des fournisseurs de prestations comparables et qui, par conséquent, entraînent une augmentation de la valeur de l'indice de

régression. Les faits avancés par le fournisseur de prestations doivent être examinés et pris en compte par santésuisse et/ou les assureurs s'ils sont pertinents. Le fournisseur de prestations est tenu d'apporter la preuve des particularités de son cabinet médical.

<sup>6</sup> Le fournisseur de prestations est en tout temps libre de mandater des représentants légaux ou d'autres experts, et de faire appel à eux pour les négociations ou la procédure.

<sup>7</sup> À partir de l'année statistique 2022, santésuisse publie, dans le cadre des négociations de conciliation, la liste des assureurs qui lui ont donné procuration et la part de marché que ces derniers représentent.

3. <sup>1</sup> santésuisse procède à la sélection (calcul de l'indice) au sens de la présente convention sur la base des données de branche des assureurs (pool de données et tarifaire de SA-SIS SA).

<sup>2</sup> Le degré de couverture de la base de données utilisée (pool de données) est communiqué de manière transparente au fournisseur de prestations.

4. santésuisse, curafutura et la FMH documentent la méthode appliquée dans un document librement accessible (publication commune) qui contient la présentation détaillée de la base de données, des données traitées et des étapes de transformation ainsi que la spécification concrète de la méthode statistique utilisée.

5. Les assureurs publient une fois par année le nombre de mesures réalisées (monitorage) par groupe de spécialistes (médecins de premiers recours/spécialistes) et par région (Suisse alémanique/latine) comme suit:

- a. nombre de médecins dont les coûts sont statistiquement hors normes selon la méthode de sélection
  - i. lettres d'avertissement (médecins filtrés pour la 1<sup>ère</sup> fois)
  - ii. lettres de statut (phase d'observation)
- b. nombre d'entretiens menés avec les médecins
- c. nombre de requêtes formulées, ventilées par
  - i. nombre de transactions effectives, et
  - ii. nombre de procédures devant une commission paritaire de confiance et/ou de procédures judiciaires.

6. La mise en œuvre des contrôles de l'économicité selon l'art. 56 LAMal relève de la compétence des assureurs.

7. <sup>1</sup> La présente convention ne limite pas la compétence des assureurs à faire valoir d'autres prétentions éventuelles fondées sur une autre base que la présente convention de sélection (p. ex. contrôles au cas par cas, méthode analytique, tarifcontrolling, contrôles de factures, notamment contrôles de factures systématiques rétrospectifs, comparaisons de coûts moyens).

<sup>2</sup> L'assureur doit veiller à ce qu'un fournisseur de prestations ne doive effectuer qu'un seul remboursement au titre de l'économicité, à un seul et même assureur, pour la période correspondante et pour les mêmes faits. Cela concerne toutes les méthodes dans le cadre du contrôle des factures et de l'économicité prévu au point 7, alinéa 1.

<sup>3</sup> Le fournisseur de prestations informe des éventuelles demandes de remboursement qui lui ont été adressées à double pour les mêmes faits durant la même période d'évaluation.

8. <sup>1</sup> Les assureurs s'engagent à améliorer régulièrement la méthode en concertation avec la FMH sur la base des nouvelles données et/ou connaissances disponibles. La FMH, santésuisse et curafutura se réunissent une fois par an à cette fin.
- <sup>2</sup> Les parties contractantes veillent à ce que toutes les formes de cabinets (p. ex. les cabinets de groupe) soient prises en compte de manière appropriée dans le de l'indice. Une première évaluation sera disponible au plus tard fin 2023.
- <sup>3</sup> santésuisse, curafutura et la FMH désignent en outre un groupe de travail chargé d'intensifier la collaboration et d'accroître la transparence dans le seul but d'optimiser la méthode convenue. Le groupe de travail est tenu de respecter la confidentialité et la protection des données. Les autres modalités sont réglées indépendamment de la convention relative à la méthode.
9. D'ici 2028, les assureurs développeront une méthode selon l'art. 56, al. 6, LAMal pour identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont hors normes également dans le secteur hospitalier ambulatoire et mèneront des négociations contractuelles en ce sens.
10. La présente convention remplace les conventions, accords et déclarations d'intention antérieurs, et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2023.
11. La présente convention peut être résiliée pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de 6 mois, la première fois pour le 31 décembre 2024.
12. L'annexe suivante forme la base de la présente convention:

Annexe 1: Rapport final de l'étude sur le développement de la méthode statistique visant à contrôler l'économicité des prestations – étude commandée par la FMH, santésuisse et curafutura et réalisée par Polynomics AG (2017)

## FMH

Lieu/date:

.....

.....

Dr Yvonne Gilli  
Présidente

.....

Stefan Kaufmann  
Secrétaire général

**santésuisse**

Lieu/date:

.....

.....  
Martin Landolt  
Président

.....  
Verena Nold  
Directrice

**curafutura**

Lieu/date:

.....

.....  
Josef Dittli  
Président

.....  
Pius Zängerie  
Directeur