

Contrôle de l'économicité: convention adaptée

Contrôle de l'économicité La loi sur l'assurance-maladie exige que les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations. La signature d'une convention relative à cette méthode par santésuisse, curafutura et la FMH remonte à 2018. À la demande de curafutura et de la FMH, des négociations en vue d'une modification de la convention ont eu lieu ces derniers mois.

Patrick Müller

Chef de la division Médecine et tarifs ambulatoires, FMH

Conformément à l'art. 56 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie sont tenus de contrôler si la prise en charge des patients par les fournisseurs de prestations médicales répond aux exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE selon l'art. 32 de la LAMal). Dans la convention relative à l'art. 56 al. 6 LAMal, santésuisse, curafutura et la FMH ont défini la méthode statistique de sélection comme première étape du contrôle de l'économicité dans le cadre de procédures de réclamation générale. Cette méthode de sélection vise à identifier au moyen de méthodes statistiques les fournisseurs de prestations qui présentent des coûts anormalement élevés. Depuis 2018, la méthode ANOVA a été remplacée par une méthode de régression à deux niveaux.

La nouvelle convention est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2023.

Cette méthode de sélection tient compte des paramètres qui ont un impact sur les coûts: âge, sexe, groupes de coûts pharmaceutiques (PCG), séjours hospitaliers l'année précédente, franchise basse/élevée, lieu de la fourniture de la prestation (canton) et groupe de spécialistes. Elle tient mieux compte de la morbidité des patients, ce qui accroît la spécificité dans le cadre du contrôle de l'économicité. Ainsi, d'une part, les médecins qui facturent correctement leurs prestations ne sont pas identifiés à tort comme fournisseurs de prestations ne répondant pas aux critères d'économicité. D'autre part, les

médecins qui ne facturent pas correctement leurs prestations avec un collectif de patients dont la morbidité est inférieure à la moyenne ne sont pas identifiés à tort comme fournisseurs de prestations répondant aux critères d'économicité. Un indice est finalement calculé dans l'analyse de régression à partir de l'effet du cabinet corrigé. Il indique de combien de pour cent les coûts d'un cabinet médical dépassent la valeur attendue. Les médecins qui dépassent nettement la valeur indicelle moyenne de 100 sont considérés comme statistiquement hors norme et soumis à une analyse individuelle prenant en compte l'application du tarif, les médicaments ainsi que le collectif de patients.

On notera que ce n'est que dans le cadre d'une analyse individuelle subséquente, qui doit obligatoirement être réalisée, que l'on peut déterminer s'il s'agit d'un cas de surmédicalisation et répondre à la question de savoir si un fournisseur de prestations ne répond pas aux critères d'économicité. Dans cette analyse consécutive, le fournisseur de prestations concerné peut faire valoir les particularités du cabinet qui ne sont pas ou qui ne sont que partiellement prises en compte par la méthode de sélection. santésuisse ou, le cas échéant après le calcul de l'indice, certains assureurs mettent en œuvre et appliquent la méthode de sélection.

Champ d'application

La convention relative à la méthode statistique de sélection s'applique dans le cadre du contrôle statistique de l'économicité, en comparaison avec le collectif de référence du groupe de spécialistes attribué. Cette méthode de contrôle statistique est basée sur les coûts et non sur l'application du tarif ou sur des posi-

Informations complémentaires sur le contrôle de l'économicité

Vous trouverez des informations complémentaires concernant le contrôle de l'économicité sur le site internet de la FMH [1] (www.fmh.ch > Thèmes > Tarifs ambulatoires > Contrôle de l'économicité). Vous y trouverez la FAQ spécifique, le manuel du contrôle de l'économicité, la convention selon l'art. 56 al. 6 LAMal et une prise de position de la FMH relative à la méthode de sélection. Les membres concernés peuvent s'adresser à la FMH pour un premier conseil. Nous vous prions d'adresser vos demandes écrites à l'adresse électronique suivante: tarife.ambulant@fmh.ch. De plus, la FMH exploite la ligne d'assistance TARMED, le lundi de 9 à 12h, au numéro de tél. 0900 340 340 (tarif réseau fixe).

tions tarifaires individuelles. Le contrôle de l'économicité doit être distingué du tarif-controlling qui est une autre forme du contrôle de l'économicité fondée sur les positions tarifaires facturées par le fournisseur de prestations selon le pool tarifaire des assureurs-maladie et qui analyse donc l'application du tarif. Ces deux procédures ouvrent la voie aux demandes de restitution qui peuvent être adressées aux fournisseurs de prestations. La présente convention ne régit que l'application du contrôle statistique de l'économicité.

Des adaptations essentielles

L'expérience de ces quatre dernières années a montré que la convention actuelle devait être modifiée. À la demande de curafutura et de la FMH, des négociations dans ce sens ont eu lieu ces derniers mois. Dans le cadre de ces négociations, la FMH a demandé que certains points de la convention soient modifiés. Elle a par exemple demandé que l'analyse individuelle mentionnée dans la convention soit présentée de manière détaillée, que le reporting des actions entreprises par les assureurs-maladie soit affiné et que les différentes étapes du calcul de régression soient publiées de manière transparente. De plus, la FMH a tenu à ce que la convention précise que le médecin ne peut être poursuivi qu'une seule fois pour un fait donné, indépendamment de la forme du contrôle de l'économicité appliqué (contrôle statistique ou tarifcontrolling). Les négociations, difficiles mais constructives, ont pu être conclues à la fin novembre 2022. Les partenaires tarifaires avaient jusqu'à fin février 2023 pour soumettre la convention modifiée à l'approbation de leurs organes.

Du point de vue des médecins, la nouvelle convention apporte de nettes améliorations.

Du point de vue du corps médical, les modifications apportées à la convention ont permis une nette amélioration par rapport à la convention actuelle. Les modifications suivantes méritent d'être soulignées:

- **Précision de l'analyse individuelle:** si un fournisseur de prestations présente des coûts hors norme, cela ne veut pas automatiquement dire qu'il ne répond pas aux critères d'économicité. Pour clarifier la question de savoir si un fournisseur de prestation qualifié de hors norme selon la méthode appliquée répond ou non aux critères d'économicité, santésuisse ou l'assureur concerné soumet le fournisseur de prestations qui présente des valeurs indicielles plus élevées à une première analyse individuelle interne, qui s'appuie notamment sur le rapport de régression. Le but est de contrôler la plausibilité de la valeur indicielle plus élevée.
- **Prise en compte des particularités du cabinet:** le fournisseur de prestations peut dans tous les cas exposer son point de vue dans le cadre du droit d'être entendu. Cela permet au fournisseur de prestations de présenter de manière objective et compréhensible les particularités non prises en compte dans le cadre de la méthode de sélection qui distinguent son cabinet du collectif de référence et qui entraînent une valeur de l'indice



© Natalia Mysik / Dreamstime

La procédure consiste à vérifier si les médecins travaillent de manière économique.

- de régression plus élevée. santésuisse ou l'assureur doivent analyser les faits invoqués par le fournisseur de prestations et, s'ils sont pertinents, en tenir compte. Si le fournisseur de prestations fait valoir des particularités du cabinet, la charge de la preuve lui incombe. santésuisse ne vérifie généralement que les arguments fondés sur les données (pas de preuves purement anecdotiques).
- **Divulgarion des procurations des assureurs:** santésuisse publie à compter de l'année statistique 2022, dans le cadre des négociations transactionnelles, la liste des assureurs qui ont délivré une procuration ainsi que la part de marché qu'ils représentent. Cela renforce considérablement la transparence vis-à-vis du fournisseur de prestations concerné.
- Le **taux de couverture de la base de données** (pool de données) utilisée est **communiqué de manière transparente** au fournisseur de prestations.
- **Compléments et niveau de détail relatifs au monitoring:** les assureurs publient chaque année le nombre de mesures effectuées (monitoring) selon les groupes de spécialistes agréés (médecin de premier recours/spécialistes) et les régions (Suisse alémanique/Suisse latine). Pour cela, le nombre de médecins hors norme, le nombre d'entretiens menés avec les médecins et le nombre de procédures engagées (CPC, tribunaux et accords) sont publiés.
- **Garantie qu'un médecin ne peut être poursuivi qu'une seule fois pour un fait donné:** d'autres procédures peuvent être engagées dans le cadre du contrôle de l'économicité (p. ex. tarifcontrolling) et se dérouler indépendamment d'une procédure concernant la valeur indicielle calculée dans le cadre du contrôle de l'économicité au moyen de la méthode de sélection. Il faut cependant s'assurer que le médecin concerné ne puisse pas être poursuivi deux fois pour le même fait par différentes parties. Pour ce faire, une concertation entre les assureurs et respectivement avec tarifsuisse est nécessaire.

- **Prise en compte de toutes les formes de cabinet:** garantie que toutes les formes de cabinet sont prises en compte de manière équivalente par la méthode, en particulier aussi les cabinets de groupe (hétérogènes).

À noter que la méthode de sélection convenue (méthode de régression) n'a pas été modifiée dans le cadre des négociations et qu'elle continuera d'être appliquée dans les procédures de réclamation générale. Le développement de la méthode de sélection se poursuit en priorité dans le cadre d'un groupe de travail composé des partenaires tarifaires, mais ne fait pas partie de cette adaptation de la convention.

Mise en vigueur rétroactive

Tous les partenaires tarifaires ont approuvé la convention modifiée en février 2023. La convention est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1er janvier 2023 et remplace la précédente convention à compter de cette date.

La nouvelle convention nécessaire à l'exécution de l'art. 56 al. 6 LAMal concernant la méthode de sélection peut être consultée sur le site internet de la FMH [1].

Correspondance

tarife.ambulant[at]fmh.ch



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR