

Frequently Asked Questions

Controlling tarifaire

Version du : 02 novembre 2023

Autres FAQ du département Médecine et tarifs ambulatoires :

- [FAQ TARMED](#)
- [FAQ Tarifs et codes de tarifs](#)
- [FAQ Contrôle de l'économicité](#) (protégé par un mot de passe pour les membres de la FMH sous myFMH)
- [FAQ Laboratoire au cabinet médical et Liste des analyses](#)
- [FAQ Médicaments et Liste des spécialités](#)

Table des matières

1.	Le controlling tarifaire, qu'est-ce que c'est ?	2
2.	Quel est l'objectif du controlling tarifaire ?	2
3.	Qui procède au controlling tarifaire ?	2
4.	Comment le controlling tarifaire est-il effectué ?	2
4.1	Les procédures de controlling tarifaire découlent-elles toujours d'une analyse de la grille des positions / de l'application du tarif ?	2
5.	Quelles sont les bases légales du controlling tarifaire ?	2
6.	Pour quelles assurances-maladie tarifsuisse sa exécute-t-elle le controlling tarifaire ?	3
7.	Quels sont les droits et les devoirs des médecins dans le cadre du controlling tarifaire ?	3
8.	Où et par qui un médecin peut-il recevoir de l'aide en cas de problèmes lors d'un controlling tarifaire ?	3

1. Le controlling tarifaire, qu'est-ce que c'est ?

Le controlling tarifaire est le contrôle des positions tarifaires facturées par les fournisseurs de prestations, sur la base du pool tarifaire des assureurs-maladie, c.-à-d. **une analyse de la manière dont le tarif est appliqué**. Le controlling tarifaire vise également à vérifier l'autorisation de fournir les prestations facturées (p. ex. valeur intrinsèque requise) le respect des règles (p. ex. limitations, cumuls).

2. Quel est l'objectif du controlling tarifaire ?

L'objectif du controlling tarifaire est d'identifier les fournisseurs de prestations qui n'appliquent pas correctement les positions tarifaires ou qui les appliquent de manière abusive, ou ceux dont les factures présentent des irrégularités d'une autre nature, et qui, par conséquent, ne respectent pas le principe d'économicité de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Pour ce faire, la manière dont le fournisseur de prestations considéré applique le tarif est analysée en fonction de son groupe de référence. Le groupe de référence utilisé est généralement le propre groupe de spécialistes ou une sélection de fournisseurs de prestations qui facturent les positions contestées, y c. p. ex. des fournisseurs de prestations ambulatoires du secteur hospitalier. En présence d'écarts dans l'application du tarif qui ne peuvent pas être expliqués de manière objective et plausible, une demande de remboursement est transmise au fournisseur de prestations concerné.

3. Qui procède au controlling tarifaire ?

Le controlling tarifaire est effectué par des (grands) assureurs individuels ou par des groupements d'assureurs pour le compte de leurs clients (p. ex. tarifsuisse sa).

4. Comment le controlling tarifaire est-il effectué ?

La grille des positions, c.-à-d. le nombre de positions par rapport au groupe de référence, est analysée – en cas d'écarts élevés, une analyse plus approfondie est effectuée, avec prise de contact et, cas échéant, demande de restitution. Le controlling tarifaire « classique », tel qu'il a été historiquement introduit par tarifsuisse, consiste à comparer le nombre de positions par an par rapport au propre groupe de spécialistes. Pour la demande de restitution, on compare souvent avec un sous-groupe, p. ex. uniquement les fournisseurs de prestations du même groupe de spécialistes qui appliquent également les positions contestées. Helsana procède pour sa part à une « visualisation des fournisseurs de prestations ». Pour cela, elle compare les coûts de traitement par patient sur la base des positions facturées (p. ex. le nombre de polypes enlevés dans le cas d'une coloscopie rendue nécessaire par le diagnostic).

4.1 Les procédures de controlling tarifaire découlent-elles toujours d'une analyse de la grille des positions / de l'application du tarif ?

Outre l'analyse des données du pool tarifaire de tous les assureurs (pool tarifaire SASIS) ou d'un seul (grand) assureur, les patients, collaborateurs et collègues ont également la possibilité d'annoncer des cas (tarifsuisse sa a mis en place un bureau dédié).

5. Quelles sont les bases légales du controlling tarifaire ?

Le controlling tarifaire repose notamment sur l'art. 42, al. 3 et 4, et l'art. 56 LAMal :

Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. Les diagnostics et les procédures doivent également être indiqués. L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical. La rémunération des prestations qui dépassent la

mesure nécessaire à l'économicité peut être refusée. Ont qualité pour demander la restitution : a) dans le système du tiers garant, l'assuré, ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur ; b) dans le système du tiers payant, l'assureur.

6. Pour quelles assurances-maladie tarifsuisse sa exécute-t-elle le controlling tarifaire ?

tarifsuisse sa exécute le controlling tarifaire en particulier pour ses clients. Avec 45 assurances-maladie, tarifsuisse sa détient une part de marché d'environ 60 %. À qui appartiennent les sommes provenant de demandes de restitution ?

Les sommes restituées appartiennent aux assurés. Un remboursement direct aux assurés entraînerait toutefois des dépenses disproportionnées. C'est pourquoi les sommes sont remboursées au prorata aux différents assureurs et intégrées dans le calcul des primes.

7. Quels sont les droits et les devoirs des médecins dans le cadre du controlling tarifaire ?

Conformément à l'art. 42, al. 3, LAMal, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dès lors, le médecin doit remettre à tarifsuisse sa (mandatée par certains assureurs pour contrôler les factures) les informations dont a besoin l'assureur-maladie pour vérifier si la facture est correcte.

8. Où et par qui un médecin peut-il recevoir de l'aide en cas de problèmes lors d'un controlling tarifaire ?

Tout médecin membre de la FMH peut s'adresser à la division Médecine et tarifs ambulatoires (par courriel à tarife.ambulant@fmh.ch ou par tél. le lundi de 9h à 12h au 0900 340 340 [réseau fixe 0,08 fr/min]).

La FMH aide en particulier les médecins qui rencontrent des problèmes dans le cadre du controlling tarifaire. Elle peut les conseiller (dans la mesure du possible) et clarifier, sur la base des documents mis à sa disposition par le médecin, si les soupçons émis par l'assureur sont justifiés ou pas. Pour cela, elle collabore notamment avec le centre de confiance du médecin et le Service juridique de la FMH.

Informations complémentaires

Vous pouvez adresser vos demandes écrites à l'adresse électronique suivante : tarife.ambulant@fmh.ch. La FMH propose par ailleurs une ligne d'assistance TARMED le lundi de 9h à 12h au 0900 340 340 (tarif local).

Frequently Asked Questions

Contrôle de l'économicité

Version du : 02 novembre 2023

Autres FAQ du département Médecine et tarifs ambulatoires :

- [FAQ TARMED](#)
- [FAQ Tarifs et codes de tarifs](#)
- [FAQ Controlling tarifaire](#)
- [FAQ Laboratoire au cabinet médical et Liste des analyses](#)
- [FAQ Médicaments et Liste des spécialités](#)

Table des matières

1.	Comment se déroulent les contrôles de l'économicité par les assureurs ?	3
2.	Qu'est-ce qui est vérifié dans le cadre des contrôles de l'économicité ?	3
3.	Pourquoi et comment les fournisseurs de prestations « hors norme » sont-ils identifiés ?	3
4.	Sur quelles données le contrôle de l'économicité repose-t-il ?	3
5.	Quels sont les coûts pris en compte dans la méthode de sélection ?	3
6.	Quelle est la date déterminante ?	4
7.	Quelles sont les principales différences entre les données des assureurs et celles des médecins ?	4
8.	Quel est l'objectif et la base conventionnelle de la nouvelle méthode de sélection ?	4
8.1	Lors de la modification de la convention (valable à partir du 1 ^{er} janvier 2023), les points suivants ont notamment été précisés :	4
9.	Depuis quand la nouvelle méthode de sélection est-elle utilisée ?	4
10.	Pourquoi la méthode convenue est-elle une méthode de sélection ?	4
11.	Quand un médecin est-il « hors norme » au regard de la méthode de sélection ?	5
12.	Combien de médecins sont statistiquement « hors norme » et combien de procédures / mesures de santé suisse sont en cours ?	5
13.	Quelle est la valeur d'indice applicable, 120 ou 130 points ?	5

14.	Quelles sont les différentes méthodes permettant de calculer les indices de coûts ?	5
15.	Quelles sont les principales différences entre les trois méthodes de calcul ?	5
16.	En quoi consiste la nouvelle méthode de sélection ?	6
17.	Pourquoi utilise-t-on des variables de morbidité ?	6
18.	Pourquoi utilise-t-on des variables de morbidité ? Explication du Tribunal fédéral concernant ANOVA (TF 9C_67/2018)	6
19.	Les indices en résultant sont-ils compréhensibles ?	6
20.	Quelles informations le rapport de régression contient-il ?	7
21.	Quelles variables ont l'effet de levier le plus important ?	7
22.	Quel est le rapport entre les « coûts par malade » et les différentes variables de morbidité ?	7
23.	Quels facteurs peuvent être critiques ou entraîner un indice élevé (sélection) ?	7
24.	La nouvelle méthode de sélection est-elle meilleure ?	7
25.	La nouvelle méthode de sélection satisfait-elle aux attentes ?	8
26.	Quelles répercussions négatives la prise en compte des médicaments pertinents pour les PCG peut-elle avoir dans la nouvelle méthode de sélection ?	8
27.	Une durée de traitement prolongée par patient (durée de séance prolongée) entraîne-t-elle un indice élevé ?	8
28.	Quels coûts sont déterminants pour une demande de restitution ?	8
29.	Comment santésuisse calcule le montant de la restitution dans le cadre de la procédure d'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal ?	8
30.	À partir de quelle valeur faut-il agir ?	8
31.	L'indice EAE dans le miroir du cabinet est-il identique à l'indice de régression de santésuisse ?	9
32.	Quand le contrôle de l'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal est-il effectué ?	9
33.	Quand les prétentions en restitution sont-elles prescrites et peuvent-elles s'accumuler sur plusieurs années dans le cadre de procédures d'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal ?	9

1. Comment se déroulent les contrôles de l'économicité par les assureurs ?

La première étape des contrôles de l'économicité consiste à identifier les fournisseurs de prestations avec des coûts dits « hors norme » (indice élevé). Pour cela, les assureurs utilisent la méthode de sélection (screening) convenue contractuellement entre santésuisse, curafutura et la FMH le 1^{er} février 2023. Cette première étape est effectuée par tarifsuisse sa sur mandat des assureurs. Lorsqu'un fournisseur de prestations affiche un indice élevé, santésuisse ou l'assureur vérifie la plausibilité de la valeur obtenue, ou délègue cette vérification à un tiers (p. ex. tarifsuisse sa). Si le soupçon de non-economicité des prestations ne peut pas être levé, le fournisseur de prestations a la possibilité d'exposer son point de vue dans le cadre du droit d'être entendu et en particulier de présenter de manière convaincante les particularités de son cabinet qui n'ont pas été prises en compte dans le cadre de la méthode de sélection. Si l'assureur juge que les explications ne sont pas convaincantes, il peut déposer plainte contre le fournisseur de prestations auprès du Tribunal arbitral cantonal. Dans certains cantons, la réglementation prévoit au préalable un traitement par la commission paritaire. Les décisions du Tribunal arbitral peuvent être contestées devant le Tribunal fédéral.

2. Qu'est-ce qui est vérifié dans le cadre des contrôles de l'économicité ?

Lors des contrôles de l'économicité, les coûts des fournisseurs de prestations sont soumis à une vérification statistique. Dans un premier temps, les fournisseurs de prestations « hors norme », c'est-à-dire dont les coûts sont significativement plus élevés que la moyenne, sont identifiés au moyen d'une méthode statistique de sélection (screening). Pour cela, les coûts moyens par malade d'un fournisseur de prestations sont comparés à un groupe de référence (même groupe de spécialistes). La méthode utilisée s'appuie sur cinq variables de morbidité et sur l'emplacement du cabinet (canton). L'ancienne méthode (ANOVA) avec seulement trois variables de morbidité n'est plus utilisée.

3. Pourquoi et comment les fournisseurs de prestations « hors norme » sont-ils identifiés ?

Dans le cadre de la méthode de sélection, les fournisseurs de prestations sont identifiés comme étant « hors norme » lorsque l'indice de coûts dépasse 130 points. Les indices montrent de combien les coûts moyens par malade chez un fournisseur de prestations dépassent ceux d'un collectif de référence. Les indices de plus de 130 points signifient que les coûts corrigés dépassent de 30 % la moyenne ou les coûts attendus dans le groupe de référence. Le calcul des indices de coûts tient compte de tous les coûts directs et occasionnés : médicaments, laboratoire, LiMA, physiothérapie et autres coûts ; mais pas des coûts occasionnés par les patients transmis à d'autres médecins ou hôpitaux. La valeur limite concernant le caractère « hors norme » n'est pas fixée contractuellement. santésuisse considère en partie que les valeurs dépassant 120 points sont déjà critiques, c'est-à-dire que santésuisse ouvrira déjà une procédure d'économicité lorsque la valeur de 120 points est dépassée.

4. Sur quelles données le contrôle de l'économicité repose-t-il ?

Le calcul repose sur les données des assureurs (pool de données et pool tarifaire). Il est réalisé chaque année sur la base de l'année précédente (= année statistique). La couverture atteint pratiquement 100 % des factures remises aux assureurs. Inversement, celles qui ne leur sont pas transmises ne sont pas prises en compte par leur pool de données et leur pool tarifaire. Dans le système du tiers garant, cette part peut être assez conséquente. Il manque notamment les factures des patients ayant une franchise élevée, qui, de manière générale, sont ceux dont les coûts sont faibles. tarifsuisse sa se base donc sur des coûts moyens plus élevés que les coûts moyens effectifs du cabinet. L'ampleur de cette différence n'est pas connue.

5. Quels sont les coûts pris en compte dans la méthode de sélection ?

Les données du pool de données et du pool tarifaire permettent non seulement d'attribuer au fournisseur de prestations ses prestations directement facturées (coûts directs), mais aussi les coûts occasionnés par ce dernier concernant les médicaments, le laboratoire, la LiMA, la physiothérapie et les autres coûts. Les coûts occasionnés par des patients transmis à d'autres médecins ou hôpitaux ne sont pas pris en compte.

6. Quelle est la date déterminante ?

La date à laquelle la facture est traitée par l'assureur-maladie est déterminante, et non la date à laquelle les prestations ont été fournies. C'est là une différence par rapport aux collectes de données des médecins (NewIndex SA / centres de confiance / Caisse des médecins).

7. Quelles sont les principales différences entre les données des assureurs et celles des médecins ?

Le pool de données / pool tarifaire des assureurs ne contient que des données qui sont traitées chez les assureurs. Les données de factures qui n'ont jamais été envoyées à ces derniers, p. ex. à cause d'une franchise élevée, ne sont pas incluses. De plus, la date à laquelle la facture est traitée par l'assureur est déterminante. Les centres de confiance des médecins utilisent comme date de référence la date à laquelle les prestations ont été fournies et incluent toutes les factures du cabinet, c'est-à-dire également celles des patients avec une franchise élevée. Par ailleurs, les centres de confiance ne disposent d'aucune donnée sur les coûts occasionnés par les médecins.

8. Quel est l'objectif et la base conventionnelle de la nouvelle méthode de sélection ?

La nouvelle méthode de sélection a été convenue le 23 août 2018 entre la FMH, santésuisse et curafutura. Elle est appliquée dans le cadre du contrôle de l'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal et sert à détecter les médecins avec des coûts hors norme selon la LAMal. La méthode de sélection représente la première étape du contrôle de l'économicité effectué par santésuisse. Lorsqu'un médecin présente des coûts hors norme, cela ne signifie pas automatiquement qu'il ne répond pas aux critères d'économicité. Cela doit ensuite être vérifié dans le cadre d'une analyse individuelle.

La convention a été modifiée le 1^{er} janvier 2023, en particulier en ce qui concerne la procédure (→ 8.1) – en revanche, la méthode de calcul (analyse de régression avec 5 variables de morbidité) n'a pas subi de modification.

8.1 Lors de la modification de la convention (valable à partir du 1^{er} janvier 2023), les points suivants ont notamment été précisés :

- Inclusion des institutions de soins ambulatoires
- L'utilisation du seul indice de régression à d'autres fins et hors analyse individuelle n'est pas autorisée
- Calcul par santésuisse, mise en œuvre par santésuisse et désormais aussi par différents assureurs ou par santésuisse et différents assureurs
- Lors d'une analyse individuelle, la valeur d'indice élevée doit être plausibilisée et communiquée au fournisseur de prestations
- Les motifs avancés par le fournisseur de prestations concernant les particularités de son cabinet non prises en compte sont vérifiés – la charge de la preuve revient au fournisseur de prestations. Les assureurs et leur part de marché, ainsi que le degré de couverture de la base de données, doivent être révisés lors des séances de conciliation
- Un groupe de travail de santésuisse, curafutura et la FMH se penche sur les questions du développement de la méthode

9. Depuis quand la nouvelle méthode de sélection est-elle utilisée ?

La nouvelle méthode de sélection est utilisée depuis l'année statistique 2017, c'est-à-dire depuis que l'on dispose des données de facturation pour l'année 2017.

10. Pourquoi la méthode convenue est-elle une méthode de sélection ?

La méthode consiste en une vérification statistique au moyen d'une analyse de régression. Il ne s'agit donc pas d'une analyse individuelle. Si un médecin présente des coûts « hors norme », cela signifie qu'il présente, d'après

l'analyse statistique, des coûts moyens supérieurs aux médecins de son groupe de référence (même groupe de spécialistes). santésuisse peut demander à un médecin « hors norme » de justifier cette différence de coûts (p. ex. particularités de son cabinet).

11. Quand un médecin est-il « hors norme » au regard de la méthode de sélection ?

Lorsque l'indice de régression des coûts totaux dépasse 130 points (cf. marge de tolérance). Ce seuil de 130 points ne figure pas dans la convention.

12. Combien de médecins sont statistiquement « hors norme » et combien de procédures / mesures de santésuisse sont en cours ?

Si près de 1700 médecins sont encore statistiquement « hors norme » avec le nouvel indice de régression, cela correspond à environ un tiers de moins qu'avec l'ancienne méthode. Vous trouverez une vue d'ensemble sur les sites internet de la FMH et de santésuisse :

- <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/controle-de-leconomicite.cfm>
- <https://tarifsuisse.ch/fr/nos-services/management-des-prestations/>

13. Quelle est la valeur d'indice applicable, 120 ou 130 points ?

Dans ses lettres aux médecins « hors norme », santésuisse utilise la formulation « [...] si l'indice de régression dépasse la valeur de 120 à 130 points, le fournisseur de prestations est considéré comme statistiquement « hors norme » ». Selon la méthode de sélection, les médecins avec un indice ≥ 130 points sont considérés comme statistiquement « hors norme ». En général, santésuisse n'envoie donc un courrier qu'aux médecins qui présentent un indice de régression ≥ 130 points. Cette valeur limite ne figure cependant pas dans la convention. santésuisse peut donc aussi s'adresser aux médecins avec une valeur indicelle < 130 points. Pour calculer la somme à restituer, santésuisse utilise la valeur de 120 points.

14. Quelles sont les différentes méthodes permettant de calculer les indices de coûts ?

Historiquement, les indices de coûts ont été calculés selon différentes méthodes.

- a) Méthode RSS (indice RSS, comparaison cantonale)
- b) Méthode ANOVA (indice ANOVA, comparaison suisse)
- c) Nouvelle méthode de sélection (indice de régression, comparaison suisse)

Au début, un simple calcul de la moyenne était effectué au sein du canton (indice RSS). À partir de 2014, un calcul de régression statistique a été effectué sur l'ensemble de la Suisse en tenant compte des variables de morbidité que sont l'âge et le sexe (indice ANOVA). À partir de l'année statistique 2017, la méthode a été affinée par la prise en compte de 5 variables de morbidité, dont 3 nouvelles en plus des 2 précédentes : séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente, franchise (élevée/basse), groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). L'indice RSS n'est plus calculé depuis 2019. Les indices ANOVA sont toujours calculés, mais ne sont plus mentionnés que dans une note de bas de page dans le rapport de régression. Les données relatives aux coûts totaux par malade figurant à la page 3 du rapport de régression permettent de calculer un indice non corrigé de la morbidité qui correspond à l'ancien indice RSS rapporté à l'ensemble de la Suisse. Cela permet d'estimer qualitativement la prédominance des variables de morbidité (cf. FAQ 15).

15. Quelles sont les principales différences entre les trois méthodes de calcul ?

Méthode RSS : indice RSS, comparaison cantonale (même groupe de spécialistes), comparatif des coûts moyens (détermination de la valeur moyenne), pas de prise en compte de la morbidité. L'indice RSS n'est plus calculé. Une valeur d'indice correspondante non corrigée (= sans prise en compte de la morbidité) pour toute la Suisse

peut être calculée à partir des données du rapport de régression (page 3, Coûts totaux moyens par malade [VPT corr.] / Coûts totaux moyens par malade Groupe).

Méthode ANOVA : indices ANOVA, comparaison suisse (même groupe de spécialistes), analyse de régression, paramètres de morbidité âge et sexe.

Nouvelle méthode de sélection : indices de régression, comparaison suisse (même groupe de spécialistes), analyse de régression, paramètres de morbidité âge, sexe, franchise (élevée/basse), séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente, groupes de coûts pharmaceutiques (PCG).

16. En quoi consiste la nouvelle méthode de sélection ?

La nouvelle méthode de sélection établit une comparaison des coûts par malade du fournisseur de prestations considéré avec les coûts moyens par malade dans son groupe de spécialistes (dans toute la Suisse) en tenant compte de l'emplacement du cabinet (canton) et des paramètres de morbidité que sont l'âge, le sexe, le montant de la franchise (élevée/basse), l'indication d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente et les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG).

Le calcul s'effectue au moyen d'une méthode de régression à deux niveaux. Un indice de régression de 100 points correspond à la moyenne. Grâce à l'utilisation de cinq au lieu de deux paramètres de morbidité comme dans la méthode ANOVA, la nouvelle méthode de régression permet de mieux reproduire la morbidité du collectif de patients. Elle reste cependant une méthode de *sélection* ; seule une analyse individuelle permet donc de savoir si un médecin répond ou non au critère d'économicité.

17. Pourquoi utilise-t-on des variables de morbidité ?

La morbidité des patients est corrélée avec les coûts de traitement, c'est-à-dire que le traitement d'un patient très malade occasionne généralement des coûts plus élevés que celui d'un patient moins malade. La valeur indicielle du fournisseur de prestations est corrigée selon la morbidité de son collectif de patients. Un médecin dont le collectif de patients présente une morbidité plus élevée que la moyenne de son groupe de spécialistes reçoit un « bonus » sous forme d'une réduction de sa valeur indicielle. À l'inverse, un médecin dont le collectif de patients présente une morbidité moins élevée que la moyenne de son groupe de spécialistes reçoit un « malus » sous forme d'une augmentation de sa valeur indicielle.

18. Pourquoi utilise-t-on des variables de morbidité ? Explication du Tribunal fédéral concernant ANOVA (TF 9C_67/2018)

À la différence d'un comparatif entre coûts moyens, la méthode ANOVA standardise les coûts mesurés pour les différents fournisseurs de prestations en fonction des critères statistiquement significatifs et donc non fortuits que sont l'âge et le sexe des patients ainsi que le canton où exerce le médecin. Les coûts sont ainsi établis comme si la patientèle du médecin considéré présentait la même dispersion en termes d'âge et de sexe que le groupe de référence dans son ensemble et que tous les prestataires exerçaient dans le même canton que lui.

19. Les indices en résultant sont-ils compréhensibles ?

RSS : oui, simple règle de trois.

ANOVA : plus complexe, mais compréhensible à l'aide des graphiques dans le reporting de santé suisse.

Nouvelle méthode de sélection : difficile, étant donné que seul l'effet global de tous les critères de morbidité est exprimé dans l'indice de régression. Il est toutefois possible de déterminer qualitativement si ce sont les variables âge/sexe ou les nouvelles variables hôpital/EMS l'année précédente, franchise et PCG qui sont dominantes.

20. Quelles informations le rapport de régression contient-il ?

Le rapport de régression comprend des informations détaillées sur les coûts occasionnés par un numéro RCC. Il contient également des explications sur les valeurs utilisées.

21. Quelles variables ont l'effet de levier le plus important ?

Les informations contenues dans le rapport de régression ne permettent pas de répondre à cette question. La comparaison des valeurs indicielles « sans correction de la morbidité » versus « ANOVA » versus « nouvelle méthode de sélection » permet néanmoins de déterminer si ce sont les variables âge/sexes ou les nouvelles variables hôpital/EMS l'année précédente, franchise et PCG qui sont dominantes.

22. Quel est le rapport entre les « coûts par malade » et les différentes variables de morbidité ?

Attention : il n'est pas possible de répondre d'une manière générale à cette question. Cela dépend toujours de la situation particulière.

Âge : les patients âgés occasionnent en général des coûts plus élevés. C'est le cas par exemple en médecine interne générale, mais pas en cardiologie.

Sexe : les patients de sexe féminin occasionnent en général des coûts plus élevés.

Séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente : les patients qui ont séjourné à l'hôpital l'année précédente présentent des coûts plus élevés l'année suivante.

Franchise : les patients avec une franchise élevée présentent des coûts plus bas.

PCG : les PCG, soit la quantité des médicaments pertinents (ou Defined Daily Doses, DDD) par malade sont une mesure pour la morbidité. Pour simplifier, on peut dire que plus la quantité des médicaments pertinents utilisés est grande, plus un grand nombre de PCG sont détectés et plus le collectif de patients présente un taux de morbidité élevé.

23. Quels facteurs peuvent être critiques ou entraîner un indice élevé (sélection) ?

1. Population de patients en principe multimorbide, pour autant que les variables de morbidité ne le corrigent pas (suffisamment).
2. Moins de médicaments, en particulier pour les PCG pertinents pour la société de discipline (les médicaments pertinents sont une mesure pour la morbidité).
3. Longue durée de traitement (remarque : le traitement psychosomatique peut constituer une particularité du cabinet).
4. Très petit nombre de patients (--> longue durée de traitement).
5. Répartition par âge différente de celle du groupe de spécialistes.
6. Spécialisation sur un certain groupe de patients (p. ex. patients VIH), pour lesquels le PCG correspondant survient trop rarement dans le propre groupe de spécialistes et qui n'est donc pas pris en compte pour les propres coûts du cabinet.

24. La nouvelle méthode de sélection est-elle meilleure ?

La nouvelle méthode de sélection tient compte d'un plus grand nombre de variables de morbidité qui se répercutent sur les coûts et décrit donc les coûts attendus avec une plus grande précision. Les indices de coûts sont dès lors plus proches de la réalité. La nouvelle méthode a ainsi entraîné une réduction du nombre de médecins « hors norme ». Elle ne permet cependant pas de tirer des conclusions concernant les médecins « faux positifs ». Il faut donc systématiquement procéder à une évaluation individuelle en aval.

25. La nouvelle méthode de sélection satisfait-elle aux attentes ?

Oui, le nombre de médecins « hors norme » a pu être réduit (d'environ 2200 avant 2016 à 1700 dès 2017). Il y a donc aussi moins de médecins qui reçoivent un courrier de santésuisse. On ne sait cependant pas si le nombre de résultats faux positifs a baissé.

26. Quelles répercussions négatives la prise en compte des médicaments pertinents pour les PCG peut-elle avoir dans la nouvelle méthode de sélection ?

Pour simplifier, on dira que prescrire moins de médicaments pertinents pour les PCG est synonyme d'un collectif de patients moins morbide (moins coûteux) et inversement. Pour les médecins qui prescrivent peu de médicaments, p. ex. les spécialistes en médecine interne générale qui pratiquent la médecine complémentaire, les valeurs indicielles peuvent fortement augmenter. Différents PCG sont retenus suivant le groupe de spécialistes. La simplification « moins de médicaments se traduit par un indice élevé » n'est donc pas valable pour tous. Cette affirmation ne vaut que pour le groupe de spécialistes de la médecine interne générale, étant donné que presque tous les PCG (2021 : 29 sur 34) sont pris en compte pour ce groupe.

27. Une durée de traitement prolongée par patient (durée de séance prolongée) entraîne-t-elle un indice élevé ?

Les longues durées de traitement (comparativement à la moyenne du groupe de spécialistes) entraînent une augmentation de l'indice en raison des coûts plus élevés par patient. Remarque : une part élevée de patients psychosomatiques peut justifier une particularité du cabinet.

28. Quels coûts sont déterminants pour une demande de restitution ?

Seuls les coûts directs à hauteur de la part plus élevée non justifiée peuvent être demandés en restitution. L'indice des coûts totaux est cependant déterminant pour apprécier la situation (voir aussi l'exemple de calcul pour la restitution).

Les coûts directs figurent dans le rapport de régression : coûts du médecin (directs), médicaments (directs/pharmacie et occasionnés), laboratoire (directs/laboratoire du cabinet et occasionnés), physiothérapie (directs et occasionnés), autres y c. LiMA (directs, normalement sans importance).

29. Comment santésuisse calcule le montant de la restitution dans le cadre de la procédure d'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal ?

Le montant des restitutions que santésuisse exige est calculé au moyen des coûts directs totaux par point multiplié par le dépassement de l'indice par rapport à 120 :

Restitution = (coûts totaux directs / indice de régression des coûts totaux) * (indice de régression des coûts totaux - 120)

Il s'agit donc d'une restitution arithmétique établie sur la base des résultats de la méthode statistique de sélection qui ne tient pas compte d'une réduction découlant d'une analyse individuelle ou des particularités du cabinet.

30. À partir de quelle valeur faut-il agir ?

Lorsque l'indice de régression des coûts totaux > 120/130 points ou en cas d'écarts importants dans la grille des positions. Une analyse des coûts / du comportement de facturation est également pertinente en cas d'indice partiel élevé (> 120/130).

31. L'indice EAE dans le miroir du cabinet est-il identique à l'indice de régression de santésuisse ?

Non. L'indice EAE dans le miroir du cabinet ne tient pas compte de la morbidité. De plus, il se fonde sur la collecte de données des médecins, qui ne contient aucune donnée sur les coûts occasionnés. L'indice EAE dans le miroir du cabinet est comparable à l'indice point tarifaire/malade de santésuisse.

32. Quand le contrôle de l'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal est-il effectué ?

Le contrôle est réalisé une fois par an. La statistique pour l'année précédente est normalement publiée en août, mais il peut y avoir d'importantes différences (p. ex. statistique 2021 disponible fin 2022 seulement).

33. Quand les prétentions en restitution sont-elles prescrites et peuvent-elles s'accumuler sur plusieurs années dans le cadre de procédures d'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal ?

L'art. 25, al. 2, de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) précise : « Le droit [des assureurs] de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. » Comme les contrôles de l'économicité selon l'art. 56, al. 6, LAMal sont réalisés une fois par an, l'assureur, et respectivement santésuisse ou curafutura, doit déposer une éventuelle plainte en l'espace de trois ans après la publication de la statistique (généralement en juillet – la date figure dans le rapport de régression). Suivant les circonstances, les restitutions peuvent aussi s'accumuler sur plusieurs années.

Informations complémentaires

Vous pouvez adresser vos demandes écrites à l'adresse électronique suivante : tarife.ambulant@fmh.ch. La FMH propose par ailleurs une ligne d'assistance TARMED le lundi de 9h à 12h au 0900 340 340 (tarif local).

Manuel du Contrôle d'économicité

Table des matières

1	Introduction	2
2	Contrôle d'économicité	2
3	Bases légales	2
4	Déroulement du contrôle d'économicité	2
4.1	Phase 1 Recherche des fournisseurs de prestations statistiquement hors normes	3
4.2	Phase 2 Lettre d'information au fournisseur de prestations et invitation à prendre position	3
4.3	Phase 3 Entretien	3
4.4	Phase 4 Accord et commission paritaire	3
4.5	Phase 5 Recours aux tribunaux	3
5	Comparatif des coûts moyens / statistique des émetteurs de factures (« statistique des factureurs », RSS)	3
5.1	Les coûts directs.....	4
5.2	Coûts indirects	4
5.3	Total coûts directs et indirects.....	4
6	Méthodes statistiques de sélection	4
6.1	Analyse de variance ANOVA	4
6.2	Analyse de régression	5
7	Évaluations de cas individuels	5
7.1	Évaluation de cas individuels sur la base des spécificités des cabinets	5
7.2	Méthode analytique fondée sur l'examen de cas individuels	6
8	Spécificités des cabinets médicaux	6
8.1	Spécificités des cabinets médicaux.....	6
9	Demandes de restitution	6
10	Commission paritaire de confiance (CPC)	6
11	Voies de droit	7
11.1	Tribunal arbitral selon l'art. 89 LAMal.....	7
11.2	Tribunal fédéral.....	7
12	Contrôle d'économicité – quelles sont mes possibilités ?	7
12.1	Première étape : analyse de l'extrait de la RSS le concernant.....	7
12.2	Que faire en cas d'invitation de santésuisse à un entretien.....	7
12.3	Que faire si santésuisse décide de poursuivre la procédure	8
13	Soutien par un expert	8
13.1	Questions techniques	8
13.2	Soutien par des tiers.....	8
14	Ressources bibliographiques	8
15	Lois et ordonnances pertinentes	8
16	Arrêts du Tribunal fédéral	9

1 Introduction

Le contrôle d'économicité des fournisseurs de prestations médicales prévu par la législation suisse est effectué par santésuisse pour tous les assureurs, au nom et pour le compte de santésuisse. Nous utiliserons exclusivement l'appellation santésuisse dans ce qui suit. L'objet du contrôle d'économicité est de remplir le mandat inscrit dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui charge les assureurs-maladie de vérifier que les trois critères « efficacité, adéquation, economicité » (critères EAE) sont respectés lors de la fourniture de prestations médicales.

2 Contrôle d'économicité

Le contrôle d'économicité des fournisseurs de prestations médicales se base sur les données fournies par le pool de données et le pool tarifaire de SASIS SA. Et pour les évaluations individuelles, les experts se fondent sur un corpus plus détaillé, fourni notamment par le pool tarifaire.

La nouvelle méthode statistique de sélection, utilisée depuis 2017 pour identifier les fournisseurs de prestations présentant des coûts statistiquement plus élevés que la moyenne a été convenue contractuellement entre santésuisse, curafutura et la FMH.

3 Bases légales

Le principe du contrôle d'économicité est ancré dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), dont l'art. 32 règle les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts, en spécifiant que les prestations définies aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE).

L'art. 56 de la LAMal règle la notion de caractère économique des prestations dans le détail. Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations tenu de restituer les sommes reçues à tort en vertu des dispositions de la LAMal. Ont qualité pour demander la restitution : a) dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1) l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur ; b) dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2) l'assureur.

4 Déroulement du contrôle d'économicité

Le déroulement du contrôle d'économicité de santésuisse (effectué par tarifsuisse SA pour le compte de santésuisse) s'articule sur 5 phases.



Source : <https://www.santesuisse.ch>

4.1 Phase 1 Recherche des fournisseurs de prestations statistiquement hors normes

Dans une première phase, santésuisse applique une méthode statistique de sélection permettant de repérer les fournisseurs de prestations présentant un niveau de coûts sensiblement plus élevé que la moyenne mesurée au sein du collectif représentatif de leur domaine de spécialisation.

4.2 Phase 2 Lettre d'information au fournisseur de prestations et invitation à prendre position

Lors d'une deuxième phase, santésuisse adresse un courrier d'information au fournisseur de prestations présentant des coûts comparativement élevés et l'invite à justifier ce niveau de coûts. Si santésuisse accepte l'explication fournie, la procédure s'arrête là. Si en revanche le prestataire ne parvient pas à justifier ses coûts de manière convaincante, santésuisse l'invite à prendre des mesures pour abaisser ses coûts.

4.3 Phase 3 Entretien

Si le fournisseur de prestations ne parvient pas à abaisser ses coûts de manière jugée satisfaisante par santésuisse au cours de la période d'observation et de réaction définie, il est invité à un entretien au cours duquel les interlocuteurs conviennent des prochaines étapes et de mesures supplémentaires visant à réduire les coûts. santésuisse se réserve toutefois le droit, dans certains cas, de déroger à ce schéma et de ne ménager quasi aucune période d'observation et de réaction.

4.4 Phase 4 Accord et commission paritaire

Si aucune des mesures convenues n'aboutit à une réduction effective des coûts moyens et que le fournisseur de prestations ne remplit dès lors pas l'exigence légale d'économicité, santésuisse examine la possibilité d'exiger la restitution des prestations versées en trop selon ses calculs. C'est durant cette quatrième phase que santésuisse et le fournisseur de prestations négocient un accord de restitution. Si un tel accord n'est pas trouvé, le cas peut, lorsque le contrat passé entre santésuisse et le fournisseur de prestations le prévoit, être porté devant la commission paritaire de confiance (CPC) du canton.

4.5 Phase 5 Recours aux tribunaux

Si le fournisseur de prestations ou santésuisse rejette la décision de la CPC, les deux parties peuvent choisir de saisir les tribunaux. Le fournisseur de prestations ou santésuisse peuvent, comme le prévoit l'article 89 LAMal, saisir le Tribunal arbitraire cantonal et, si nécessaire, le Tribunal fédéral.

5 Comparatif des coûts moyens / statistique des émetteurs de factures (« statistique des factumeurs », RSS)

Pour ses contrôles d'économicité, santésuisse se fonde sur la statistique RSS de SASIS SA. Pour établir cette statistique, SASIS SA utilise (sur mandat de santésuisse) les données fournies par le pool de données. Celui-ci tient compte exclusivement des factures adressées aux caisses-maladie par les patients aux fins de remboursement. Les autres factures ne sont pas prises en compte. Les fournisseurs de prestations affiliés à un centre de confiance et qui transmettent toutes leurs factures à ce dernier disposent de statistiques sur la totalité des factures qu'ils ont établies et donc également sur celles que les patients n'ont pas transmises. Ce dernier point peut s'avérer important pour le calcul des coûts moyens (diviseur).

La statistique RSS est un outil d'utilisation simple, assimilable à un comparatif des coûts moyens.

Elle distingue entre 1. les coûts directs et 2. les coûts indirects. Les premiers correspondent aux coûts des prestations médicales et aux médicaments (remis par le fournisseur de prestations médicales, pharmacie) et les seconds aux coûts des prestations de pharmacie, laboratoire et physiothérapie.

5.1 Les coûts directs¹

Pour établir les **coûts directs**, on recense le **nombre de prestations de base** (visites à domicile et consultations) et le **nombre de malades**, ce qui permet de calculer le **nombre de prestations de base par malade**.

Si l'on compare le **nombre de prestations de base par malade au nombre moyen de prestations de base par malade dans le collectif de référence**, on obtient l'**indice de prestations de base par malade**. Ce dernier indique en pour cent combien de prestations de base par malade un prestataire donné fournit de plus ou de moins que la moyenne calculée au sein du collectif de référence.

Sur la base du **coût par prestation de base** (= coût moyen des consultations et visites à domicile = coûts directs divisés par le nombre de prestations de base), tarifsuisse calcule l'**indice des coûts par prestation de base**. Ce dernier révèle de combien en pour cent les coûts par prestation de base d'un prestataire donné sont supérieurs ou inférieurs au coût moyen par prestation de base calculé au sein du collectif de référence.

En divisant les **coûts directs** par le **nombre de malades**, on obtient les **coûts par malade**. En comparant ces derniers à la moyenne calculée au sein du collectif de référence, tarifsuisse calcule l'**indice des coûts par malade**. Ce dernier révèle de combien en pour cent les coûts par malade d'un prestataire donné sont supérieurs ou inférieurs au coût moyen par malade calculé au sein du collectif de référence.

Et si enfin on inclut dans le calcul les **médicaments prescrits par médecin et par malade**, on obtient le **Total des coûts directs : coûts par malade et l'indice** correspondant **Total des coûts directs : indice des coûts par malade**. Ce dernier indique de combien en pour cent l'indice Total des coûts directs : coûts par malade d'un prestataire donné est inférieur ou supérieur à l'indice moyen mesuré au sein du collectif de référence.

5.2 Coûts indirects²

Dans les coûts indirects, les catégories prises en compte sont intitulées « **Pharmacies prescrits** », « **Laboratoires prescrits** » et « **Physiothérapeutes prescrits** ». Comme pour les autres coûts, il est possible de calculer les **coûts par malade** ainsi que l'**indice des coûts par malade pour les rubriques Pharmacies prescrits, Laboratoires prescrits et Physiothérapeutes prescrits**. Il est également possible d'établir le total des coûts indirects, le Total des coûts indirects : coûts moyens par malade et le Total des coûts indirects : indice des coûts par malade.

5.3 Total coûts directs et indirects³

Pour conclure, l'**indice Total coûts directs et indirects : coûts moyens par malade** permet de calculer l'**indice Total coûts directs et indirects : indice coûts par malade**. Ce dernier indique de combien l'indice Total des coûts directs et indirects : coûts moyen par malade est supérieur ou inférieur à la moyenne mesurée au sein du collectif de référence.

6 Méthodes statistiques de sélection

6.1 Analyse de variance ANOVA

Outre la statistique RSS, santésuisse utilise une méthode statistique de sélection basée sur l'analyse de variance dans le cadre de ses contrôles d'économicité. L'objectif d'une analyse de variance est d'identifier les fournisseurs de prestations médicales dont les coûts sont statistiquement hors normes. Cela permet à santésuisse de cibler davantage ses contrôles d'économicité, puisque seul un sous-ensemble de prestataires doivent ainsi être contrôlés de manière détaillée. Pour déterminer si un prestataire sort de la norme, santésuisse ne se base ainsi plus sur la statistique RSS mais sur le résultat de l'analyse de variance. La méthode ANOVA permet de prendre en compte les paramètres

¹ Définition selon santésuisse, statistique des factureurs (RSS)

² Définition selon santésuisse, statistique des factureurs (RSS)

³ Définition selon santésuisse, statistique des factureurs (RSS)

de morbidité que sont l'âge et le sexe. Elle se fonde sur une analyse réalisée à l'échelle suisse, qui tient compte des variations de la valeur du point entre les cantons.

Dans l'un de ses arrêts, le Tribunal fédéral explique comme suit le principe de la méthode ANOVA : À la différence d'un comparatif entre coûts moyens, la méthode ANOVA standardise les coûts mesurés pour les différents fournisseurs de prestations en fonction des critères statistiquement significatifs et donc non fortuits que sont l'âge et le sexe des patients ainsi que le canton où exerce le médecin. Les coûts sont ainsi établis comme si la patientèle du médecin considéré présentait la même dispersion en termes d'âge et de sexe que le groupe de référence dans son ensemble, et si tous les prestataires exerçaient dans le même canton que lui. (ATF 9C_67/2018).

6.2 Analyse de régression

L'analyse de variance a été élargie à une méthode statistique de sélection sur la base d'une analyse de régression qui est utilisée par santésuisse depuis 2017 dans le cadre de ses contrôles d'économicité. En plus d'une amélioration méthodologique, l'analyse de régression intègre des variables supplémentaires liées aux spécificités des cabinets médicaux. Aux côtés des variables de l'âge et du sexe des patients ainsi que du canton, elle tient désormais également compte des variables de morbidité telles que les groupes de coûts des médicaments (PCG), les hospitalisations au cours de l'année précédente et le montant de la franchise choisie par le patient. Cela permet de mieux tenir compte de l'influence que peuvent avoir les spécificités d'un cabinet (p. ex. le taux de morbidité des patients) sur les coûts directs et indirects et, statistiquement, de la calculer de manière plus précise mais aussi de s'en servir pour déterminer l'indice de régression.

La valeur explicative de la méthode ANOVA est relativement restreinte si l'on utilise uniquement les variables de l'âge et du sexe (comme on l'a fait jusqu'en 2017), notamment parce qu'elles jouent un rôle plus ou moins prononcé selon le groupe de spécialistes considéré. Le facteur de l'âge et du sexe est corrigé non pas de manière linéaire, mais en fonction de son impact sur les coûts.

La littérature révèle par ailleurs que la variable « franchise » peut être assimilée à un facteur de morbidité, si l'on considère que les patients qui choisissent une franchise réduite occasionnent des frais de santé plus élevés, étant donné qu'ils présentent en règle générale des taux de morbidité plus élevés ou qu'ils souffrent d'une affection chronique. Ce facteur est à ce titre inclus dans la compensation des risques. Pour l'analyse de régression, on se réfère à deux catégories : franchise réduite (300 ou 500 francs) et franchise élevée (1000, 1500, 2000 ou 2500 francs).

Le critère « séjour dans un hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente » se fonde quant à lui sur le postulat qu'un patient qui a séjourné au moins 3 jours dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente occasionnera des frais plus importants au cours de l'année à venir puisqu'il présente une morbidité importante ou une maladie chronique. Ce critère entre lui aussi dans la compensation des risques.

Quant au facteur « *groupes de coûts pharmaceutiques* », il se base sur les résultats d'études montrant que l'on peut relier de manière fiable certaines maladies à certains médicaments (et teneurs en principes actifs). Il est ainsi possible d'évaluer l'influence qu'exerce sur les coûts d'un prestataire donné la présence de malades chroniques au sein de sa patientèle. Ce critère est également utilisé pour la compensation des risques. Les calculs se basent sur le système de classification utilisé par l'OFSP.

On trouvera davantage d'informations sur la méthode statistique de sélection dans la prise de position de la FMH intitulée « La nouvelle méthode statistique de sélection EAE des assureurs-maladie, en bref », ainsi qu'une analyse plus fouillée dans le rapport du bureau d'études Polynomics.

7 Évaluations de cas individuels

7.1 Évaluation de cas individuels sur la base des spécificités des cabinets

Si la méthode statistique de sélection révèle qu'un fournisseur de prestations génère des coûts sensiblement plus élevés que la moyenne mesurée au sein du collectif de référence, santésuisse en

informe ledit prestataire par lettre, et le prie d'expliquer les raisons de ce décalage. Le prestataire peut par exemple invoquer les spécificités de son cabinet expliquant ces coûts comparativement élevés. santésuisse vérifie alors si ces spécificités suffisent ou non à expliquer l'écart.

7.2 Méthode analytique fondée sur l'examen de cas individuels

À titre complémentaire, on pourra également recourir à la méthode analytique, qui consiste à examiner des cas de patients ponctuels sur la base des factures reçues, pour vérifier si les prestations médicales répondent aux critères EAE définis à l'art. 32 LAMal. La méthode statistique de sélection doit impérativement s'accompagner d'une évaluation au cas par cas si l'on veut obtenir suffisamment d'informations pour évaluer si le prestataire peut justifier ses coûts comparativement élevés sur la base des spécificités de son cabinet, et s'il respecte les critères EAE définis à l'art. 32 LAMal. Comme il est impossible que la méthode statistique de sélection tienne compte de toutes les spécificités d'un cabinet, il peut arriver que l'analyse débouche sur de faux positifs.

8 Spécificités des cabinets médicaux

8.1 Spécificités des cabinets médicaux

Certains cabinets médicaux présentent des spécificités expliquant qu'ils génèrent des coûts plus élevés que la moyenne mesurée au sein du collectif de référence. Parmi ces spécificités, on trouve par exemple une proportion importante de cas générant des coûts importants – patients présentant une polymorbidité ou des troubles psychosomatiques – ou encore une offre de prestations ou un type de traitements particuliers. Dans tous les cas, il conviendra de déterminer si ces spécificités suffisent à justifier l'écart de coûts par rapport à la moyenne et si elles peuvent être documentées.

La méthode statistique ne permet pas, toutefois, de rendre compte de toutes les spécificités d'un cabinet pouvant expliquer des coûts élevés par rapport au collectif de référence.

De façon pragmatique, tarifsuisse SA considère qu'à partir d'un indice de 120/130 points dans la statistique RSS, on peut partir du principe que les exigences légales définies à l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et economicité) ne sont plus respectées ou, en d'autres termes, que la marge de tolérance délimitée à 120/130 points permet de tenir compte de toutes les éventuelles spécificités d'un cabinet. Tarifsuisse se fonde pour cela sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui considère qu'un dépassement de la marge de tolérance prouve que les traitements ne respectent pas l'impératif d'économicité. Le prestataire a toutefois la possibilité de réfuter cet argument en se prévalant des spécificités de son cabinet, d'où l'importance primordiale pour lui d'être en mesure de justifier ses coûts par patient plus élevés que la moyenne.

Pour résumer, la méthode statistique de sélection ne permet pas, dans le cadre des contrôles d'économicité, de tenir compte de toutes les spécificités pouvant justifier des coûts par patient supérieurs à la moyenne mesurée au sein du collectif de référence.

9 Demandes de restitution

Si lors d'un contrôle d'économicité, santésuisse arrive à la conclusion que le fournisseur de prestations ne respecte pas les critères EAE définis dans l'art. 32 LAMal, elle engage une procédure de conciliation visant à définir une demande de restitution.

10 Commission paritaire de confiance (CPC)

Dans les cas où santésuisse et le fournisseur de prestations ne parviennent pas à un accord, le cas peut être transmis à la commission paritaire de confiance cantonale. Bien entendu, ceci ne s'applique pas dans les cantons non dotés d'une CPC.

11 Voies de droit

11.1 Tribunal arbitral selon l'art. 89 LAMal

Si l'une des parties (fournisseur de prestations ou santésuisse) rejette la décision de la commission paritaire de confiance cantonale, le cas est transmis au tribunal arbitral cantonal (art. 89 LAMal).

11.2 Tribunal fédéral

Si l'une des parties rejette le verdict du tribunal arbitral cantonal, le cas peut être transmis au Tribunal fédéral, qui devra trancher en dernière instance. Les arrêts rendus par le TF sont définitifs et contraignants pour les parties.

12 Contrôle d'économicité – quelles sont mes possibilités ?

L'important pour le fournisseur de prestations est d'analyser par avance son profil de coûts, de manière à pouvoir justifier un éventuel écart par rapport à la moyenne. Il ne sera ainsi pas pris au dépourvu si santésuisse lui adresse un courrier l'invitant à prendre position.

12.1 Première étape : analyse de l'extrait de la RSS le concernant

La première chose à vérifier dans la statistique RSS est si le fournisseur de prestations est comparé au collectif de référence (groupe de spécialistes) adéquat. En fonction du résultat, on examinera encore avec quels prestataires la comparaison est établie.

Il convient également d'évaluer de façon critique sa situation par rapport aux chiffres et aux indices de la statistique RSS. Un indice de l'ordre de 120 à 130% a ainsi valeur de limite pour les coûts directs et indirects, et santésuisse n'exige en règle générale pas de restitution tant que cette proportion est respectée. Cette limite vaut par analogie aussi pour l'indice ANOVA, comme pour l'indice de régression. Les fournisseurs de prestations peuvent commander un extrait personnel de la RSS auprès de SASIS AG, contre émoluments. Des valeurs d'indice élevées doivent les inciter à examiner leur profil de coûts. Ils sont encouragés à examiner toutes les spécificités de leur cabinet pouvant expliquer des coûts directs et indirects élevés, comme une proportion élevée de patients polymorbides, des types de traitement spécifiques, des équipements ou des types de prestations particuliers, une formation particulière, un service d'urgence, une proportion importante de patients référés par des confrères, etc. L'idéal est de rassembler ces informations avant-même de recevoir une demande de prise de position de santésuisse.

12.2 Que faire en cas d'invitation de santésuisse à un entretien

Si vous recevez une invitation à un entretien, il est important de demander suffisamment de temps pour vous préparer. Pour préparer le mieux possible les données destinées à démontrer les spécificités de votre cabinet, il est recommandé de requérir l'aide d'un conseil juridique ou d'un conseiller spécialisé tel que le centre de confiance auquel vous êtes affilié. L'expérience montre qu'il vaut mieux éviter de se rendre seul à un entretien avec santésuisse, notamment parce qu'il est difficile d'évaluer les conséquences de la proposition qui vous sera faite.

Important: L'argument avancé par santésuisse selon lequel un dépassement de 20 à 30% de l'indice suffit à prouver un comportement non économique et que toutes les spécificités d'un cabinet sont prises en compte dans le cadre du contrôle d'économicité est **erroné**.

Pour une analyse plus détaillée des données de facturation, il est utile de consulter un « miroir du cabinet » (outil d'analyse en ligne). L'outil permet de repérer les écarts par rapport au groupe de référence, qui doivent pouvoir être justifiés. Comme mentionné précédemment, il vaut la peine de demander conseil auprès d'un centre de confiance auquel il faut toutefois être affilié et avoir transmis ses données. L'avantage d'un miroir du cabinet établi par un centre de confiance est qu'il recense la totalité des prestations facturées par les prestataires affiliés (à l'exception toutefois des prestations indirectes ou des médicaments sur prescrits). C'est là un point important car nombre de patients dont les factures portent sur des montants modestes et qui ont opté pour une franchise élevée ne

transmettent pas leurs factures à leur caisse-maladie, ce qui se répercute négativement sur les données et les indices enregistrés dans la fiche RSS du prestataire.

Dans l'éventualité d'un contrôle d'économicité, on tâchera donc d'identifier les divergences entre la fiche RSS et le miroir du cabinet, pour les utiliser comme argument justifiant des coûts directs ou indirects plus élevés que la moyenne.

12.3 Que faire si santésuisse décide de poursuivre la procédure

Dans l'éventualité où santésuisse n'accepterait pas les explications fournies par le fournisseur de prestations concernant ses coûts directs et indirects plus élevés et déciderait de lui adresser une demande de restitution dans le cadre d'une procédure de conciliation extrajudiciaire, nous déconseillons d'accepter précipitamment une telle conciliation.

À ce stade de la procédure, il vaut la peine de recourir à un expert et à un conseil juridique. La société cantonale de médecine ou le centre de confiance auquel le prestataire est affilié peuvent lui conseiller un expert compétent. Certains experts sont spécialisés dans ce genre de procédures et disposent donc de connaissances et d'une expérience particulièrement vastes en la matière.

Selon la cas, il est possible lors des négociations de réduire fortement, voire de ramener à 0 le montant exigé à titre de restitution par santésuisse. Ensuite, le fournisseur de prestations devra décider s'il entend accepter le résultat de la conciliation extrajudiciaire ou s'il veut transmettre le cas à la commission paritaire de confiance de son canton ; et surtout, faire attention de ne pas accepter de façon précipitée l'offre faite par santésuisse, qui peut sembler attrayante (santésuisse a récemment adopté un indice de 120% pour le calcul de ses demandes de restitution).

La commission paritaire de confiance (CPC) évalue le cas et rend son verdict. Si le fournisseur de prestations n'accepte pas celui-ci, il peut porter le cas devant le tribunal arbitral cantonal (art. 89 LAMal), voire en dernier recours devant le Tribunal fédéral. Un arrêt rendu par le Tribunal fédéral est définitif et contraignant autant tant pour le fournisseur de prestations que pour santésuisse, resp. les assureurs.

13 Soutien par un expert

13.1 Questions techniques

La division Médecine et tarifs ambulatoires de la FMH soutient dans la mesure du possible les membres de la FMH concernés par un contrôle d'économicité de santésuisse. Elle tente de répondre aux questions que soulèvent les contrôles d'économicité.

13.2 Soutien par des tiers

La FMH n'intervient pas dans ce qui touche aux droits et aux devoirs des fournisseurs de prestations dans le cadre d'un contrôle d'économicité par santésuisse. Divers experts tels qu'avocats et juristes se tiennent à leur disposition pour ces questions, mais aussi les sociétés cantonales de médecine, qui peuvent le cas échéant leur prodiguer des informations ciblées.

14 Ressources bibliographiques

Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Gebhard Eugster, éditions Paul Haupt, 2003

15 Lois et ordonnances pertinentes

Les dispositions légales régissant les contrôles d'économicité sont accessibles en ligne, via le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Il s'agit en substance de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

16 Arrêts du Tribunal fédéral

Les arrêts sont accessibles sur le portail de Jurisprudence du Tribunal fédéral. Voir p. ex. l'ATF 9C_821/2012.