

**Calcul des valeurs du point et gestion de la neutralité des coûts TARMED
(Convention relative à la neutralité des coûts)**

Convention entre

la FMH

H+

et santésuisse

Préambule

¹ Les parties contractuelles veulent garantir ensemble l'introduction et la gestion de TARMED qui respecte la notion de neutralité des coûts en ce qui concerne les prestations ambulatoires du domaine de l'assurance obligatoire de base selon la LAMal. A cet effet, celles-ci veillent à fixer par canton, région ou communauté contractuelle des valeurs initiales du point (VIP) de manière à obtenir la neutralité des coûts de façon séparée pour les prestations en cabinet médical et pour celles du secteur ambulatoire dans les hôpitaux / communautés contractuelles. Les parties contrôlent pendant une phase d'introduction de 18 mois les incidences financières de TARMED. Si elles constatent que l'introduction de la nouvelle structure tarifaire dans le domaine observé entraîne une hausse ou une baisse des coûts, elles prévoient le respect de la condition de la neutralité des coûts au moyen de mesures déterminées, décrites dans cette annexe et applicables à brève échéance.

² Cette convention trouve son fondement dans le procès-verbal de la séance des partenaires intéressés avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et de l'Office fédéral de la justice (OFJ) du 5 juin 2001. Il ressort notamment de ce document que des corrections de la structure tarifaire entreprises en cours d'année ne doivent pas être soumises pour approbation au Conseil fédéral et, respectivement, que les corrections des valeurs de points (VP) n'ont pas à être présentées pour approbation, dans le cadre du concept, aux gouvernements cantonaux si le concept de mise en œuvre a été approuvé par le Conseil fédéral sous forme d'un accord

conventionnel - en tant que partie intégrante des deux conventions-cadres - ou par les gouvernements cantonaux en tant que partie des conventions tarifaires cantonales.

³ Les parties à la convention sont conscientes que celle-ci ne peut décrire ni régler entièrement, en détail et définitivement tous les points et éventualités d'une introduction et d'un pilotage de TARMED qui soient neutres sous l'angle des coûts. Les parties s'engagent à reconnaître le principe de l'introduction et du pilotage de TARMED dans le respect de la neutralité des coûts, à le mettre en application et, en cas de problèmes, à rechercher des solutions rapides et pragmatiques.

⁴ La présente annexe se compose des parties suivantes:

A) Valeurs de points

1. Calcul des valeurs de points

B) Aspects techniques de la neutralité des coûts

2. Notion de la neutralité des coûts
3. Contrôle de la neutralité des coûts
4. Mesures de correction en cas de violation de la neutralité des coûts

C) Aspects organisationnels de la mise en oeuvre de la neutralité des coûts

5. Tâches du bureau de la neutralité des coûts tm
6. Composition du bureau de la neutralité des coûts tm
7. Contrôle et calculs des VP
8. Propositions relatives à la modification de la structure tarifaire
9. Séances du bureau de la neutralité des coûts tm
10. Audition
11. Décision du bureau de la neutralité des coûts tm
12. Financement du bureau de la neutralité des coûts tm
13. Approbation officielle de la convention relative à la neutralité des coûts
14. Exécution
15. Voies de recours
16. Entrée en vigueur

D) Définitions techniques

17. Phase d'introduction
18. Phase de neutralité des coûts
19. Base des prestations (dividende)
20. Valeur de référence (diviseur)
21. Base de comparaison (coûts prévisionnels)
22. Facteurs de correction
23. Mécanisme de contrôle
24. Marge de tolérance
25. Base de données
26. Mécanisme de correction
27. Dernière correction
28. Marge de correction
29. Région
30. Domaines prestataires de soins

E) Données de base

31. Tableau des données de base
32. Priorité de la version allemande de la convention

A) Valeurs de points

1. Calcul des valeurs de points

¹ Le calcul des VPI a lieu au niveau cantonal ou régional (région, cf. chiffre 29). Les parties s'engagent à appliquer les mêmes principes lors du calcul de la VPI tant à l'égard des hôpitaux qu'envers les médecins libres praticiens (domaines prestataires de soins, cf. chiffre 30). Des dérogations éventuelles à ces principes doivent être motivées.

² Le calcul des VPI pour les prestations dans des cabinets de médecins libres praticiens a lieu selon la méthode de transcription (par ex. new index). Le calcul des VPI pour les prestations en milieu ambulatoire dans les hôpitaux / communautés contractuelles se fait conformément à la méthode développée en commun par H+ et santé-suisse

³ La documentation des paramètres et des résultats des calculs VPI est requise.

B) Aspects techniques de la neutralité des coûts

2. Notion de la neutralité des coûts

¹ La neutralité des coûts implique deux objectifs:

- Les VP neutres doivent être fixées au plus tard à la fin de la phase d'introduction (cf. chiffre 17).
- Les coûts bruts payés dans la phase de la neutralité des coûts (cf. chiffre 18) de TARMEED par les assureurs LAMal au titre de l'assurance obligatoire des soins maladie selon LAMal pour des prestations ambulatoires (base des prestations, cf. chiffre 19) doivent correspondre, dans les domaines prestataires de soins y relatifs aux coûts prévisionnels fixés (base de comparaison, cf. chiffre 21) par assuré et par mois (valeur de base, cf. chiffre 20).

² Pour tenir compte de la hausse sectorielle des coûts due à de nouvelles prestations obligatoires, aux progrès de la médecine ou aux modifications de la démographie, un facteur de correction séparé (facteurs de correction cf. chiffre 22) est déterminé resp. pour la période entre l'année de base (cf. chiffre 21) et l'année d'introduction (cf. chiffre 22) et pour la phase d'introduction. Les deux facteurs de correction sont toujours fixés au préalable pour chaque domaine prestataires de soins. La systématique du calcul des facteurs de correction est la même pour les deux domaines prestataires de soins.

³ La neutralité des coûts s'applique dans chaque canton / région et, à l'intérieur des cantons/régions, à chaque fois séparément pour tous les des domaines des prestataires de soins. La neutralité des coûts à l'échelle nationale est la somme des neutralités des coûts cantonales / régionales.

3. Contrôle de la neutralité des coûts

¹ Le contrôle en question a lieu pendant la phase de la neutralité des coûts sous la forme d'une vérification - effectuée une fois par mois pour chaque valeur de base - des dérogations au volume des coûts prévisionnels – effectifs (mécanisme de contrôle, cf. chiffre 23), une marge de tolérance uniforme à l'échelle suisse étant pré-

ablement fixée (cf. chiffre 24), à l'intérieur de laquelle aucune correction ne peut intervenir). Les parties à la convention peuvent exceptionnellement fixer pour certains cantons des marges de tolérance dérogatoires. Lors de la dernière correction (cf. chiffre 27), la marge de tolérance est sans importance.

² Les calculs y relatifs se fondent sur les chiffres du pool de données de santé-suisse (base de données, cf. chiffre 25), les données chiffrées des prestataires de soins seront aussi à considérer (par ex. reports inter-cantonaux ou reports entre domaines prestataires de soins). Il y a lieu de garantir aux partenaires tarifaires une transparence mutuelle des données et des calculs.

4. Mesures de correction en cas de violation de la neutralité des coûts

¹ Si les conditions susmentionnées de la neutralité des coûts dans un domaine partiel déterminé (par canton/région pour un domaine de prestataires de soins) ne sont pas respectées, une adaptation de la VP cantonale / régionale en question se fera dans les limites de la marge de correction fixée au préalable (cf. chiffre 28). Si cette marge de correction ne suffit pas, la nouvelle VP nécessaire doit être renégociée par les fédérations concernées et approuvées par les autorités cantonales. Jusqu'à l'approbation, c'est la correction possible maximale par canton qui s'appliquera. Les prestations payées en trop ou en moins du fait de la correction introduite avec retard seront compensées en conséquence par une sur-corrrection limitée dans le temps.

² Si l'origine du problème de non-respect de la neutralité des coûts est due à la structure tarifaire même (par ex. une expansion quantitative isolée de quelques prestations ou de quelques groupes de prestations; des disparités tarifaires pour certains groupes de prestataires de soins, etc.), le bureau de la neutralité des coûts tm peut alors, sur la base d'une proposition étayée par des données émanant des partenaires FMH, H+ ou santé-suisse, confier un mandat urgent à l'organisation de relève (OR) pour l'adaptation urgente de la structure. L'OR décide des adaptations à apporter à la structure tarifaire. A cette occasion, il y a lieu de veiller à ce que dans le domaine de la LAMal, la même structure tarifaire s'applique en tout temps sur l'ensemble du territoire suisse.

C) Aspects organisationnels de la mise en oeuvre de la neutralité des coûts

5. Tâches du bureau de la neutralité des coûts tm

¹ Le bureau de la neutralité des coûts tm analyse à l'échelle nationale, pendant la phase d'introduction et selon les prescriptions fixées sous Partie B de la présente convention, les incidences de TARMED sous l'angle de la neutralité des coûts dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie selon LAMal pour les prestations ambulatoires; il est en outre chargé de prendre des mesures de correction éventuelles. Ce bureau aura notamment les tâches suivantes:

- analyse mensuelle et contrôle chiffré du respect des prescriptions relatives à la neutralité des coûts dans chaque canton / région
- calcul mensuel maximal des VP cantonales éventuellement à corriger
- décisions éventuelles concernant l'adaptation des VP et notifications motivées aux parties contractuelles cantonales.
- examen de propositions faites à l'appui de données en vue de l'adaptation de la structure tarifaire

- remise d'éventuels mandats urgents à l'OR aux fins d'adaptations de la structure tarifaire

² Le bureau de la neutralité des coûts tm décide des questions d'interprétation en rapport avec la mise en œuvre de dite neutralité. Ses interprétations ont un effet obligatoire pour toutes les parties à la convention, autrement dit pour tous les médecins, hôpitaux et assureurs qui ont adhéré à la présente convention-cadre.

6. Composition du bureau de la neutralité des coûts tm

¹ Le bureau de neutralité des coûts tm se compose de:

- deux représentants de la FMH,
- deux représentants de H+,
- deux représentants de santésuisse,
- deux représentants permanents de la CDS avec statut d'observateurs

² En outre, les organisations suivantes peuvent participer sur invitation et en qualité d'observateurs aux séances du bureau de la neutralité des coûts tm, avec chacune un représentant au plus:

- DFI / OFAS
- Surveillant des prix

³ Chaque organisation désigne elle-même ses représentants. Les organisations qui délèguent une représentation veillent à ce que leurs délégués disposent des compétences nécessaires en matière de délibération et de décision.

7. Contrôles et calculs des VP

¹ L'analyse et les contrôles mensuels de la neutralité des coûts selon chiffre 3 ainsi que d'éventuels calculs de correction de VP nécessitent la coopération de santésuisse et de la FMH dans le domaine de la VP pour les prestations en cabinets médicaux, resp. la collaboration de santésuisse et de H+ dans le domaine de la VP pour les prestations ambulatoires dans les hôpitaux.

² Les résultats des analyses et calculs effectués ainsi que des recommandations y afférentes sont adressées avec l'ordre du jour à tous les participants de la prochaine séance du bureau de la neutralité des coûts tm.

8. Propositions concernant la modification de la structure tarifaire

¹ FMH, H+ et santésuisse peuvent faire des propositions de modification de la structure tarifaire. Les propositions doivent être fondées sur des données chiffrées et montrer que les problèmes y relatifs liés à la structure tarifaire apparaissent dans plusieurs cantons / régions.

² Les propositions doivent être adressées par écrit, au moins 20 jours avant la prochaine séance, aux membres du bureau de la neutralité des coûts tm, avec documentation. Les propositions rejetées peuvent être présentées à nouveau. Le bureau de la neutralité des coûts tm examine les propositions déposées et les transmet éventuellement à l'OR à titre de mandats urgents.

9. Séances du bureau de la neutralité des coûts tm

¹ Le bureau de la neutralité des coûts tm se réunit une fois par mois en une séance commune au cours de la phase d'introduction. Les séances ont toujours lieu le troisième jeudi du mois. Un procès-verbal des décisions est établi à chaque séance.

² Les séances sont respectivement présidées par un représentant de la FMH, de H+ ou de santésuisse pour une période de six mois à chaque fois. Pendant les premiers six mois, les séances seront présidées par un représentant de santésuisse, durant la deuxième tranche de six mois par un représentant de la FMH et pendant la dernière tranche de six mois par un représentant de H+. Les présidents respectifs se recrutent parmi les représentants du bureau de la neutralité des coûts tm.

³ La convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal sont toujours adressés par le président de la séance en question. La convocation et l'ordre du jour doivent parvenir aux membres au moins une semaine avant la séance. Pour le reste, le bureau s'organise lui-même.

10. Audition

¹ Les parties signataires cantonales concernées par une correction VP doivent être entendues par le bureau de la neutralité des coûts tm avant la décision.

² Le bureau de la neutralité des coûts tm adresse par e-mail aux parties cantonales à la convention concernées, au moins une semaine avant la séance du-dit bureau, les résultats des calculs effectués ainsi que les recommandations y relatives pour les VP.

³ Les parties signataires cantonales ont l'obligation de faire parvenir leur position par e-mail, dans les 3 jours ouvrables à compter de la réception des documents, au bureau de la neutralité des coûts tm et à toutes les parties à la convention.

⁴ Exceptionnellement, les parties cantonales à la convention peuvent expliquer oralement au bureau de la neutralité des coûts tm leur position écrite.

⁵ Toute partie signataire est tenue de veiller à ce que le bureau de la neutralité des coûts tm soit en possession des listes des adresses électroniques actuelles de chaque partie cantonale à la convention.

11. Décision du bureau de la neutralité des coûts tm

¹ La FMH, H+ et santésuisse disposent chacun d'une voix. Les observateurs n'ont pas le droit de vote.

² Les décisions du bureau de la neutralité des coûts tm concernant la transmission à l'OR de mandats urgents de modification de la structure tarifaire doivent être prises à l'unanimité, autrement dit l'approbation de la FMH, de H+ et de santésuisse est nécessaire.

³ Le bureau de la neutralité des coûts tm calcule et adopte d'éventuelles corrections de VP. La systématique des corrections doit être la même dans les divers domaines prestataires de soins. D'éventuelles corrections VP sont notifiées à toutes les parties. N'ont droit à la décision que les parties concernées. Dans le domaine des prestations fournies en cabinet médical, l'approbation de la FMH et de santésuisse est nécessaire, et s'agissant du domaine des prestations ambulatoires dans les hôpitaux, celle de H+ et santésuisse est requise.

⁴ Le bureau de la neutralité des coûts tm communique par voie électronique aux parties signataires cantonales respectives ses décisions motivées quant au montant et au moment de l'entrée en vigueur de la VP corrigée.

12. Financement du bureau de la neutralité des coûts tm

¹ Chaque organisation contractuelle supporte elle-même la charge de travail résultant pour elle de sa participation et de sa collaboration au sein du bureau de la neutralité des coûts tm, du point de vue temps et finances. Il en va de même pour l'exécution des analyses y relatives.

² L'apport de statistiques et d'analyses y relatives n'implique aucune suite de frais pour les autres parties à la convention. La décision portant sur des propositions d'études et d'analyses externes, de recours à des experts ou de développement d'instruments communs sera prise en commun.

13. Approbation officielle de la convention relative à la neutralité des coûts

Cette convention doit être soumise au Conseil fédéral comme à toutes les autres autorités cantonales d'approbation, conjointement aux conventions cantonales. Les autorités cantonales d'approbation acceptent, en donnant leur assentiment à la convention, les principes de fixation de la VPI et sont expressément d'accord avec les adaptations des valeurs de points cantonales / régionales dans les limites de la marge de correction fixée au préalable; elles approuvent aussi de ce fait la fixation temporaire de la VP à l'échéance de la phase d'introduction (couverture excédentaire ou insuffisante des coûts, cf. chiffre 22, al. 4). Les adaptations de VP cantonales / régionales conformes à la présente convention ne doivent donc plus être soumises à l'approbation du gouvernement cantonal.

14. Exécution

¹ Les nouvelles VP pour les médecins et les hôpitaux notifiées par le bureau de la neutralité des coûts tm entrent toujours en vigueur dans les cantons / régions concernés le premier du mois suivant la notification. S'agissant de l'application des valeurs de points corrigées s'applique la date du traitement en question.

² Excepté les cas selon chiffre 4, al. 1, chiffre 22, al. 4, et chiffre 27, al. 2 il n'y a droit à aucune compensation récursoire en cas de correction de la VP et d'adaptations de la structure.

³ La nouvelle structure tarifaire décidée par l'OR entre en force dans tous les cantons et régions simultanément pour la date décidée par l'OR. C'est la date du traitement en question qui fait foi.

15. Voies de droit et recours

¹ Les modifications des VP dans le cadre de cette convention ne sont pas soumises aux gouvernements cantonaux (cf. chiffre 13).

² Il n'existe aucune voie de recours permettant de contester par les décisions du bureau de la neutralité des coûts tm.

16. Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur en même temps que les conventions-cadres passées entre FMH-santésuisse et H+-santésuisse. Si l'une des deux

conventions-cadres n'aboutit pas, la présente convention n'entre pas non plus en vigueur.

D) Définitions techniques

17. Phase d'introduction

¹ La phase d'introduction commence avec la date d'introduction de TARMED pour toute la Suisse, date qui est mentionnée dans la convention-cadre et elle dure 18 mois. La première année civile de la phase d'introduction est dénommée année d'introduction. L'année civile qui suit l'année d'introduction est dénommée année subséquente.

² L'OR juge, en cas de modifications de la structure tarifaire, si celles-ci sont essentielles du point de vue décompte pour les domaines prestataires de soins respectifs. Sont réputées modifications essentielles du point de vue décompte celles qui, compte tenu des fréquences qui servent de base, auront pour effet une modification prévisible de plus de 2% du volume de la valeur du point. Le cas échéant, la phase d'introduction recommence à nouveau dans le domaine des prestataires de soins en question. La nouvelle phase d'introduction débute au moment, où la nouvelle structure tarifaire entre en vigueur. Les dispositions de cette convention sont applicables par analogie.

18. Phase de neutralité des coûts

¹ La phase de neutralité des coûts couvre les mois déterminants pour le contrôle chiffré du respect des prescriptions en matière de neutralité des coûts. La phase de neutralité des coûts s'étend d'avril de l'année d'introduction à avril de l'année subséquente.

19. Base des prestations (dividende)

¹ Pour des motifs relevant des statistiques et de la délimitation, seront considérés comme base des prestations tous les coûts bruts mensuels payés par les assureurs au titre de l'AOS (prestations ambulatoires TARMED ainsi que les analyses, la physiothérapie, l'ergothérapie, la logopédie, les moyens et appareils et les médicaments) pour les prestataires de soins qui ont adhéré à la convention par canton / région et par groupe de prestataires de soins, ces coûts étant délimités par la date de décompte de l'assureur.

² Dans la mesure où des prestations dans les domaines des analyses médicales, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la logopédie, des moyens et des appareils ainsi que des médicaments sont, au moyen de méthodes statistiques appropriées et plausibilisées, séparables des pures prestations médicales, des délimitations correspondantes peuvent être convenues lors de la détermination de la base des prestations.

³ Sont exclus les modèles d'assurance alternatifs avec indemnisation forfaitaire. Si les modalités de décompte (tiers garant/tiers payant; décompte de traitements en milieu semi-hospitalier; décompte des médecins agréés dans un hôpital) doivent changer entre l'année de base et l'année d'introduction, il y a lieu d'en tenir compte en conséquence lors du calcul de la base des prestations.

20. Valeur de référence (diviseur)

Sert de valeur de référence le nombre d'assurés par canton / région de domicile et par mois "assuré" (selon pool de données de santésuisse). Sont exclues les personnes assurées dans des modèles d'assurance alternatifs avec indemnisation forfaitaire.

21. Base de comparaison (coûts prévisionnels)

L'année 2001, épurée au moyen du facteur de correction selon chiffre 22, sert de base de comparaison (coûts prévisionnels). L'année 2001 sera dénommée année de base.

22. Facteurs de correction

¹ Pour tenir compte de l'augmentation sectorielle des coûts imputables à de nouvelles prestations obligatoires, à des progrès techniques ou à des modifications démographiques, un facteur de correction séparé est déterminé respectivement pour la période entre l'année de base (= 2001) et l'année d'introduction, et pour la phase d'introduction.

² Pour la phase entre l'année de base et le moment de l'introduction de TARMED, il est convenu:

- pour le domaine prestations dans les cabinets médicaux, une augmentation des coûts annuelle constante uniforme sur tout le territoire national x_1 de Fr. x.xx par assuré (selon feuille séparée ci-jointe);
- pour le domaine prestations ambulatoires dans les hôpitaux / communautés contractuelles par canton, une augmentations annuelle x_1 de Fr. x.xx par assuré.(selon feuille séparée ci-jointe);

x_1 se fonde sur l'évolution des coûts des années 1997 à 2001. Les coûts de l'année de base, corrigés par le facteur de correction x_1 , donnent les coûts prévisionnels. A titre de base pour les calculs y afférents, la valeur initiale effective s'applique sans prise en compte de la marge de tolérance.

³ Pour la durée de la phase d'introduction de TARMED, il est convenu une augmentation annuelle des coûts constante et uniforme sur tout le territoire national x_2 de Fr. x.xx par assuré (selon feuille séparée ci-jointe). Cette augmentation des coûts ne sera octroyée qu'à l'échéance de la phase d'introduction et n'aura pas d'effet rétroactif.

⁴ Une différence subsistant éventuellement entre les coûts effectifs et les coûts prévisionnels par canton et domaines prestataires de soins pendant la phase de neutralité des coûts est compensée en principe par une adaptation provisoire du facteur de correction x_2 , généralement limitée jusqu'à la fin de l'année subséquente. A cette occasion, les parties à la convention peuvent inclure dans les réflexions des données enregistrées.

23. Mécanisme de contrôle

¹ Le bureau des tarifs tm contrôle chaque mois la neutralité des coûts.

² Lors du premier examen, les coûts du mois d'avril de l'année d'introduction sont comparés avec les coûts du mois d'avril de l'année de base, corrigés par le facteur de correction x_1 .

³ Lors du deuxième examen, le volume des points des mois d'avril et mai de l'année d'introduction multiplié par la VP en vigueur au moment en question est comparé avec les coûts des mois d'avril et de mai de l'année de base (coûts prévisionnels) corrigés par le facteur de correction x_1 .

⁴ Cette méthode de comparaison sera poursuivie de la sorte jusqu'à ce que chacun des 12 mois puissent être comparés mutuellement. Le volume de points multiplié par la VP actuelle en vigueur des mois d'avril à décembre de l'année d'introduction et des mois de janvier à mars de l'année subséquente est comparé à la somme des coûts des 12 mois de l'année de base corrigés par le facteur de correction x_1 .

⁵ Puis une comparaison est effectuée une dernière fois. Les mois de mai à décembre de l'année d'introduction et de janvier à avril de l'année subséquente seront comparés avec tous les mois de l'année de base.

24. Marge de tolérance

¹ Si l'écart de coûts selon le mécanisme de contrôle (chiffre 23) demeure dans la marge de tolérance uniforme pour tout le territoire suisse, aucune correction de la VP n'est opérée. S'il dépasse les limites de la marge de tolérance, une correction doit être effectuée.

² La marge de tolérance est en forme d'un entonnoir. La limite supérieure et inférieure de la marge de tolérance correspond aux coûts prévisionnels plus ou moins t % des coûts prévisionnels. t s'élève au début de la phase de neutralité des coûts à +/- 8%, durant le 2^e mois à +/- 6%, le 3^e mois à +/- 4%. Dès le quatrième mois de la phase de neutralité des coûts, t est stable et s'élève à +/- 2%.

³ Les coûts prévisionnels de chaque mois correspondent aux coûts du mois respectif de l'année de base, corrigés à raison du facteur de correction x_1 .

25. Base de données

Les bases chiffrées mensuelles issues du pool de données de santésuisse seront utilisées pour la gestion de la valeur du point durant la phase de neutralité des coûts.

26. Mécanisme de correction

S'il est nécessaire de procéder à une correction de la VP, la nouvelle VP est fixée de telle sorte que le volume de points cumulé, pondéré avec la nouvelle VP, atteigne les coûts prévisionnels. La nouvelle VP corrigée doit se situer à l'intérieur de la marge de correction.

27. Dernière correction

¹ Sur la base de la dernière comparaison (cf. chiffre 23, al. 5), la dernière correction est opérée dans le cadre de cette convention (demeure réservé le chiffre 17, al. 2). Que l'écart des coûts se situe ou non à l'intérieur de la marge de tolérance, la valeur du point sera fixée dans tous les cas de sorte à respecter le volume de points cumulé, pondéré avec la nouvelle VP pour atteindre les coûts prévisionnels.

² La valeur du point calculée est corrigée provisoirement selon la procédure du chiffre 22, al. 4, et entre en vigueur à l'échéance du délai mentionné sous chiff. 22, al. 4. La nouvelle VP ainsi que la valeur du point valable provisoirement doivent se situer dans les limites de la marge de correction.

28. Marge de correction

Les VP peuvent être adaptées uniquement à l'intérieur de la marge de correction maximale valable à l'échelon national de +/- 7% des VPI respectives (exception cf. chiffre 4).

29. Région

Si les directions des affaires sanitaires impliquées ainsi que les parties à la convention intéressées sont d'accord, plusieurs cantons et / ou demi-cantons peuvent se réunir en une région. Le cas échéant, des valeurs moyennes pondérées seront fixées pour la neutralité des coûts.

30. Domaines prestataires de soins

Sont réputés domaines prestataires de soins dans chaque canton / région les prestations dans les cabinets médicaux en ville et les prestataires hospitaliers ambulatoires. Parmi les prestataires hospitaliers, les communautés contractuelles existantes par canton / région (par ex. hôpital universitaire, hôpitaux subventionnés, hôpitaux privés) peuvent être considérées comme des domaines prestataires de soins séparés.

E) Données de base

31. Tableau des données de base convenues

- | | |
|---|--|
| • Phase d'introduction | 18 mois |
| • Phase de neutralité des coûts | 13 mois |
| • Base de comparaison | Année 2001 |
| • Marge de tolérance | |
| au début | +/- 8 % des coûts prévisionnels |
| après quatre mois | +/- 2 % des coûts prévisionnels |
| • Marge de correction | +/- 7 % des VPI |
| • Taux d'augm. des coûts x_1 médecins | (2.5% des coûts 2001, en fr. par assuré uniforme sur l'ensemble du territoire national, selon feuille séparée annexée. |
| • Taux d'augm. des coûts x_1 hôpitaux | (en % des coûts cantonaux 2001, en fr. par assuré, différent selon l'évolutions des coûts de chaque canton selon feuille en annexée) |
| Taux d'aug. des coûts x_2 médecins | (1.5% des coûts prévisionnels, en fr. par assuré, uniforme sur l'ensemble du territoire national, selon feuille séparée annexée) |
| • Taux d'aug. des coûts x_2 hôpitaux | (2.4% des coûts prévisionnels, en fr. par assuré, uniforme sur l'ensemble du territoire national, selon feuille séparée annexée) |

32. Priorité de la version allemande de la convention

Cette convention a été traduite d'allemand en français. Pour toute question d'interprétation ou d'imprécisions, c'est le texte allemand qui fait foi.

Signatures valables:

FMH

H+

santésuisse