**Réexamen des critères d’efficacité, d’adéquation et d’économicité (EAE) d’une prestation remboursée par l’assurance obligatoire des soins**

**Définition du thème**

Titre

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Requérant** | |
| **1.1 Requérant**  Institution / organisation / entreprise  Nom, prénom  Adresse postale  Téléphone  Courriel |  |
| **1.2 Interlocuteur**  Institution / organisation / entreprise  Nom, prénom  Adresse postale  Téléphone  Courriel |  |

Nous vous prions de remplir ce formulaire de façon aussi complète que possible.

|  |
| --- |
| **2. Prestation à réexaminer** |
| **2.1 Description de la maladie/indication** (contexte médical, incidence/prévalence, symptômes, diagnostics, etc.) |
| **2.2 Description de la prestation à réexaminer** (y compris la position tarifaire Tarmed ou le code DRG/ATC) |
| **2.3 Alternatives** (y compris la position tarifaire Tarmed ou le code DRG/ATC, la non-intervention constitue une alternative possible) |
| **2.4 Volume de la prestation à réexaminer** (nombre d’emballages vendus, nombre de procédures effectuées, etc., par an) |
| **2.5 Coûts de la prestation à réexaminer** (par an) |
| **2.6 Les coûts annuels estimés pour les prestations alternatives sont :**  Plus élevés  Identiques  Plus bas |

|  |
| --- |
| **3. Motifs du réexamen** |
| Merci de justifier brièvement et d’indiquer les références correspondantes ou de joindre ces pièces au formulaire (par ex., études, rapports HTA, méta-analyses, évaluations systématiques, directives cliniques, recommandations de sociétés médicales, avis d’experts). |
| **Efficacité** contestée ou manquante  Motifs :  Références : |
| **Sécurité** contestée ou manquante  Motifs :  Références : |
| **Économicité** contestée ou manquante  Motifs :  Références : |
| **Autres motifs** (p. ex. éthiques, sociaux, juridiques ou organisationnels)  Motifs :  Références : |
| **Questions liées** |

|  |
| --- |
| **4. Mesures proposées et utilité possible** |
| **4.1 Mesure proposée pour la prestation donnée** (plusieurs mesures possibles)  Retrait de l’AOS  Limitation des indications donnant lieu à un remboursement  Limitation à des fournisseurs de prestations qualifiés et désignés  Autre  Description/justification : |
| **4.2 Bénéfice à escompter de la mesure proposée au point 3.2** (plusieurs bénéfices possibles)  Amélioration de la sécurité  Amélioration de la qualité des soins  Diminution des coûts par an de ……………….CHF  Autre  Description/justification : |

|  |
| --- |
| **5. PICO** |
| Représentation des questions à l’aide du schéma PICO (population, patients – intervention – comparaison - outcomes/résultats)  **P :**  **I :**  **C :**  **O :** |

|  |
| --- |
| **6. Remarques** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Confidentialité des données** |
| Les informations figurant sur le présent formulaire seront communiquées, au cours de la procédure de demande, aux collaborateurs de l’OFSP, aux associations des parties prenantes dans le cadre de la consultation visant à hiérarchiser les thèmes, aux membres de la CFPP, de la CFAMA et de la CFM et, le cas échéant, à des spécialistes externes à l’OFSP que celui-ci consulte pour vérifier la plausibilité des formulaires. Il va de soi que ces personnes sont tenues de traiter avec toute la confidentialité voulue les informations qu’elles obtiennent dans le cadre de leur activité.  Le requérant autorise la communication de toutes les informations figurant sur le présent formulaire aux services susmentionnés à condition que ces informations soient traitées dans le respect de la confidentialité.  Le requérant demande que les informations ci-après ne soient pas communiquées à des services externes à l’OFSP et aux commissions fédérales :  Informations au point .... |

|  |
| --- |
| **8. Annexes et références** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. Date, signature** |
| Lieu et date : Signature : |

Veuillez envoyer le présent formulaire au format électronique ou en version papier à l’une des adresses suivantes :

Courriel : hta@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents

Division Prestations de l’assurance-maladie

3003 Berne