



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents

Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Modifications au 1^{er} janvier 2018

Teneur des modifications et commentaire

Berne, octobre 2017

I. Partie générale

1. Contexte

1.1. Adaptation de l'ordonnance

Le Conseil fédéral dispose de deux compétences subsidiaires en ce qui concerne les structures tarifaires pour les tarifs à la prestation, celle de les fixer en vertu de l'art. 43, al. 5, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) et celle de les adapter en vertu de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal.

Étant donné qu'à partir du 1^{er} janvier 2018, il n'y aura plus de structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse, dans le domaine des prestations de physiothérapie, le Conseil fédéral devra, en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal, en fixer une afin d'éviter l'absence d'une telle structure. Dans le domaine des prestations médicales ambulatoires, le Conseil fédéral fait valoir sa compétence d'adapter les structures tarifaires pour des tarifs à la prestation selon l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal et adapte la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), version 1.08, pour le 1^{er} janvier 2018. Comme, au 1^{er} janvier 2018, il n'y aura plus de structure tarifaire convenue conjointement par tous les partenaires tarifaires, la structure tarifaire adaptée par le Conseil fédéral doit par la même occasion être fixée conformément à l'art. 43, al. 5, LAMal comme structure tarifaire pour les prestations médicales uniforme sur le plan suisse. Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 28 août 2014, la fixation d'autorité par le Conseil fédéral d'une structure tarifaire est de nature générale et abstraite et doit donc prendre la forme d'une ordonnance (C-2461/2013, C-2468/2013, consid. 5.5.3).

En adoptant, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), le Conseil fédéral a fait pour la première fois usage de sa compétence subsidiaire prévue à l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal et adapté la structure tarifaire TARMED. Cette ordonnance est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014.

Comme il n'existait plus, depuis le 1^{er} octobre 2016, de structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse, dans le domaine des prestations de physiothérapie, le Conseil fédéral a dû en fixer une en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal, afin d'éviter un manque de structure tarifaire. La fixation a été limitée pour fin 2017. Aussi, par décision du 23 novembre 2016, l'ordonnance du 20 juin 2014 sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie a-t-elle été modifiée de manière à inclure les deux compétences subsidiaires du Conseil fédéral en ce qui concerne les structures pour les tarifs à la prestation, celle de les fixer en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal et celle de les adapter en vertu de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal. (RO 2016 4635). De plus, les dispositions concernant la structure tarifaire TARMED édictées en 2014 dans l'ordonnance ont été abrogées pour une année, car le Conseil fédéral avait approuvé simultanément une convention des partenaires tarifaires, limitée à fin 2017, touchant l'utilisation de la version 1.08_BR de TARMED (c.-à-d. la structure tarifaire TARMED en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2014). Cette convention était nécessaire du fait que H+ avait résilié pour fin 2016 la convention-cadre concernant TARMED conclue avec santésuisse et que le domaine des prestations médicales ambulatoires risquait ainsi de se retrouver lui aussi sans structure tarifaire (dans le sens d'une absence de structure tarifaire convenue conjointement par l'ensemble des partenaires tarifaires) à partir du 1^{er} janvier 2017 (voir aussi ch. 1.2.)

De ce fait, l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RO 2016 4635) ne contient plus, dans sa version actuelle, que la fixation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal jusqu'à fin 2017. Avec la présente modification de l'ordonnance, la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED) version 1.08, convenue dans la convention-cadre du 20 juin 2002, annexes comprises, entre santésuisse et FMH, approuvée par le Conseil fédéral le 30 septembre 2002 et qui a besoin d'une révision, est adaptée pour le 1^{er} janvier 2018, et la structure tarifaire modifiée est fixée par la même occasion comme structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires uniforme sur le plan suisse. La structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie est également fixée à nouveau afin d'éviter une situation sans structure tarifaire valable à la même date.

1.2. Structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED)

La structure tarifaire TARMED (« tarif médical ») constitue pour les prestations médicales ambulatoires la structure tarifaire uniforme sur le plan suisse, visée à l'art. 43, al. 5, LAMal. Elle comprend en tout quelque 4500 positions tarifaires avec des valorisations des prestations médicales (PM) et de l'infrastructure (prestations techniques, PT) sous forme de points tarifaires. Ces points sont calculés au moyen du coût d'une prestation donnée et déterminent la relation des prestations entre elles. Les points des PM définissent la rémunération du médecin traitant. Ils se calculent en multipliant le taux des coûts des PM (coût par minute) par les minutages associés à chaque position tarifaire (minutage de la prestation au sens restreint, préparation et finition, et rédaction du rapport). Les taux des coûts des PM dépendent du revenu annuel brut du médecin, de celui du médecin-assistant, du temps de travail annuel, de la valeur intrinsèque quantitative de chaque position tarifaire ainsi que de la productivité attribuée selon l'unité fonctionnelle. Les points tarifaires des PT se calculent également en multipliant le taux des coûts des PT (coût par minute) par les minutages associés à chaque position tarifaire (minutage du temps d'occupation du local et minutage du temps d'attente). Les taux des coûts dépendent pour leur part des frais d'infrastructure annuels (lesquels dépendent notamment de l'équipement en appareils et des frais d'acquisition de ceux-ci, des amortissements, de la taille des locaux et des intérêts théoriques), des coûts du personnel non médical (qui dépendent notamment de l'effectif du personnel, des salaires, du temps de travail productif et des charges sociales), des frais de matériel et du temps de fonctionnement annuel de chaque unité fonctionnelle. La structure tarifaire TARMED a été calculée dans l'hypothèse d'une valeur uniforme du point de 1 franc dans toute la Suisse. Mais bien que la structure soit uniforme, la valeur du point peut varier, car elle est négociée par les partenaires tarifaires au plan cantonal et doit être approuvée par les autorités cantonales compétentes.

Les partenaires tarifaires ont adopté la structure TARMED dans les conventions-cadres, annexes comprises, conclus respectivement le 17 mai 2002 entre santésuisse et H+, et le 20 juin 2002 entre santésuisse et la FMH. Sur demande des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral a approuvé, le 30 septembre 2002, les conventions-cadres y compris la structure tarifaire TARMED, version 1.1, qu'il a reconnue en tant que structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires uniforme sur le plan suisse. Les différents tarifs médicaux cantonaux alors en vigueur et le catalogue des prestations hospitalières (CPH) ont ainsi été remplacés par une structure uniforme au plan suisse. Depuis lors, les partenaires tarifaires ont adapté certaines positions de TARMED et les ont soumises à l'approbation du Conseil fédéral, mais la structure tarifaire n'a jamais été révisée dans son ensemble. La dernière approbation par le Conseil fédéral d'une adaptation faite par les partenaires tarifaires remonte au 15 juin 2012 ; il s'agissait de la version 1.08 de TARMED. En adoptant l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie le 20 juin 2014, le Conseil fédéral visait avant tout à débloquer les négociations entre les partenaires tarifaires, afin de faire en sorte que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible, conformément à l'art. 43, al. 6, LAMal.

Personne ne conteste sur le fond la nécessité de réviser la structure tarifaire TARMED. Le principe de l'autonomie tarifaire implique qu'il appartient en premier lieu aux partenaires tarifaires de convenir des tarifs par convention. C'est pourquoi une partie d'entre eux (FMH, H+ et plus tard curafutura) ont travaillé pendant plusieurs années à une révision totale de TARMED. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a accompagné constamment ce processus et il rappelle régulièrement à l'attention des partenaires tarifaires les conditions cadre de l'approbation d'une structure tarifaire présentée conjointement. Par courrier du 2 juin 2015, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) leur a en outre communiqué, sur mandat du Conseil fédéral, les conditions cadre relatives à la révision de la structure tarifaire TARMED. Cependant, contrairement à l'annonce qu'ils avaient faite au DFI et à l'OFSP, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à présenter une structure tarifaire révisée à la fin juin 2016.

Le 30 juin 2016, H+ a soumis au chef du DFI, pour information, la structure tarifaire révisée sans la participation des autres partenaires, et résilié pour fin juin 2016 la convention-cadre conclu en 2002 avec santésuisse. De ce fait, le domaine des prestations ambulatoires menaçait de se retrouver sans structure tarifaire au 1^{er} janvier 2017 (dans le sens d'une absence de structure tarifaire convenue conjointement par l'ensemble des partenaires tarifaires). Afin de garantir la sécurité du droit pour les partenaires tarifaires et la stabilité des tarifs pour les assurés, le chef du DFI a enjoint les partenaires tarifaires

de trouver rapidement un accord afin de maintenir pour une durée limitée la validité de la structure en vigueur.

Le 15 septembre 2016, les partenaires tarifaires ont convenu d'utiliser la version 1.08_BR de TARMED (c.-à-d. celle en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2014, qui contient la version 1.08 approuvée le 15 juin 2012 par le Conseil fédéral ainsi que les adaptations de celle-ci ordonnées par ce dernier le 20 juin 2014) et ont ensuite soumis cet accord au Conseil fédéral pour approbation. Avec l'approbation par ce dernier, le 23 novembre 2016, de l'accord du 15 septembre 2016, l'art. 2 de l'ordonnance du 20 juin 2014 ainsi que l'annexe relative aux adaptations de TARMED (annexe 1) ont perdu leur raison d'exister, puisque leur contenu est déjà intégré dans la structure tarifaire TARMED 1.08_BR convenue et approuvée. Ces dispositions ont donc été abrogées pour la durée de validité de la convention approuvée, autrement dit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 (RO 2016 4635).

Indépendamment de la limitation à fin 2017, il n'existe cependant pas de solution à long terme dans l'esprit d'un maintien des prescriptions légales. La nécessité de réviser la structure tarifaire TARMED reste impérative. Le maintien de la structure actuellement en vigueur s'entend de ce fait comme une solution transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision totale de la structure tarifaire approuvée par le Conseil fédéral conformément à l'art. 46, al. 4, en relation avec l'art. 43, al. 5, LAMal, ou jusqu'à une nouvelle adaptation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral conformément à l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal ou alors la fixation par le Conseil fédéral d'une structure tarifaire ayant qualité de structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires uniforme sur le plan suisse conformément à l'art. 43, al. 5, LAMal. Le chef du DFI a donc accordé aux partenaires tarifaires, par courrier du 1^{er} juillet 2016, dans l'esprit de l'autonomie tarifaire, un délai jusqu'à fin octobre 2016 pour s'accorder sur une structure révisée susceptible d'être approuvée. S'ils n'y parvenaient pas, ils étaient invités à soumettre dans le même délai, ensemble voire séparément, des propositions d'adaptation pour les domaines surévalués dans la structure tarifaire actuelle. Depuis l'intervention de 2014, l'OFSP avait signifié aux partenaires tarifaires, oralement lors des séances ou par écrit à la suite de celles-ci, qu'avec ou sans révision totale, les prestations surévaluées dans certains domaines de TARMED connus pour l'être devaient être corrigées. Des indices de prestations surévaluées existent en particulier pour la radiologie, la radiothérapie, l'ophtalmologie, l'urologie, la chirurgie ambulatoire, et une partie de la dermatologie et de l'otorhinolaryngologie.

À fin octobre 2016, les partenaires tarifaires n'avaient présenté aucune demande commune d'approbation d'une structure tarifaire entièrement ou partiellement révisée. curafutura a remis le 28 octobre 2016 des propositions d'adaptation de la structure tarifaire en vigueur. Le même jour, santésuisse et l'Union tarifaire fmCh (qui représente les sociétés de discipline engagées dans la chirurgie et la médecine invasive) une proposition de rémunération forfaitaire basée sur la structure TARMED existante. L'association hospitalière H+ a présenté le 3 novembre 2016, pour fixation par le Conseil fédéral, une proposition de révision totale de la structure tarifaire. Celle-ci correspond sur le fond à la structure déjà présentée en juin 2016 par H+, avec quelques adaptations.

L'OFSP, en tant qu'office compétent, a été chargé de préparer des adaptations de la structure tarifaire actuellement en vigueur et de les présenter ensuite au Conseil fédéral, pour adoption. Les adaptations devaient porter principalement sur les prestations médicales qui sont actuellement jugées surévaluées. Il s'agissait d'examiner les propositions présentées par les partenaires tarifaires et d'en tenir compte dans la mesure du possible et pour autant qu'elles s'appuient sur des données. Étant donné que les partenaires tarifaires ont limité à une année leur convention sur l'utilisation de la structure tarifaire TARMED version 1.08_BR, on doit viser une entrée en vigueur de la modification de l'ordonnance puisse au 1^{er} janvier 2018.

1.3. Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

Suite à la résiliation par physioswiss (successeur de la FSP) de la convention nationale convenue avec le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS, santésuisse par la suite), qui a rendu caduque la structure tarifaire uniforme pour les prestations de physiothérapie (C-2461/2013, C-2468/2013, consid. 5.5.3), les partenaires tarifaires pour la physiothérapie (physioswiss, ASPI, H+, santésuisse et curafutura) ont décidé par convention du 1^{er} février 2015, approuvée par le Conseil fédéral le 29 avril 2015, de

prolonger jusqu'au 31 décembre 2015 la structure tarifaire valable jusqu'alors. Au mois d'octobre 2015, ces partenaires ont convenu de prolonger la convention du 1^{er} février 2015 jusqu'au 30 septembre 2016. Le Conseil fédéral a approuvé cette prolongation le 18 décembre 2015.

Courant 2016, diverses structures tarifaires ont été soumises au Conseil fédéral pour information, pour fixation ou pour approbation. Par courrier du 14 juillet 2016, physioswiss et l'association suisse des physiothérapeutes Indépendants (ASPI) ont présenté séparément au Conseil fédéral une structure tarifaire de physiothérapie modifiée. Le 15 juillet 2016, santésuisse a soumis, pour information uniquement, une structure tarifaire résultant des travaux de révision des partenaires et des négociations ayant eu lieu entre H+, curafutura et santésuisse. Le 15 août 2016, H+ et curafutura ont soumis au Conseil fédéral, pour approbation, une convention nationale bilatérale contenant une structure tarifaire pour le domaine de la physiothérapie identique à celle présentée par santésuisse. Ces propositions des partenaires tarifaires ont été soumises trop tard pour pouvoir être examinées et entrer en vigueur au 1^{er} octobre 2016. De plus, elles ne respectent pas l'exigence d'uniformité de la structure tarifaire au sens de l'art. 43, al. 5, LAMal.

S'appuyant sur l'art. 43, al. 5, LAMal, le Conseil fédéral a décidé, le 23 novembre 2016, de fixer les positions tarifaires se trouvant dans la structure tarifaire valable jusqu'au 30 septembre 2016 comme structure tarifaire uniforme pour les prestations de physiothérapie, valable jusqu'au 31 décembre 2017. En plus d'éviter une période sans structure tarifaire valable et de garantir la sécurité juridique pour les partenaires et la stabilité des tarifs pour les patients, cette solution offrait une nouvelle chance aux partenaires tarifaires de parvenir à un accord commun. S'ils n'y parvenaient pas dans un délai raisonnable, le Conseil fédéral annonçait qu'il procéderait lui-même à un examen de la structure tarifaire fixée afin d'établir si celle-ci respecte toujours les prescriptions légales et apporter – le cas échéant – les corrections nécessaires en tenant compte, dans la mesure du possible, des propositions faites par les partenaires tarifaires.

Bien que les partenaires tarifaires pour la physiothérapie travaillent depuis plusieurs années sur la révision de la structure tarifaire, ils ne sont toujours pas parvenus à trouver un accord conjoint. Les conditions de l'art. 43, al. 5, LAMal, permettant au Conseil fédéral de fixer la structure tarifaire uniforme pour les prestations de physiothérapie sont dès lors à nouveau réunies. Le Conseil fédéral a procédé à l'examen de la structure tarifaire fixée jusqu'au 31 décembre 2017 et fixe une structure tarifaire adaptée afin d'améliorer sa conformité aux prescriptions légales en matière de tarifs. Dans la mesure du possible, les adaptations tiennent compte des propositions des partenaires. La structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie n'est pas limitée dans le temps. Cette fixation constitue donc une solution transitoire stable en attendant qu'une nouvelle structure tarifaire conforme aux prescriptions de la LAMal soit convenue par les partenaires tarifaires, soumise au Conseil fédéral et approuvée par lui. Elle a pour objectif de prévenir une absence de structure tarifaire dans ce domaine afin de garantir la sécurité juridique des partenaires tarifaires et la stabilité des tarifs pour les assurés.

2. Grandes lignes de la modification d'ordonnance

2.1. Commentaire général

Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal valent pour toutes les structures uniformes sur le plan suisse pour les tarifs à la prestation. En raison de l'uniformité exigée par l'art. 43, al. 5, LAMal, la structure tarifaire s'applique à tous les fournisseurs de prestations concernés, qu'ils aient ou non conclu un contrat en ce sens ou qu'ils y aient adhéré, dès qu'ils facturent leurs prestations selon un tarif à la prestation.

Les compétences subsidiaires s'entendent en ce sens que le Conseil fédéral ne règle que ce qui est nécessaire pour qu'une structure existe, afin de tenir compte autant que possible de la primauté de l'autonomie tarifaire. Le Conseil fédéral n'a en outre que la compétence de fixer ou d'adapter la structure tarifaire à la prestation. Par contre, il ne peut pas fixer la valeur du point. Celle-ci ne peut être convenue que par les partenaires tarifaires – en tant que valeurs au plan national ou cantonal – ou, en cas de litige, être fixée par les gouvernements cantonaux, conformément à l'art. 47 LAMal.

Les prochaines informations valent aussi bien pour la fixation d'une structure tarifaire pour un tarif à la prestation selon l'art. 43, al. 5, LAMal, que pour une adaptation d'une telle structure selon l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal.

Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral lui permettent d'intervenir dans toutes les structures pour les tarifs à la prestation dans le champ d'application de l'assurance-maladie sociale. L'entretien de chaque structure tarifaire reste du ressort des partenaires tarifaires. Les assureurs sont tenus en particulier, en vertu de l'art. 42, al. 3, LAMal, de contrôler les décomptes des fournisseurs de prestations et donc aussi les prestations facturées sur la base des structures tarifaires fixées ou adaptées dans la présente ordonnance. L'ordonnance établit par conséquent des dispositions générales et des dispositions particulières concernant chacune des structures tarifaires concernées. La structure tarifaire fixée ou adaptée par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal est chaque fois spécifiée dans l'ordonnance. Selon le cas, la structure tarifaire ou les adaptations apportées à la structure tarifaire en question sont jointes à l'ordonnance sous forme d'annexe. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF), les principes de conception des tarifs s'appliquent, lorsque ceux-ci sont fixés par le Conseil fédéral, exactement de la même manière que pour les conventions tarifaires (arrêt du TAF, C-4308/2007, consid. 3.1, en référence aux tarifs supplétifs cantonaux). La fixation du tarif doit respecter en particulier les principes d'économicité et d'équité (art. 46, al. 4, LAMal). L'art. 43, al. 4, LAMal prévoit ainsi qu'il faut veiller à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée, l'objectif étant que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal). Lors de la fixation d'un tarif, il faut donc évaluer, conformément à l'art. 59c, al. 1, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) :

- si le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (let. a) ;
- si le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (let. b) ;
- si un changement de modèle tarifaire risque d'entraîner des coûts supplémentaires (let. c).

Une structure peut être dite appropriée si elle repose sur un modèle tarifaire cohérent, qu'elle se fonde sur des paramètres applicables en économie d'entreprise et qu'elle remplit les critères susmentionnés.

La fixation des tarifs est cependant aussi, à la différence de l'approbation des tarifs, une tâche de conception dans l'exercice de laquelle l'autorité compétente doit pouvoir disposer d'une marge d'appréciation. À propos de la pratique cantonale, le TAF souligne « que l'autorité, lors de la fixation du tarif supplétif, peut et doit appliquer des critères rigoureux, puisqu'il s'agit de se conformer aux buts cités à l'art. 43, al. 6, LAMal [...] mais aussi de créer une incitation pour que les partenaires tarifaires optent plutôt pour une résolution autonome du conflit » (arrêt du TAF, C-4308/2007, consid. 3.2.). Lorsque le tarif est fixé par l'autorité, le principe d'économicité peut et doit par conséquent aussi être au service de la maîtrise des coûts de l'assurance-maladie et, en particulier, agir contre une augmentation injustifiée du volume des prestations.

La fixation d'une structure tarifaire comprend la fixation générale et abstraite d'un tarif à la prestation au sens où la valeur de chaque prestation exprimée en points est établie selon un rapport déterminé entre les différentes prestations. La multiplication des points par la valeur attribuée au point donne la rémunération concrète qui peut être facturée (art. 43, al. 2, let. b, LAMal). La compétence de fixer le tarif d'autorité comprend aussi, outre la détermination des prix, la description abstraite des prestations ainsi rémunérées et les autres prescriptions au sens des modalités dont il faut tenir compte dans chaque cas pour l'établissement d'une facture afin que le montant dû puisse être calculé et revendiqué correctement ([ZH] tarif hospitalier, décision du Conseil fédéral du 19.12.2001 ; RAMA 4/2002 309 ; confirmé dans [TG] tarif hospitalier, décision du Conseil fédéral du 26.6.2002 ; RAMA 6/2002, 480). En l'espèce, le règlement des modalités par l'autorité, en l'absence de convention, est admissible dans la mesure où ces modalités respectent les prescriptions impératives de la LAMal, qu'elles sont objectivement nécessaires et qu'elles sont appropriées pour atteindre le but visé (par ex. une facturation dans les règles).

2.2. Adaptation de la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED)

2.2.1. Commentaire sur l'étendue

Le Conseil fédéral peut, en vertu de l'art. 33, al. 1, LAMal, désigner les prestations fournies par un médecin dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) ou ne le sont qu'à certaines conditions. Cette conception se fonde sur l'hypothèse, réfutable dans des cas particuliers, que les médecins usent de méthodes de traitement efficaces, appropriées et économiques. En fixant comme structure tarifaire pour les prestations médicales uniforme sur le plan suisse en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal la structure tarifaire adaptée en vertu de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, le Conseil fédéral ne s'écarte pas de cette hypothèse légale de la prestation conforme aux obligations. La structure tarifaire ne comprend toujours pas de liste exhaustive des prestations médicales visées à l'art. 25, al. 2, en relation avec l'art. 33, al. 1, LAMal. Il est aussi possible qu'une prestation figurant dans la structure ne soit pas prise en charge par l'AOS faute d'avoir le caractère d'une prestation obligatoirement prise en charge.

La LAMal constitue la base légale de la prise en charge des coûts des prestations de l'assurance-maladie sociale qui servent au diagnostic ou au traitement d'une maladie et de ses suites. On trouve davantage de précisions à ce sujet, également en ce qui concerne les limitations et les interprétations éventuelles, dans l'OAMal, que complètent les dispositions de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

2.2.2. Commentaire sur le contenu des adaptations

L'ordonnance adapte, pour le 1^{er} janvier 2018, la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED) version 1.08, convenue dans la convention-cadre du 20 juin 2002, annexes comprises, entre santésuisse et FMH et approuvée par le Conseil fédéral le 30 septembre 2002 et la fixe par la même occasion comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations médicales ambulatoires. Les adaptations de la structure tarifaire figurent en annexe 1 de la présente ordonnance.

Comme indiqué au ch. 1.2, les partenaires tarifaires ont présenté individuellement, à l'automne 2016, des propositions d'adaptation de la structure tarifaire TARMED version 1.08_BR actuellement en vigueur. Celles-ci, ainsi que les recherches et analyses effectuées entre-temps, permettent de procéder aujourd'hui à une nouvelle intervention dans la structure tarifaire plus différenciée que ce n'était possible en 2014.

Du point de vue des payeurs de primes, il importe que les prestations figurant dans une structure tarifaire soient tarifées de façon économique, sous peine de voir sinon des incitations inopportunes être créées, des prestations médicales non nécessaires être fournies, les coûts continuer d'augmenter et, ce qui ne serait pas le moins grave, la qualité des soins se détériorer. Le manque d'adéquation de la structure actuelle est en principe reconnu par les partenaires tarifaires. Les présentes modifications doivent donc viser notamment à rétablir cette adéquation ou du moins à l'améliorer, autrement dit, à ce que la rémunération des diverses prestations soit dans une relation appropriée entre elles. Il faut aussi veiller à ce que la structure des tarifs réponde aux règles de la gestion d'entreprise, c'est-à-dire que soit respectée la primauté d'une rétribution des prestations conforme aux dépenses et à ceux qui les occasionnent. La structure tarifaire adaptée et fixée par le Conseil fédéral doit répondre aux principes de l'économicité et de l'équité. Autrement dit, il ne doit pas en résulter d'augmentation des coûts pour la même offre de prestations (même qualité et même volume de prestations fournies). Les baisses de coûts avérées (par ex. suite à la réduction des temps d'opération) doivent se retrouver dans le modèle tarifaire.

Les présentes adaptations de la structure tarifaire par le Conseil fédéral ne constituent pas une révision totale d'autorité. Dans l'esprit de la primauté de l'autonomie tarifaire, il convient qu'une structure tarifaire entièrement nouvelle, jamais encore appliquée, soit convenue entre les partenaires tarifaires et soumise pour approbation au Conseil fédéral. Par conséquent, les présentes modifications de la structure TARMED visent surtout à corriger des prestations surévaluées dans certains domaines de TARMED et à rendre ainsi la structure tarifaire plus adéquate afin qu'elle réponde mieux aux prescriptions de la LAMal. De plus, il s'agit aussi de corriger les incitations liées à la structure à facturer certaines positions plus fréquemment ou de manière incorrecte.

Il résulte d'un examen approfondi de la structure tarifaire que des surévaluations se trouvent plus particulièrement dans les domaines suivants, caractérisés par une présente plus forte de la technique ou plus invasifs : radiologie, chirurgie maxillo-faciale, gastroentérologie, radio-oncologie et radiothérapie, cardiologie, chirurgie plastique, esthétique et reconstructive, anesthésiologie, médecine nucléaire, chirurgie de la main, neurologie, ophtalmologie et angiologie.

En raison des progrès de la médecine et de la technique, il est à présumer que la productivité et les minutages fondant les modèles de calcul ne sont plus corrects en particulier dans ces domaines. Par ailleurs, les prix des appareils ont fortement changé depuis les années 90, en général à la baisse.

Depuis la mise en place de TARMED, on a pu constater une forte augmentation des consultations en ambulatoire chez les spécialistes, de 33 % (2005-2014, pool de données SASIS SA). Chez les médecins de premier recours, en comparaison, l'augmentation n'a été que de 13 %. Les coûts par consultation ont aussi augmenté nettement davantage, sur la même période, chez les spécialistes (32 %) que chez les médecins de premier recours (20 %). Les prestations brutes TARMED ont augmenté, de 2010 à 2014, de 11 % chez les médecins de premier recours, de 29 % chez les spécialistes et de 30 % dans les hôpitaux (pool de données SASIS SA). Cette évolution, de même que le fait que les différences de revenu entre les spécialités techniques et la médecine de premier recours ont augmenté depuis la mise en place de TARMED en 2004 au lieu de diminuer comme c'en était l'intention, renforce l'hypothèse d'une surévaluation de certains domaines de spécialisation.

Les modifications apportées par le Conseil fédéral à la structure tarifaire pour les prestations médicales constituent une solution transitoire en attendant qu'une solution conforme aux prescriptions de la LAMal soit convenue entre les partenaires tarifaires, soumise au Conseil fédéral et approuvée par lui. Les partenaires tarifaires sont invités à profiter du temps gagné pour parvenir à un accord sur la structure tarifaire future.

Les adaptations apportées en 2014 par le Conseil fédéral sont reconduites, car elles ont été adoptées par le Conseil fédéral par décision du 20 juin 2014. De même, elles sont contenues dans l'accord des partenaires tarifaires concernant l'utilisation de la structure tarifaire version 1.08_BR, limité à fin 2017. Il faut donc partir du principe que les adaptations ont été jugées appropriées et acceptées par les partenaires tarifaires. Ces adaptations apportées par le Conseil fédéral en 2014 visaient avant tout à débloquent les négociations entre les partenaires tarifaires. Une position de supplément (00.0015) valorisée avec 10 points tarifaires pour les prestations médicales (PM) avait été inscrite pour les groupes de fournisseurs de prestations « Médecine interne générale », « Médecin praticien » et « Pédiatrie » au cabinet médical, et l'évaluation des points tarifaires des prestations techniques (PT) avait été réduite linéairement de 8,5% pour les positions tarifaires de 13 chapitres¹ afin de compenser au moins en partie les gains de productivité dans ces domaines. Les données étaient telles que seuls les partenaires tarifaires sont en mesure de déterminer la situation exacte des gains de productivité par prestation. Les données dont disposait le Conseil fédéral ne lui permettaient pas d'intervenir de manière différenciée au niveau des différentes positions de prestations. Une réduction linéaire visait toutefois sciemment à intervenir le moins possible dans la structure tarifaire. Les réductions n'ont certes pas été limitées dans le temps, mais devaient néanmoins être interprétées comme une mesure transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision totale de la structure tarifaire, qui est approuvée par le Conseil fédéral aux termes de l'art. 46, al. 4, en relation avec l'art. 43, al. 5, LAMal. Ces adaptations devaient, jusqu'à la révision totale annoncée alors par quelques partenaires tarifaires pour fin 2015, contribuer à une pondération plus forte des prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques et contrecarrer la croissance plus marquée du volume de points de ces dernières, au cours des dernières années, par rapport aux premières. L'étendue des prestations n'ayant pas été modifiée, les adaptations avaient été conçues comme étant neutres en termes de coûts au sens de l'art. 43, al. 6, en relation avec l'art. 46, al. 4, LAMal et n'engendrent donc aucun coût supplémentaire. Tant le supplément que les réductions

¹ Les prestations techniques des chapitres suivants ont été réduits de 8,5% : 4, 5, 8, 15, 17, 19, 21, 24, 31, 32, 35, 37, 39. Dans ces chapitres, le volume facturé des points tarifaires des prestations techniques était élevé en chiffres absolus et avait fortement augmenté entre 2009 et 2012 (augmentation des PT en chiffres absolus > 1 million). Dans ces chapitres, au moins 50 % de l'augmentation (2009 à 2012) du volume global (PM + PT) sont en outre dus à l'augmentation du volume des PT sur la même période.

correspondaient à un montant annuel de quelque 200 millions de francs ; l'intervention du Conseil fédéral était donc d'un ordre de grandeur que l'on peut qualifier de très modéré (par rapport aux 9,5 milliards de francs de prestations brutes TARMED en 2014). Comme mentionné au point 1.2, il faut malheureusement constater aujourd'hui encore que les négociations tarifaires entre les partenaires tarifaires sont toujours bloquées. L'objectif qui était principalement visé par l'intervention de 2014 n'a ainsi pas pu être atteint. L'intervention du Conseil fédéral a par ailleurs conduit, entre 2014 et 2015, à une augmentation des coûts de 6.1%, ce qui est légèrement supérieur à l'augmentation moyenne. Chez les hôpitaux, l'augmentation a été réduite (3.8%). Chez les spécialistes, l'augmentation de 5.1% était également réduite, mais de loin pas dans la même proportion que chez les hôpitaux. Cela tend à indiquer que les spécialistes ont en partie compensé les réductions en accroissant les quantités.

Ainsi, il est ici apporté de nouvelles modifications en supplément de celles de 2014. Celles-ci visent, d'une part, à dissoudre les blocages dans les négociations tarifaires et, d'autre part, à travers des interventions plus différenciées, à rendre la structure tarifaire plus adéquate ainsi qu'à corriger les incitations à facturer certaines positions plus fréquemment ou de manière incorrecte.

Sont décrites et motivées ci-dessous les modifications apportées à la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED) version 1.08_BR, c'est-à-dire la version en vigueur et utilisée depuis le 1^{er} octobre 2014. Les conséquences concrètes sur la structure tarifaire actuellement utilisée version 1.08_BR (à savoir y compris les modifications ordonnées par le Conseil fédéral en 2014) ainsi que les conséquences financières des modifications en comparaison avec ladite version sont commentées au ch. II, annexe 1.

Modifications aboutissant à de nouvelles évaluations, c.-à-d. à un nombre de points plus élevé ou plus bas pour tout ou partie des positions tarifaires (estimation des conséquences possible) :

1. Valeur intrinsèque unique pour toutes les prestations

Les différentes « valeurs intrinsèques » ont été introduites, à l'origine, pour rendre justice à la différence de durée des diverses formations postgrade des médecins spécialistes. Une valeur intrinsèque dite quantitative (de FMH5 à FMH12) a été attribuée à chaque position et liée à un facteur défini (de FMH5 = 0,905 à FMH12 = 2,2625). La valeur intrinsèque quantitative influence sur les points de taxation des prestations médicales (pts PM) de chaque position tarifaire ; plus la valeur intrinsèque de la position était élevée, plus grand était le nombre de pts PM. Du fait que la durée de formation, conformément à la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd ; RS 811.11) est de 5 ou 6 ans pour tous les titres de médecins spécialistes, des valeurs intrinsèques différentes ne se justifient plus et constituent en particulier une violation du principe d'équité. C'est pourquoi il est prévu d'attribuer le même facteur de valeur intrinsèque à toutes les prestations. La durée de formation n'étant que de 3 ans pour les détenteurs du titre postgrade fédéral de médecin praticien, un facteur d'échelle équivalente à l'avantage découlant pour eux de l'unification des facteurs des valeurs intrinsèques est introduit (porteurs d'un titre unique, sans les porteurs d'un double titre). Ce facteur d'échelle vaut également pour les médecins détenteurs du titre fédéral de formation postgrade « médecin praticien » employés par un hôpital ou une institution visée à l'art. 36a LAMal (contrôle au moyen du numéro GLN). Cette unification entraînera une réduction de la différence entre les volumes de points facturés respectivement pour les spécialisations techniques et pour la médecine de premier recours.

2. Augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles opératoires

Une productivité donnée est attribuée à chaque centre de coûts (= unité fonctionnelle) dans la structure tarifaire TARMED. Pour obtenir le temps ayant un effet sur le tarif à partir du temps de travail annuel des médecins, le temps de travail « non productif » est déduit. Il comprend les activités du médecin qui ne peuvent être facturées directement par des positions de TARMED. Une déduction est effectuée indépendamment de l'unité fonctionnelle (par ex. dérangements personnels, conversations téléphoniques avec des offices, pauses légales, trajets à l'intérieur du cabinet), et une autre déduction vise les activités non facturables spécifiques à l'unité en question (gestion du cabinet / direction du personnel, entretiens d'équipe, contrôles de qualité, statistiques, etc.). Les différentes productivités influent sur le nombre de pts PM : plus leur valeur est basse, plus le nombre de pts PM est élevé pour la prestation correspondante. Les

valeurs relevées à l'origine, notamment pour les unités OP (OP I = 72 % ; OP II = 65 % ; OP III = 65 %), étaient nettement plus élevées que les valeurs de productivité effectivement utilisées suite aux négociations (OP I = 45%, OP II = 50%, OP III = 55%). Les valeurs effectivement utilisées signifient ici que la moitié du temps de travail annuel d'un médecin – et même davantage pour OP I – est « non productif ». La productivité n'est aussi basse dans aucune autre unité fonctionnelle (elle est presque partout supérieure à 70 %). Il n'existe aucune justification objective d'une productivité aussi basse dans les unités OP. Si le temps non productif est surévalué (autrement dit, l'estimation de la productivité trop basse), le fournisseur de prestations peut facturer son temps à double, car il peut facturer d'autres prestations durant la période enregistrée comme étant non productive. Les productivités définies devraient donc être plus élevées, mais devraient continuer à être échelonnées comme dans le TARMED actuellement valable. On part du principe que le temps moyen consacré à la prestation au sens restreint est moindre dans l'unité OP I que dans les unités OP II et OPIII et que, à temps identiques non tarifés, les interventions plus courtes affichent une moindre productivité. La productivité initiale recensée la plus faible de l'unité fonctionnelle OP III (65 %) est prise comme base pour l'échelonnement des productivités dans les unités OP. La productivité fixée pour l'unité OP II est inférieure de 5 % comme dans le TARMED actuellement en vigueur et la productivité de l'unité OP I est encore inférieure de 5 %. Le relèvement de la productivité dans les unités OP désavantage les activités d'opération par rapport aux activités non invasives. Cela réduit ainsi l'incitation à pratiquer une opération sans nécessité médicale impérative.

3. Abaissement des taux des coûts dans certaines unités fonctionnelles

Les taux des coûts des unités fonctionnelles ayant des frais d'investissement pour équipements et appareils supérieurs à 750 000 francs sont abaissés de 10 %, leur taux d'utilisation (temps de fonctionnement brut) étant jugé trop peu économique avec 9 heures par jour ouvrable², ou 12 heures pour l'IRM et la CT. L'abaissement de 10 % est plus modéré que la différence entre les taux des coûts respectifs pour une utilisation de 9 heures ou de 12 heures, ou, dans le cas de l'IRM et de la CT, entre les taux des coûts respectifs pour 251 ou 300 jours bruts de fonctionnement par année. À cela s'ajoute que, depuis la mise en place de TARMED, les coûts des appareils ont baissé pour certains³ et que la durée d'amortissement, surtout pour les appareils d'IRM et de CT, avec 6 ans, est sous-évaluée. La porter de 6 à 8 ans suffirait à réduire le taux des coûts estimé pour les unités fonctionnelles IRM et CT de près de 10 %. À noter aussi que la densité d'appareils d'IRM et de CT en Suisse est élevée comparée à celle des autres pays de l'OCDE.⁴ À côté de ces justifications évidentes pour une baisse du taux des coûts, les valeurs attribuées à d'autres paramètres dans le modèle tarifaire portent aussi à caution, notamment parce que les données de bases ayant servi au calcul n'ont jamais été révélées. Il s'agit notamment du taux de répartition des frais généraux dans le modèle des coûts INFRA (ou SUK-Satz). Par le biais de celui-ci, les frais généraux sont ajoutés en tant que frais d'infrastructure (Sach- und Umlagekosten, SUK) pour toutes les unités fonctionnelles sous forme de pourcentage fixe des frais d'infrastructure et de personnel (70% dans la plupart des cas). Si ce taux était réduit de moitié, les taux des coûts seraient jusqu'à 20% plus bas.

À l'instar des adaptations de 2014, la réduction du taux des coûts PT dans certaines unités contribue à une pondération plus grande des prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Les réductions de 2014 ont toutefois été apportées pour une raison (voir p.8, gains de productivités) différente de celles qui viennent d'être mentionnées (taux d'utilisation, coûts des appareils moins chers, durées d'amortissement, SUK-Satz).

² Le taux d'utilisation normal des unités fonctionnelles est de 251 jours de fonctionnement par année (365 jours - 104 jours non ouvrables (sa/di) - 10 jours fériés) et de 9 heures de fonctionnement par jour (12 heures aujourd'hui déjà notamment pour les unités fonctionnelles IRM et CT).

³ Étude INFRAS « Kosten und Rentabilitäten von kostenintensiven Infrastrukturen, Geräten und Einrichtungen sowie damit verbundenen Leistungen in der ambulanten Medizin », rapport final du 18 octobre 2016

⁴ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016; http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

4. Introduction de prestations à l'acte (minutage de 5 minutes) en cas de présence du radiologue pendant l'examen par CT ou IRM et unification des minutages pour la rédaction de rapports

Actuellement, les positions tarifaires pour les examens par CT et IRM comprennent des minutages tant pour les prestations médicales au sens restreint que pour la rédaction de rapports. La somme de ces minutages est multipliée par le taux des coûts de l'unité fonctionnelle pour calculer le nombre de pts PM. En règle générale, comme le spécialiste en radiologie n'est pas présent ou n'est pas présent tout le temps lors de l'exécution de ces examens, le minutage pour les prestations médicales est supprimé pour ces positions tarifaires, et une nouvelle position tarifaire pour les examens par CT et une pour les examens par IRM sont en revanche introduites comme prestation à l'acte pour la prestation médicale au cas où le radiologue serait présent lors de l'examen par CT ou IRM avec un minutage de 5 minutes. Dans la majorité des cas, le radiologue doit être brièvement présent lors de l'examen par CT ou IRM afin de satisfaire aux obligations qui lui incombent selon l'ordonnance sur la radioprotection (p. ex. contrôle de l'indication, information, adaptation des paramètres de l'examen, etc.). Dans les cas complexes, il peut arriver que le radiologue doive également être présent pendant une partie, voire la totalité de l'examen par CT ou IRM. Grâce au minutage de 5 minutes dans la prestation à l'acte nouvellement introduite, qui doit s'entendre comme une valeur moyenne, le radiologue peut facturer sa présence pendant l'examen. Parfois, il ne sera présent qu'une ou deux minutes au tout début, mais parfois sa présence sera requise plus longtemps. En moyenne, les prestations médicales du radiologue sont ainsi prises en compte de manière suffisante. Pendant le temps restant, le spécialiste en radiologie peut fournir d'autres prestations et les facturer. Il n'a pas le droit de facturer la position dans les cas où il est totalement absent. Le minutage pour la rédaction du rapport consécutif à un examen par IRM ou par CT, qui influe également sur le nombre de pts PM, est légèrement augmenté pour les prestations principales et unifié, mais il est biffé en revanche pour les prestations additionnelles. Cette modification a pour effet que le spécialiste en radiologie ne peut plus facturer son temps à double lorsqu'il fournit d'autres prestations pendant un examen par CT ou IRM. Cela améliore l'économicité de la fourniture des prestations.

5. Abaissement de minutages trop élevés pour un certain nombre de positions tarifaires

Les minutages de certaines positions tarifaires pour lesquelles il existe des indices concrets que ceux-ci ont été fixés trop haut seront abaissés. Les méthodes d'examen et d'intervention ainsi que les instruments techniques et les appareils diagnostiques utilisés aujourd'hui ont permis de raccourcir le temps nécessaire. Les minutages des prestations suivantes ont donc été abaissés à la valeur moyenne pour la fourniture de ces prestations : opération de la cataracte, injection intravitréenne, ECG d'effort et ECG Holter, coloscopie et radiothérapie stéréotaxique. Les indices parlant pour un abaissement des minutages proviennent en majorité d'assureurs qui ont vérifié la plausibilité de leurs estimations avec leurs médecins-conseils et, parfois, avec les valeurs du barème uniforme allemand. Pour une opération de la cataracte avec implantation d'une lentille artificielle et utilisation d'un anneau de tension capsulaire, la structure tarifaire actuelle compte plus d'une heure, bien qu'une telle opération dure aujourd'hui moins de la moitié. Quant à la seule injection intravitréenne, elle ne dure plus que quelques minutes, mais est tarifée conjointement avec la biopsie du corps vitré de durée supérieure et évaluée à 30 minutes dans la structure tarifaire actuellement en vigueur. L'ECG d'effort et l'ECG Holter y sont évalués à plus de 30 minutes alors que, selon les assureurs, ils durent 25 minutes au maximum (l'automatisation a permis de réduire considérablement la durée de cet examen). Dans le barème uniforme applicable en Allemagne à la tarification des prestations médicales (EBM Deutschland), l'ECG d'effort et l'ECG Holter (analyse d'un ECG de longue durée enregistré en continu pendant au moins 18 heures) sont évalués à 10 minutes. La coloscopie complète ainsi que la coloscopie par une stomie comptent aussi pour plus de 33 resp. 30 minutes, alors qu'en moyenne elles durent au maximum 25 minutes. Les assureurs (médecins-conseils) estiment qu'un minutage de 20 minutes devrait suffire pour la coloscopie complète et la coloscopie par une stomie. Selon une étude de l'*European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) de

2017⁵, une coloscopie dure entre 30 et 45 minutes. Dans la structure tarifaire de H+ et dans l'EBM Deutschland, une durée de 30 minutes est enregistrée pour la coloscopie. Les hôpitaux évoquent une durée de 20 à 30 minutes dans leurs informations aux patients. Sur la base de ces données, le minutage pour la coloscopie complète et la coloscopie par une stomie est donc désormais fixé à 25 minutes. Le minutage pour la coloscopie partielle ou la coloscopie gauche est moindre, tout comme dans la structure tarifaire actuelle. Durant les coloscopies (ainsi que durant la rectoscopie/sigmoïdoscopie), il est fréquent que l'on retire des polypes. Les minutages des positions tarifaires correspondantes sont aussi nettement surévalués, selon les assureurs, et sont donc abaissés. Quant à la radiothérapie stéréotaxique, elle a connu ces dernières années une évolution technique fulgurante, qui fait que les minutages en vigueur sont nettement trop élevés.

L'abaissement des minutages accroît l'économicité de la fourniture des prestations, car il n'est plus possible de facturer plusieurs prestations sur le même laps de temps. Comme la réduction des PT en 2014 touchaient ces mêmes positions et pour des raisons similaires (gains de productivité), elle a été prise en compte dans le calcul des nouveaux points tarifaires.

6. Transformation des prestations à l'acte « Examen par le spécialiste » en prestations en temps

Les prestations à l'acte « Examen par le spécialiste ... » (10 positions tarifaires), auxquelles un minutage est associé, sont transformées en prestations en temps, facturables par tranches de 5 minutes. La limitation par mois est conservée, mais convertie. En outre, une limitation par séance est introduite ; elle correspond au maximum au minutage précédent de la prestation isolée. De l'avis des assureurs, les prestations citées dans l'interprétation de ces positions tarifaires ne sont pas toujours toutes fournies. Le minutage tend donc à être surévalué, et donc non économique. De plus, ces examens ne constituent pas des prestations homogènes, la durée de l'examen pouvant varier beaucoup d'un fournisseur de prestations à l'autre et d'un patient à l'autre. Il est donc plus objectif de concevoir ces examens comme des prestations en temps, par tranches de 5 minutes, avec limitation. Pour les positions qui contenaient une énumération des parties de prestations au choix du fournisseur de prestations, celui-ci sera désormais tenu de mentionner les examens qui ont été effectués dans le dossier de patient, ceci dans le sens d'une plus grande transparence.

Modification des règles de facturation de positions tarifaires à l'acte ou de groupes de positions (estimation des conséquences à peine ou guère possible) :

7. Application des restrictions également aux spécialistes facturant par voie électronique

La remarque « Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique » est supprimée pour 20 positions tarifaires. Elle visait, lors de la mise en place de TARMED, à encourager la facturation électronique par une incitation dans la structure tarifaire. Les limitations de volume et de temps associées à ces positions ne s'appliquent donc pas aux fournisseurs de prestations qui facturent par voie électronique. Étant donné qu'il est difficile pour les assureurs, selon leurs propres dires, de distinguer en pratique entre les spécialistes facturant par voie électronique et les autres, il est probable que les limitations associées à ces positions n'ont pas pu être contrôlées ou imposées. De plus, l'incitation créée n'a plus lieu d'être, puisqu'aujourd'hui la majeure partie des fournisseurs de prestations facturent par voie électronique.

Les limitations sont toutefois augmentées pour certains groupes d'âge et de patients. Ainsi, les limitations sont par exemple doublées pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes au-dessus de 75 ans. Les limitations sont également doublées pour les patients nécessitant plus de soins (règle dite d'exception). Un besoin accru en soins, dans le sens d'un besoin exceptionnellement accru en temps, peut par exemple apparaître chez les patients multimorbides, chez les patients avec une limitation cognitive moyenne ou sévère, chez les patients avec des troubles psychiques sévères ou chez les patients dans une situation de maladie grave (par ex.

⁵ <http://www.esge.com/performance-measures-for-lower-gastrointestinal-endoscopy.html>

syndrome coronarien aigu ou une maladie cancéreuse instable). Le traitement de tels patients n'autorise toutefois pas automatiquement l'utilisation des limitations plus élevées, le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur. Il est attendu que les quantités des nouvelles positions tarifaires restent dans le cadre des taux actuels pour le dépassement des limitations activées pour tous les fournisseurs de prestations par cette mesure. Les partenaires tarifaires sont invités à trouver des solutions si possible communes ou du moins concertées pour l'application des limitations doublées. La limite de 6 ans est définie en raison de la capacité de discernement accrue des enfants à partir de la scolarisation. La limite de 75 ans est choisie parce que le risque de maladies multiples augmente à partir de cet âge. Selon les chiffres actuels, les traitements ont en outre tendance à durer plus longtemps à partir de 75 ans.

La position tarifaire « Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min » est également concernée par la limitation. Pour que le spécialiste en psychiatrie ait cependant suffisamment de temps pour les entretiens téléphoniques avec le patient, il est précisé à propos de la position tarifaire « Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min » que celle-ci peut également être facturée en cas d'intervention de crise par téléphone.

Les limitations ont pour but de garantir l'économicité de la fourniture des prestations au sens de l'art. 56 LAMal. Si elles ne sont pas respectées ou si elles ne peuvent pas être contrôlées, la fourniture des prestations ne répond pas au critère d'économicité. L'évolution de la facturation des positions pour lesquelles, à cette condition, les restrictions ne s'appliquent pas ainsi que la durée des consultations semblent indiquer que ces positions sont aujourd'hui beaucoup plus fréquemment facturées, et pour des durées plus longues, que ne l'auraient autorisé les limitations qui n'ont pas été appliquées jusqu'ici. La présente modification vise à y remédier.

8. Interprétation plus précise des prestations en l'absence du patient et adaptation des limitations correspondantes

Les positions tarifaires désignées comme « prestation en l'absence du patient » (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) accusent une forte augmentation de volume ces dernières années. Il est permis de supposer que les fournisseurs de prestations facturent au moyen de ces positions des activités qui ne sont pas en contact direct avec le patient, bien que celles-ci soient déjà rémunérées par le biais de la productivité, ou plutôt du temps non productif (cf. supra). La possibilité de facturer ces positions tarifaires doit être limitée par diverses modifications, car aujourd'hui ni les assureurs ni les patients n'ont de possibilité de contrôle.

L'interprétation des positions tarifaires est d'abord complétée en ce sens que celles-ci ne s'appliquent pas aux prestations en l'absence du patient liées à la rédaction de certificats médicaux, de rapports et de lettres, qui font l'objet du chap. 00.06, du fait que les positions tarifaires de ce chapitre comprennent déjà les prestations indiquées comme fournies en l'absence du patient. Il n'est donc pas correct de facturer en plus d'autres positions pour l'activité de rédaction d'un rapport.

Par ailleurs, une position tarifaire est introduite pour chaque activité possible en l'absence du patient (p. ex. étude de dossier, obtention d'informations auprès de tiers), afin que ce que fait le fournisseur de prestation soit visible. Une position « *Tumorboard* en l'absence du patient » est par ailleurs créée pour la participation à des *tumor boards* en plus des prestations qui existent déjà dans l'interprétation de la position tarifaire 00.0140. La répartition en plusieurs positions tarifaires accroît la transparence et les possibilités de contrôle, surtout pour l'assuré, et réduit l'incitation pour le fournisseur de prestations à facturer ces positions à la légère.

Dans les prestations médicales en l'absence du patient (00.0141 ss), les limitations enregistrées pour les spécialistes ne facturant pas par voie électronique sont valables pour tous les spécialistes (cf. supra, pt 7) et réduites de moitié, afin de contrecarrer la forte augmentation de volume évoquée plus haut. Cette diminution de moitié ne s'applique pas aux prestations médicales en l'absence du patient chez les enfants de moins de 6 ans et les personnes au-dessus de 75 ans, et les limitations pour ces deux groupes d'âge sont maintenues aux valeurs actuelles. Les limitations ne sont également pas diminuées de moitié pour les patients nécessitant plus de soins. La règle dite d'exception s'applique donc également aux prestations médicales en l'absence du patient avec les positions 00.0141 ss (comme au point 7 ci-dessus). La mise en place concrète

dans la structure tarifaire se trouve au chiffre II. Cette extension répond en particulier au besoin des fournisseurs de prestations d'une rétribution de la charge de coordination croissante avec l'environnement social, scolaire et professionnel du patient (travail avec l'entourage).

Les limitations de la prestation médicale en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, psychologue ou psychothérapeute traitant ou délégué (02.0071 ss, 02.0161 ss, 02.0261 ss) sont valables pour tous les fournisseurs de prestations (pas seulement pour les spécialistes ne facturant pas par voie électronique) (cf. supra, pt 7).

Les limitations s'appliquent à chaque fois de manière cumulée à toutes les positions tarifaires des prestations en l'absence du patient. Pour ce faire, de nouveaux groupes de prestations sont conçus. Pour éviter que les tranches de 5 minutes entamées ne soient généralement arrondies à la hausse pour les « prestations en l'absence » en plusieurs parties (p. ex. étude de dossier et établissement d'ordonnances), entraînant ainsi une augmentation du volume facturé, toutes les positions « prestation en l'absence du patient » sont désormais tarifées à la minute et non plus par tranche de 5 minutes.

9. Interprétation plus précise des suppléments d'urgence

L'interprétation des positions comprenant la désignation « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » (00.2510 à 00.2590) est précisée. Les critères applicables aux urgences pendant la journée sont définis plus en détail afin de déterminer plus clairement les cas où ces indemnités peuvent être facturées. Lors d'un contact direct entre le médecin et le patient (anamnèse possible avec le patient ou en présence du patient), il faut que le patient présente ou qu'il ne soit pas exclu qu'il présente un trouble des fonctions vitales ou une lésion d'un organe. Cette position peut également être facturée aux patients présentant une maladie aiguë, un traumatisme ou une intoxication provoquant ou susceptible de provoquer la lésion d'un organe. Dans le domaine de la psychiatrie, on partira du principe qu'il s'agit d'une urgence en cas d'état d'excitation, de mise en danger de soi-même ou d'autrui, de troubles de la conscience ou d'états stuporeux catatoniques. Il est ici question de l'évaluation de la situation par le médecin (évaluation ex ante). Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (p. ex. téléphone), les critères actuels restent applicables, c.-à.-d. que le traitement immédiat est médicalement nécessaire et/ou jugé manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers et que le spécialiste se consacre au patient ou lui rend visite immédiatement et sans tarder. Pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence B et C (lu-di 19-22, sa 12-19, di 7-19 et lu-di 22-7), les critères d'urgence jusqu'à présent valables sont complétés d'un point afin de déterminer plus clairement les cas où elles peuvent être facturées ou non. Le nouveau critère d'urgence admis dispose que le traitement immédiat doit être jugé médicalement nécessaire par le spécialiste, lors d'un contact direct entre médecin et patient. Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (p. ex. téléphone), les critères actuels restent applicables, c.-à.-d. que le traitement immédiat est médicalement nécessaire et/ou jugé manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers. Le fournisseur de prestations doit assumer une plus grande responsabilité en ce qui concerne l'appréciation de la situation, du fait de la précision en cas de contact direct entre médecin et patient.

En plus, la fenêtre temporelle pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F (lu-ve 19-22, sa 12-19, et di 7-19) est étendue aussi à samedi jusqu'à midi (7-12). Le samedi matin est en effet situé en dehors des heures de consultation ordinaires. Cela évite en outre que les patients nécessitant des soins aigus soient directement adressés, le samedi matin, au service des urgences de l'hôpital par des cabinets médicaux ou des cabinets d'urgence situés en amont de l'hôpital et gérés par des médecins de famille.

10. Adaptation de l'interprétation concernant la ponction et la prise de sang par du personnel non médical

Pour les positions tarifaires 00.0715 (ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation, par du personnel non médical) et 00.0716 (prise de sang capillaire, toute localisation, par du personnel non médical), la limitation disant que celles-ci ne peuvent être pratiquées que par le

personnel du laboratoire de cabinet médical dans le cadre du diagnostic en présence du patient est supprimée.

La position 00.0710 « Ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation » fait partie des « prestations de base générales » ; autrement dit, lorsque le médecin pratique la ponction, il peut la facturer par le biais de la consultation. L'interprétation de cette position dit aussi que les ponctions pour prise de sang effectuées par du personnel non médical en vue d'analyses de laboratoire dans des laboratoires d'hôpitaux et dans d'autres laboratoires sont indemnisées par les positions tarifaires correspondantes de la Liste fédérale des analyses. Tel était encore le cas lors de la mise en place de TARMED, mais plus aujourd'hui. Comme les prises de sang (veineuses ou capillaires) pratiquées par du personnel non médical, qui ne sont analysées dans le laboratoire du cabinet médical ne peuvent plus être facturées sur la base de la liste des analyses, il est permis de supposer qu'aujourd'hui celles-ci sont parfois facturées au moyen de la position 00.0710, bien que celle-ci ne puisse être utilisée que lorsque la prise de sang a été effectuée par un médecin. L'incitation existe aussi qu'un examen qui ne serait en fait pas nécessaire est pratiqué simultanément au cabinet médical uniquement pour pouvoir facturer cette position. Il importe de l'empêcher, d'autant que la position 00.0710, contrairement aux autres, comporte aussi des pts PM. La modification permet une facturation correcte des prises de sang par du personnel non médical.

11. Retarification et interprétation plus précise de la position 00.0610 « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min. »

L'interprétation de la position 00.0610 « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min. » cite comme exemples de prestations pouvant être facturées à ce titre *injections, inhalation, bougirage, sonde gastrique, cathéter vésical*. Mais diverses demandes venant d'assurés ont signalé que les fournisseurs de prestations utilisent souvent aussi cette position pour facturer des prestations non citées dans l'interprétation, le cas échéant parce que leur tarif est supérieur à celui de la consultation de base (unité fonctionnelle « salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours » au lieu de « salle de consultation »). Il s'agit de mettre un terme à cette incitation en attribuant à cette position le tarif de l'unité fonctionnelle « salle de consultation ». Comme il s'agit d'une instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, on ne voit pas pourquoi celle-ci devrait se faire dans d'autres locaux (Salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours) que la consultation de base (salle de consultation). En outre, l'interprétation de cette position est précisée pour en restreindre l'utilisation, et une limitation par séance est ajoutée.

Autres modifications (estimation des conséquences impossible)

12. Suppression du supplément de 10 % sur le matériel à usage courant et sur les implants

L'interprétation générale IG-20 est modifiée en ce sens qu'un supplément de 10 % ne peut plus être facturé sur le prix de revient du matériel à usage courant et des implants. Ce supplément servait à compenser les frais de logistique (commande, stockage, contrôle, etc.) liés au matériel à usage courant et aux implants. Un supplément en pourcentage fixe sans plafonnement ne se justifie pas, car les frais de logistique ne sont pas nécessairement plus élevés pour du matériel plus cher que pour des articles meilleur marché. De plus, il existe sur le marché, par ex. pour les implants, des possibilités d'acquisition qui rendent obsolètes le stockage et la logistique classiques ou qui sont quasiment gratuites pour les fournisseurs de prestations. Par ailleurs, dans le modèle de coûts INFRA, les frais généraux sont ajoutés en tant que frais d'infrastructure (Sach- und Umlagekosten, SUK) pour toutes les unités fonctionnelles sous forme de pourcentage fixe des frais d'infrastructure et de personnel. Ces SUK comprennent aussi les frais d'achat et de stockage central ainsi que l'infrastructure, l'assistance et le service (service technique, logistique, frais de transport interne et externe, informatique, etc.). Les prestations de logistique n'étant pas retirées des modèles de coûts, elles sont donc facturées à double aujourd'hui avec le supplément de 10 % sur le prix de revient. De ce fait, la fourniture de prestations n'est pas

économique. La suppression de ce supplément permet d'éliminer l'incitation à utiliser du matériel à usage courant et des implants coûteux. L'interprétation est formulée de façon plus claire, de manière à ne plus parler de prix de revient mais de prix d'achat (prix unitaire après déduction des rabais et des remises de prix). À défaut, les coûts logistiques risquent d'être pris en compte dans le prix de revient.

Par ailleurs, le renvoi à la liste des moyens et appareils (LiMA) est supprimé lui aussi. Cette liste répertorie les moyens et appareils qui sont pris en charge par l'AOS ; ceux-ci sont utilisés par les assurés eux-mêmes ou par des personnes qui participent à l'examen ou au traitement à titre non professionnel. Les moyens et appareils figurant dans la LiMA sont pris en charge par l'AOS au maximum à hauteur du montant maximal inscrit dans la LiMA. Cette liste ne constitue donc pas une liste de prix pour le matériel à usage courant utilisé dans le traitement par le fournisseur de prestations. Par conséquent, elle ne doit plus non plus figurer dans l'IG-20.

13. Suppression de positions tarifaires pour les prestations hospitalières et pour les prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire, ainsi que de tous les renvois à la loi

Les positions tarifaires pour lesquelles le type de traitement est « hospitalier », celles concernant la prise en charge du patient hospitalisé et celles comportant la mention « Loi : Uniquement prestations de l'assurance-accident / de l'assurance-invalidité / de l'assurance-maladie » ne sont ni adaptées, ni fixées. En outre, tous les renvois à la loi (LAMal et dispositions d'exécution : OAMal et OPAS) et à la liste des analyses sont supprimés. Les compétences du Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal se limitent à la fixation ou à l'adaptation de structures tarifaires uniformes sur le plan suisse servant de base pour les tarifs à la prestation dans le domaine ambulatoire. Pour le domaine hospitalier, la LAMal prévoit une rémunération forfaitaire. Par ailleurs, ces compétences sont limitées aux prestations de l'assurance-maladie. Pour éviter de devoir adapter les renvois dans la structure tarifaire à chaque modification de la loi, des ordonnances ou de la liste des analyses, ceux-ci sont tous supprimés. La loi et ses ordonnances d'exécution doivent être respectées indépendamment des renvois dans la structure tarifaire. Les partenaires tarifaires sont libres d'intégrer dans leurs systèmes de facturation ces renvois ainsi que les conditions éventuelles de prise en charge par l'AOS qui s'y rapportent.

Adaptation supplémentaire : en plus des examens par le spécialiste (cf. supra, pt 6), la position tarifaire 00.2205 « Rapport médical sur formulaire » passe d'une prestation à l'acte à une prestation en temps avec limitation et reçoit un nouveau numéro (00.2206). Cette adaptation est effectuée parce que les positions tarifaires 00.2230 et 00.2240 « Premier rapport médical à l'AI, sur formulaire, par période de 10 min en plus » doivent être supprimées (voir ci-dessus). En cas d'application de la structure tarifaire, l'assurance-invalidité ne devrait donc adapter que la limitation afin de pouvoir satisfaire au grand nombre de rapports médicaux sur formulaire dans l'AI.

14. Introduction d'une indemnité de déplacement séparée pour la psychiatrie

Du fait des adaptations dans la structure tarifaire, l'évaluation du diagnostic et du traitement psychiatriques est inférieure à l'indemnité de déplacement correspondante pouvant être facturée lorsque le psychiatre se rend par exemple au domicile du patient. La raison en est que le diagnostic et le traitement psychiatriques (FMH6) sont tarifés dans l'unité fonctionnelle « Salle de consultation, psychiatrie », alors que l'indemnité de déplacement (FMH5) est tarifée dans l'unité fonctionnelle « Salle de consultation ». En principe, l'indemnité de déplacement devrait toutefois être tarifée dans la salle de consultation du spécialiste en question, car les pts PT visent à couvrir les coûts de l'infrastructure et du personnel non-médical aussi aussi lorsque le spécialiste est en dehors du cabinet. Une indemnité de déplacement séparée est donc introduite pour le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie avec une tarification identique à celle du diagnostic et du traitement psychiatriques et une interprétation identique à celle de l'indemnité de déplacement précédemment applicable.

15. Tarification de la phytothérapie identique à celle des autres formes de médecine complémentaire

Le 16 juin 2017, le Conseil fédéral a décidé que les prestations de médecine complémentaire (médecine anthroposophique, homéopathie classique, médecine traditionnelle chinoise et phytothérapie) seront définitivement remboursées par l'assurance-maladie à partir du 1^{er} août 2017. À cet effet, les méthodes doivent être pratiquées par un médecin classique ayant obtenu un certificat de formation complémentaire reconnu par la FMH dans l'une des quatre méthodes. Dans la structure tarifaire actuellement en vigueur, les prestations de phytothérapie ne sont pas explicitement tarifées, mais peuvent être facturées par le biais des prestations de base générales (consultation), contrairement aux autres prestations de médecine complémentaire (acupuncture, homéopathie, thérapie neurale, MTC et médecine anthroposophique). Des positions séparées sont à présent introduites par analogie pour la phytothérapie. Cela n'entraîne aucune conséquence en termes de coûts, car la tarification des nouvelles positions est identique à celle de la consultation, par le biais de laquelle les prestations pourraient être facturées à défaut. La présentation séparée de ces prestations est en outre plus pratique pour le monitoring.

2.3. Fixation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

L'ordonnance fixe la structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations de physiothérapie fournies dans le domaine ambulatoire. La structure tarifaire fixée se trouve à l'annexe 3 dans son intégralité (y compris l'ensemble des positions tarifaires et leur description ainsi que les règles de facturation et les interprétations générales de la structure). Elle entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2018, afin de garantir l'existence ininterrompue d'une structure tarifaire uniforme pour un tarif à la prestation, permettant ainsi de garantir la sécurité juridique des partenaires tarifaires et la stabilité des tarifs pour les assurés.

Le principe d'autonomie tarifaire prévue par la loi fait que le Conseil fédéral ne devrait en principe pas avoir à fixer une structure tarifaire totalement nouvelle et jamais utilisée. La structure tarifaire fixée se fonde dès lors sur la structure tarifaire uniforme valable jusqu'au 31 décembre 2017. Celle-ci a été soumise à un examen et a subi des adaptations visant à la rendre plus conforme à la loi. Ces modifications tiennent compte, autant que possible, des propositions faites par les partenaires tarifaires et du résultat de la consultation. La structure tarifaire fixée peut ainsi constituer une solution transitoire stable, en attendant qu'une nouvelle structure tarifaire conforme aux prescriptions de la LAMal soit convenue par les partenaires tarifaires, soumise au Conseil fédéral et approuvée par lui. Elle n'est dès lors pas limitée dans le temps.

La structure tarifaire fixée jusqu'au 31 décembre 2017 englobe amplement les prestations ambulatoires fournies par les physiothérapeutes exerçant en cabinet privé ou dans un hôpital. Le modèle qui a servi à l'établir se fonde sur les données des coûts et des prestations relevées auprès des cabinets indépendants, d'hôpitaux et de cliniques et instituts spécialisés. Il tient compte – par le biais de la « productivité » – non seulement du travail du physiothérapeute directement représenté par une position tarifaire dans la structure (temps de travail dit productif) mais aussi de celui qui n'est pas directement facturable dans la structure tarifaire (temps de travail dit « non productif »). Le travail non productif comprend notamment les contacts avec les médecins traitants, les collègues de professions et les institutions, le temps pour les rapports internes et les autres travaux administratifs. Concrètement, le modèle de la structure tarifaire tient compte d'une durée journalière de travail de 8.4 heures et d'une productivité de 83.1%. Cela signifie un temps de travail productif journalier d'env. 7 heures et un temps de travail non-productif journalier d'environ 1.4 heure. Il faut aussi dire que depuis l'introduction de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie, le catalogue des prestations du physiothérapeute à la charge de l'assurance-maladie obligatoire n'a pas changé. La modification du 27 octobre 2009 de l'OPAS entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010 n'a fait qu'introduire une nouvelle terminologie des prestations de physiothérapie à l'art. 5, al. 1. Par conséquent, il ne devrait pas y avoir de prestations de physiothérapie, non représentées dans la structure tarifaire qui justifieraient une adaptation de la structure générant plus de coûts à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Le Conseil fédéral dispose d'un faisceau d'indices permettant de remettre en question le caractère approprié de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie.

La structure tarifaire valable jusqu'au 31 décembre 2017 est construite autour de forfaits par séance calculés en fonction des durées usuelles des séances des physiothérapeutes exerçant en cabinet indépendants et auprès des hôpitaux, mais ces durées ne sont pas mentionnées. Cela va à l'encontre de la transparence envers les patients et produit par ailleurs des incitations à réduire le temps consacré à chaque séance de traitement ce qui peut avoir une influence négative sur la qualité des traitements. Accessoirement, cela peut également générer une augmentation plus rapide des coûts car les physiothérapeutes peuvent pratiquer des séances plus courtes que les durées attribuées aux séances, tout en facturant le même nombre de points tarifaires. Depuis l'introduction de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie, les coûts de la physiothérapie à la charge de l'assurance-maladie obligatoire sont en croissance constante. Rien que pour la période allant de 2011 à 2015, les coûts totaux pour la physiothérapie ont augmenté de 41 %, tandis que les coûts totaux à la charge de l'assurance-maladie obligatoire augmentaient de 21% sur cette même période. Si l'augmentation du nombre de factures (+34% sur la période considérée) laisse supposer une augmentation du nombre de cas, il faut aussi relever l'augmentation encore plus importante du nombre de consultations (+46%) et donc du nombre de consultations par facture (de 6.6 à 7.2 consultations par facture). Celle-ci peut en partie avoir été accentuée par l'incitation évoquée à réduire les durées des séances.

Le caractère approprié de la structure tarifaire peut par ailleurs être questionné au vu de la forte concentration du volume de points facturé sur une seule position tarifaire. En effet, la position de séance 7301 représente à elle seule près de 74% du volume des points facturés dans la structure tarifaire. Cela ne devrait être le cas que si une grande majorité des prestations de physiothérapie sont homogènes en termes de durée et d'infrastructure. De l'avis des physiothérapeutes, une partie importante des prestations facturées sous cette position ont des durées plus courtes justifiées par des raisons thérapeutiques. Cela plaiderait en faveur d'une meilleure différenciation des positions tarifaires, du moins en fonction des durées de traitement. En effet, comme le modèle de coûts de la structure tarifaire actuelle est centré sur une unité fonctionnelle (Sparte) unique qui inclut l'ensemble des coûts imputables à un cabinet de physiothérapie (physiothérapeute propriétaire du cabinet, personnel soignant diplômé, personnel non diplômé, infrastructure et installations, etc.), ce sont les durées qui ont été définies pour les séances (sortes de minutages) qui définissent le rapport des positions tarifaires entre elles. Le modèle tarifaire de la structure tarifaire attribue une durée de séance de 32.6 minutes à la position tarifaire 7301. Il est donc justifié d'attendre du physiothérapeute qu'il consacre une durée équivalente à la séance de traitement, comme aucune étude ou donnée propre démontrant la pertinence de séances plus courtes n'a été mise à la disposition du Conseil fédéral dans le cadre de la consultation.

L'examen de la structure tarifaire fixée jusqu'au 31 décembre 2017 a aussi démontré que quelques adaptations sont nécessaires afin d'améliorer la compréhension et la transparence de la structure et d'éviter des incitations ou effets indésirables. Sur le plan syntaxique, il a aussi été constaté que la description des positions tarifaires n'est plus conforme à la nouvelle teneur de l'art. 5, al. 1, OPAS et laisse une large marge d'interprétation. La démarcation peu claire entre les positions de base (forfaits par séance) ainsi que le manque de clarté concernant les combinaisons autorisées entre les positions de base et les positions supplémentaires (suppléments) et concernant les quantités autorisées peuvent être source de litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs, et conduire à une facturation non conforme au critère d'économicité.

Enfin, la non-fixation par le Conseil fédéral de la position tarifaire 7360 pour la rémunération des moyens et appareils et du matériel nécessaire en raison du renvoi qu'elle faisait à la liste des moyens et appareils (LiMA) fait que la rémunération du matériel nécessaire au traitement n'est plus explicitement réglée dans la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie valable jusqu'au 31 décembre 2017. Comme il était mentionné dans le commentaire, la non-fixation de la position tarifaire 7360 répondait à un impératif de légalité mais ne remettait pas en question le fait que le matériel nécessaire utilisé dans le cadre du traitement physiothérapeutique et qui était facturé sous l'ancienne position 7360 pouvait continuer à être facturé.

Les données disponibles ne permettent pas d'apporter l'ensemble des corrections nécessaires, dans l'immédiat. Afin aussi de donner une dernière chance à une solution partenariale, le Conseil fédéral se contente ici d'apporter quelques modifications dans la structure tarifaire dans le sens d'une clarification

des positions tarifaires et d'une harmonisation avec la teneur de la loi. Dans l'objectif de garantir la sécurité juridique et la stabilité des tarifs, il fixe la structure tarifaire adaptée comme solution transitoire.

La structure tarifaire fixée contient les modifications suivantes :

1. Adoption d'un vocabulaire conforme à l'art. 5, al. 1, OPAS

La structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie a été adaptée afin de tenir compte de la nouvelle terminologie à l'art. 5, al. 1, OPAS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

2. Clarification de la structure tarifaire et des positions tarifaires dans la structure tarifaire

Afin de permettre une interprétation plus uniforme des positions tarifaires, la structure tarifaire fixée prévoit désormais un nombre plus limité de positions tarifaires (notamment des positions de base) et précise certaines règles de facturation. La structure mentionne par ailleurs les combinaisons qui sont autorisées entre les positions de base et les positions supplémentaires et clarifie aussi les limites quantitatives en ce qui concerne les positions de base et les positions de supplément. Elle contient une nouvelle position tarifaire dédiée à la facturation du matériel nécessaire pour le traitement. La création d'une nouvelle position améliorera la transparence sur les factures et permettra un meilleur monitoring des coûts liés à ce matériel. Afin de faciliter le contrôle, les règles de facturation font une liste exhaustive des catégories de matériel pouvant être facturés sous cette position. Les fournisseurs de prestations sont tenus de mentionner la catégorie du matériel en question (sur la base de la liste mentionnée) et d'indiquer les quantités et les prix d'acquisition. Pour limiter la charge administrative y relative, les quantités et les prix seront rapportées en fin de traitement, c'est-à-dire en termes de total au moment de la facturation ou au bout des 9 séances de traitements qu'autorise l'OPAS au maximum par ordonnance médicale.

Ces modifications s'appuient autant que possible sur les propositions soumises au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires courant 2016 ainsi que sur les informations disponibles concernant l'élaboration de la structure tarifaire fixée. Elles tiennent également compte du résultat de la consultation. En améliorant la clarté de la structure tarifaire et la conformité de celle-ci à la teneur de la loi, elles devraient faciliter les rapports entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, et créer plus de transparence envers les patients.

Il apparaît que la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie doit être revue dans son intégralité. Dans l'esprit de l'autonomie tarifaire prévue par la loi, les partenaires tarifaires sont invités à soumettre, conjointement, au Conseil fédéral pour approbation une structure tarifaire révisée ou, à défaut, une structure tarifaire modifiée, dans les plus brefs délais. À défaut, le Conseil fédéral pourra intervenir afin d'apporter les adaptations jugées nécessaires. Il est attendu des partenaires tarifaires qu'ils informent régulièrement le DFI sur l'avancement des travaux.

II. Partie spéciale

Commentaire des dispositions

Art. 2 Structure tarifaire pour les prestations médicales

L'art. 2 de l'ordonnance du 20 juin 2014 sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaire dans l'assurance-maladie est remis en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et il est modifié comme suit : l'alinéa 1 stipule que les adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED) version 1.08 – convenue dans la convention-cadre du 20 juin 2002 entre santésuisse et FMH et approuvée par le Conseil fédéral le 30 septembre 2002 – figurent à l'annexe 1. Elles doivent être appliquées par les partenaires tarifaires dès lors que leurs factures sont établies sur la base de la structure tarifaire pour un tarif à la prestation TARMED. La version 1.08 à laquelle font référence les adaptations sera mise à disposition sur le site Internet de l'OFSP. L'alinéa 2 fixe la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), version 1.08, avec les adaptations selon l'annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse, comme sinon il n'y aurait aucune structure tarifaire convenue conjointement

par tous les partenaires tarifaires et uniforme pour les prestations médicales, au 1^{er} janvier 2018. Cette structure tarifaire uniforme sur le plan suisse figure dans l'annexe 2.

Art. 2a Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

L'art. 2a de l'ordonnance du 20 juin 2014 sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie est reconduit au 1er janvier 2018 et établit la base pour fixer la structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations de physiothérapie fournies dans le domaine ambulatoire qui se trouve à l'annexe 3.

Annexe 1 Adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales

L'annexe 1 contient les adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), version 1.08. L'annexe 1 n'est ni publiée au recueil officiel du droit fédéral (RO) ni au recueil systématique du droit fédéral (RS). Les adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), version 1.08 peuvent être consultées sur le site Internet de la Chancellerie fédérale.

Les modifications décrites et motivées au ch. 2.2.2. entraînent dans la structure tarifaire version 1.08_BR des adaptations concrètes qui sont commentées ci-après.

Modifications aboutissant à de nouvelles évaluations, c.-à-d. à un nombre de points plus élevé ou plus bas pour la totalité ou une partie des positions tarifaires (estimation des conséquences possible) :

1. Valeur intrinsèque unique pour toutes les prestations

Des valeurs intrinsèques quantitatives restent attribuées aux positions tarifaires. Mais elles ont toutes été ramenées à un facteur de **valeur intrinsèque unifié de 0,985**. Le nombre de pts PM est relevé pour toutes les prestations ayant actuellement la valeur intrinsèque quantitative FMH5 (par ex. consultation de base ou examens de dépistage chez l'enfant ; valeur initiale = 0.905), et il est abaissé pour les prestations dont la valeur intrinsèque quantitative initiale était plus élevée (par ex. coloscopie ou radiothérapie ; valeurs initiales : FMH6 = 1,0436 ; FMH7 = 1,086 ; FMH8 = 1,3046 ; FMH9 = 1,4785 ; FMH10 = 2,2625 ; FMH12 = 2,2625). Ainsi, toutes les positions de la structure tarifaire qui comportent des pts PM sont concernées par cette modification. La valeur intrinsèque a été choisie de telle manière que, d'un point de vue statique, il n'y ait pas de conséquences sur le volume de points tarifaires.

De plus, un facteur d'échelle pour les médecins détenteurs du seul titre fédéral de formation postgrade « médecin praticien » (sans les porteurs d'un double titre) est introduit. Un facteur d'échelle de 0.93 sur les pts PM est effectué sur toutes les prestations facturées par les médecins détenteurs de ce titre. Cette déduction correspond à la revalorisation découlant pour eux de l'unification des valeurs intrinsèques.

2. Augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles OP

L'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles opératoires touche les positions tarifaires des unités fonctionnelles OP I (env. 1'500 positions), OP II (env. 1'000 positions) et OP III (env. 50 positions). Elle fait baisser le taux des coûts des prestations médicales (points tarifaires par minute) de ces unités fonctionnelles et, de ce fait, le nombre de pts PM des positions tarifaires figurant dans ces unités fonctionnelles, parce que le temps productif y augmente. La productivité passe de 45 % à 55 % dans l'unité fonctionnelle OP I, de 50 % à 60 % dans l'unité fonctionnelle OP II et de 55 % à 65% dans l'unité fonctionnelle OP III.

Le nombre de pts PM des positions tarifaires des unités fonctionnelles OP est impacté aussi bien par l'unification des valeurs intrinsèques (cf. supra, pt 1) que par l'augmentation de la productivité dans ces unités fonctionnelles.

3. Abaissement des taux des coûts dans certaines unités fonctionnelles

La réduction de 10 % des taux des coûts des unités fonctionnelles ayant des frais d'investissement pour équipements et appareils supérieurs à 750 000 francs concerne les positions tarifaires des unités fonctionnelles suivantes :

- 45 OP de cabinet médical
- 49 OP I
- 50 OP II
- 51 OP III
- 62 Laboratoire d'électrophysiologie/espace cathétérisme
- 80 Salle d'endoscopie urologique
- 81 Diagnostic fonctionnel urologique
- 82 Lithotritie extracorporelle
- 122 Oxygénothérapie hyperbare
- 188 Cathétérisme cardiaque/radiologie interventionnelle en cardiologie
- 190 Caméra gamma
- 191 Médecine nucléaire, diagnostic II (TEP)
- 210 Radiothérapie à haute énergie
- 211 Simulateur
- 213 Brachythérapie
- 223 Laboratoire d'histologie spécialisée
- 402 Radiochirurgie / radiothérapie
- 420 Irradiation corporelle totale
- 422 Hyperthermie profonde
- 600 Interventions sous surveillance TDM
- 900 Interventions sous surveillance IRM
- 5004 Salle de radiologie III
- 5006 Angiographie /intervention radiologique non cardiologique
- 5007 Computer-Tomographie (CT)
- 5008 Imagerie par résonance magnétique (IRM)

La réduction des taux des coûts affecte les points tarifaires des prestations techniques (pts PT) dans la même proportion (pts PT = taux des coûts PT * minutage).

La modification des taux des coûts des PT entraîne un changement du nombre de pts PT pour les positions tarifaires dont les pts PM sont impactés par l'unification des valeurs intrinsèques (cf. supra, pt 1) et par l'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles (cf. supra, pt 2). La modification des taux des coûts des PT n'affecte que le nombre de pts PT de ces positions tarifaires, mais non le nombre de pts PM. Les pts PT d'une partie de ces positions ont par ailleurs été déjà touchés par la réduction de 2014, mais pour d'autres raisons.

4. Introduction de prestations à l'acte (minutage de 5 minutes) en cas de présence du radiologue pendant l'examen par CT ou IRM et unification des minutages pour la rédaction de rapports

Cette modification concerne les positions tarifaires des sous-chapitres 39.04.02 et 39.04.03 (CT : examens des organes et interventions) ainsi que 39.05.02 et 39.05.03 (IRM : examens des organes et interventions), c'est-à-dire 21 positions pour la CT (17 prestations principales et 4 prestations additionnelles) et 23 positions pour l'IRM (19 prestations principales et 4 prestations additionnelles). Le minutage de la prestation au sens restreint est supprimé pour les prestations principales. Deux nouvelles positions tarifaires sous forme de prestation à l'acte avec un minutage de 5 minutes sont en revanche introduites (39.4015 «Prestation médicale en cas de suivi personnalisé de l'examen CT par le spécialiste en radiologie » et 39.5015 «Prestation médicale en cas de suivi personnalisé de l'examen IRM par le spécialiste en radiologie »). L'interprétation de ces deux positions est la suivante :

« Vaut pour la facturation des prestations médicales, en cas de suivi personnalisé de l'examen par le spécialiste en radiologie.

Comprend de manière individualisée par patient : la pose de l'indication adaptée au patient selon les directives actuelles, le devoir d'information et de documentation, l'optimisation (de la dose d'irradiation et) de la qualité des images et du résultat de l'examen. »

Si les minutages de la prestation au sens restreint sont supprimés pour les prestations principales et que le minutage pour la rédaction du rapport est unifié (à 25 minutes pour l'IRM et à

20 minutes pour la CT), le nombre de pts PM pour ces positions diminue de 20 à 60 % (ceteris paribus). Comme le minutage pour la rédaction du rapport est supprimé pour les prestations additionnelles, les pts PM pour ces positions tarifaires se réduisent de (- 100 % (ceteris paribus).

La modification des minutages pour les positions tarifaires des sous-chapitres mentionnés entraîne une baisse du nombre de pts PM. Le nombre de pts PM de ces positions diminue aussi du fait de l'unification des valeurs intrinsèques (cf. supra, pt 1). Le nombre de pts PT de ces positions tarifaires est affecté en outre par la réduction de 10 % des taux des coûts des PT des unités fonctionnelles CT et IRM (cf. supra, pt 3).

5. Abaissement de minutages trop élevés pour un certain nombre de positions tarifaires

Opération de la cataracte : les positions tarifaires suivantes sont regroupées en une seule position et les minutages sont abaissés :

- 08.2760 Extraction du cristallin ou phaco-émulsification
- 08.2780 + Implantation d'une lentille artificielle lors d'extraction du cristallin ou de phaco-émulsification
- 08.2820 + Mise en place d'un anneau capsulaire lors d'extraction du cristallin ou phaco-émulsification

→ La position 08.2760 inclut désormais l'implantation d'une lentille artificielle et la mise en place d'un anneau capsulaire : prestation au sens restreint ramenée au total de 64 à 22 minutes, préparation et finition inchangées de 11 minutes, rapport ramené au total de 6 à 3 minutes, temps d'occupation du local ramené au total de 64 à 22 minutes.

→ Cela se traduit par un nouveau nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques et l'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles OP, cf. supra, pts 1 et 2) et par un nouveau nombre de pts PT (déjà impacté par la réduction du taux des coûts de l'unité fonctionnelle OP I, cf. supra, pt 3), qui sont nettement plus bas.

Biopsie du corps vitré et/ou injection intravitréenne : la position tarifaire 08.3350 Biopsie du corps vitré pour diagnostic cytologique et/ou injection intravitréenne est transformée en la position Biopsie du corps vitré pour diagnostic cytologique. Cette position englobe les mêmes minutages que la position actuelle 08.3350 (prestations au sens restreint = 30 min, préparation et finition = 11 min, rapport = 3 min, temps d'occupation du local = 30 min). Dans les interprétations, il est ajouté que la position comprend l'injection intravitréenne effectuée durant la biopsie du corps vitré. Une nouvelle position tarifaire 08.3355 « Injection intravitréenne séparée » avec un minutage prestations au sens restreint de 10 min, préparation et finition de 11 min, rapport de 3 min et temps d'occupation du local de 10 min est créée. De plus, ces deux positions ne peuvent être cumulées.

→ Cela se traduit pour l'injection intravitréenne par une réduction du nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques et l'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles OP, cf. supra, pts 1 et 2) et du nombre de pts PT (déjà impacté par la réduction du taux des coûts de l'unité fonctionnelle OP I, cf. supra, pt 3).

ECG d'effort : pour la position 17.0090 « ECG d'effort, ergométrie », le minutage de la prestation au sens restreint est ramené de 32 à 25 minutes et celui du temps d'occupation du local, de 40 à 35 minutes.

→ Cela se traduit par une réduction du nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques, cf. supra, pt 1) et du nombre de pts PT.

ECG Holter : pour la position 17.0150 « Interprétation du ECG Holter, de 16 à 24 heures », le minutage de la prestation au sens restreint et celui du temps d'occupation du local sont ramenés de 30 à 25 minutes.

→ Cela se traduit par une réduction du nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques, cf. supra, pt 1) et du nombre de pts PT.

Coloscopie, etc. : pour les prestations principales (19.1010 Coloscopie totale, 19.1200 Coloscopie partielle ou gauche, et 19.1210 Coloscopie par une stomie), les minutages des prestations au sens restreint sont réduits (33 → 25, 20 → 15, 30 → 25). Les minutages pour le temps

d'occupation du local sont aussi réduits (43 → 35, 30 → 25, 40 → 35). Le minutage de la rédaction du rapport est uniformisé à 3 minutes (avant 5, 4 et 4), celui du temps d'attente à 20 minutes (avant 20, 30 et 30).

Pour les prestations additionnelles 19.1120/19.1330/19.1490 + Ablation de polypes sessiles ne dépassant pas 1 cm de diamètre lors d'une coloscopie/rectoscopie/sigmoïdoscopie, par polype, les prestations additionnelles 19.1130/19.1340/19.1500 + Ablation de polypes sessiles de plus de 1 cm de diamètre lors d'une coloscopie/rectoscopie/sigmoïdoscopie, par polype, et les prestations additionnelles 19.1100/19.1310/19.1480 + Ablation de polypes pédiculés lors d'une coloscopie/rectoscopie/sigmoïdoscopie, par polype, les minutages des prestations au sens restreint et ceux du temps d'occupation du local sont fortement réduits (de 40 à 60 %).⁶

→ Pour toutes les positions mentionnées, les changements se traduisent par une baisse du nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques et aussi en partie par l'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles OP, cf. supra, pts 1 et 2) et du nombre de pts PT (déjà impacté par la réduction du taux de coûts de l'unité fonctionnelle OP II, cf. supra, pt 3).

Radiothérapie stéréotaxique : une nouvelle position tarifaire 32.1130 « Prestation de base technique 0, radiothérapie stéréotaxique, patient ambulatoire » avec un minutage du temps d'attente de 5 minutes est créée pour la prestation technique dans l'unité fonctionnelle Radiochirurgie/radiothérapie, dans le but d'harmoniser et d'assurer la cohérence du chapitre. Elle peut être facturée une fois par séance, c.-à-d. une fois par radiothérapie stéréotaxique, quel que soit le nombre de fractions. Elle peut donc être facturée en combinaison avec les positions 32.0610 « Radiothérapie stéréotaxique, première fraction » et 32.0615 « Radiothérapie stéréotaxique, de la deuxième à la sixième fraction ». Le minutage du temps d'attente est en revanche supprimé pour la position tarifaire 32.0610. Pour les positions tarifaires 32.0610 et 32.0615, les minutages des prestations au sens restreint et ceux du temps d'occupation du local sont fortement réduits (de 180/180 à 60/70 et de 90/95 à 40/45).

→ Cela se traduit par une réduction du nombre de pts PM (déjà impacté par l'unification des valeurs intrinsèques, cf. supra, pt 1) et du nombre de pts PT (déjà impacté par la réduction du taux des coûts de l'unité fonctionnelle Radiochirurgie/radiothérapie, cf. supra, pt 3).

Les pts PT de toutes les positions tarifaires affectées par cette modification avaient déjà été réduits en 2014. Les réductions en pourcent des points tarifaires sont plus faibles que celles des minutages, étant donné que les réductions de 2014 (8.5%) sont prises en compte.

6. Transformation des prestations à l'acte « Examen par le spécialiste » en prestations en temps

Les prestations à l'acte « Examen par le spécialiste » sont transformées en prestations en temps, facturables par périodes de 5 minutes. Le titre des positions tarifaires est donc complété par la mention « par période de 5 min. ». En outre, les limitations sont adaptées en conséquence (par ex., pour 00.0410, max. 3 fois par séance, max. 6 fois par 3 mois, cf. également à ce sujet le point 7 ci-dessous). Sont concernées par ce changement les positions suivantes :

- 00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours
- 00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours
- 00.0430 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation
- 00.0440 Examen rhumatologique complet par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation
- 03.0010 Examen de l'enfant ou de l'adolescent jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie
- 04.0010 Examen par le spécialiste en dermatologie
- 07.0010 Examen par le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale
- 09.0010 Examen par le spécialiste en ORL

⁶ 19.1120/19.1330/19.1480 de 12 à 4 Min; 19.1130/19.1340 de 32 à 18 Min; 19.1490 de 10 à 4 Min; 19.1100/19.1310 de 15 à 5 Min; 19.1500 de 28 à 16 Min

- 22.0010 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique
- 24.0010 Examen par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie

Pour les positions qui contenaient une énumération des parties de prestations au choix du fournisseur de prestations (00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 24.0010), celui-ci sera désormais tenu de mentionner les examens qui ont été effectués dans le dossier de patient, ceci dans le sens d'une plus grande transparence. Les positions tarifaires ont désormais aussi de nouveaux numéros (00.0415, 00.0425, 00.0435, 00.0445, 03.0015, 04.0015, 07.0015, 09.0015, 22.0015, 24.0015), afin qu'il soit clair que les positions ont été modifiées de manière substantielle.

Les positions susmentionnées sont déjà touchées par l'unification des valeurs intrinsèques (augmentation ou réduction du nombre de pts PM, cf. supra, pt 1) et, pour certaines (00.0410, 00.0430, 04.0010), par l'application des limitations également aux spécialistes facturant par voie électronique (cf. point 7 ci-dessous).

Comme il y a aussi des recoupements dans les modifications 1 à 6, les effets sur le volume des points tarifaires ne peuvent pas être simplement additionnés. Les modifications 1 à 6 se traduisent globalement par une réduction de volume d'env. 344 millions de points (pool de données SASIS SA, 2015).

Modification des règles de facturation de positions tarifaires à l'acte ou de groupes de positions (estimation des conséquences à peine ou guère possible) :

7. Application des restrictions également aux spécialistes facturant par voie électronique

L'interprétation est adaptée comme suit pour les positions tarifaires suivantes : la remarque « *Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique* » est supprimée .

Positions concernées : 00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030 (sans exception pour les groupes d'âge), 22.0040 (sans exception pour les groupes d'âge)⁷.

L'interprétation générale « IG -50 Facturation électronique » est supprimée simultanément.

L'interprétation des positions tarifaires est complétée par : « *Vaut pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans.* ». Les titres des positions sont complétés par « *pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans* ». Pour chacune des positions, une nouvelle position avec la même description mais définie « *pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-dessus de 75 ans* » est ajoutée. De même, pour chaque position une nouvelle position est introduite avec le même intitulé mais avec le complément: « *pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins* » (00.0026, 00.0056, 00.0076, 00.0126, etc.). Celles-ci sont facturables à titre exceptionnel pour les patients au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins. Les limitations pour ces nouvelles positions représentent le double de celles des positions existantes. Les nouvelles positions et les positions existantes ne sont pas cumulables entre elles. Le médecin aura donc à décider avant la facturation, en fonction des patients, s'il utilise l'une ou l'autre position.

Un nouveau groupe de prestations GP-30, contenant l'ensemble des nouvelles positions pour les patients nécessitant plus de soins est introduit dans la structure tarifaire, avec le texte suivant :

« *Facturable à titre exceptionnel pour les patients au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins dans le sens de plus de temps.* »

L'interprétation des positions contient le texte suivant :

« *Facturable à titre exceptionnel pour les patients au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins.*

Les raisons justifiant le besoin accru en soins doivent figurer dans le dossier du patient. Le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur. »

⁷ Exception pour les groupes d'âge <6 ans et >75 ans inutile, car les positions dans ces groupes d'âge ne sont pratiquement pas facturées (consultation gynécologique spéciale, consultation de stérilité pour la femme).

Pour faire en sorte que le spécialiste en psychiatrie dispose de suffisamment de temps pour le patient dans les situations de crise, la position 02.0080 « Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min » est complétée de la remarque suivante : « *Peut aussi être facturé en cas d'intervention psychiatrique de crise par téléphone* ». Cette position n'est pas limitée.

Les positions tarifaires spécifiées sont déjà touchées par l'unification des valeurs intrinsèques (3 positions où le nombre de pts PM augmente parce que FMH5, cf. supra, pt 1). Les positions tarifaires 00.0410, 00.0430 et 04.0010 sont déjà concernées par la transformation des prestations à l'acte « Examen par le spécialiste » en prestations en temps (cf. supra, pt 6).

8. Interprétation plus précise des prestations en l'absence du patient et adaptation des limitations correspondantes

Les positions tarifaires désignées comme « prestation en l'absence du patient » sont divisées, de sorte à ce que chaque prestation possible en l'absence du patient ait désormais sa propre position tarifaire. Il s'agit des positions suivantes :

- 00.0140 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min
- 02.0070 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris l'étude du dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min
- 02.0160 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 5 min
- 02.0260 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 5 min.

La position 00.0140 est par exemple divisée comme suit, tarifée par minute et complétées du groupe d'âge :

- 00.0141 Etude de dossier, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0142 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0143 Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0144 Discussions avec des thérapeutes et des soignants, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0145 Envoi chez un médecin consultant, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0146 Etablissement d'ordonnances ou prescriptions en dehors des consultations, visites et consultations téléphoniques, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0147 Prestations diagnostiques d'instituts de pathologie, d'histologie ou de cytologie, en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min
- 00.0148 Tumorboard en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min

Pour ces nouvelles positions, un nouveau groupe de prestation GP 04 est introduit. Ce dernier mentionne la limitation cumulée valable pour toutes les positions du groupe et correspondant à la moitié de la limitation pour les spécialistes ne facturant pas par voie électronique de l'ancienne position 00.0140. La limitation vaut désormais pour tous les spécialistes (même pour ceux facturant par voie électronique).

Les limitations ne sont pas réduites de moitié pour les patients nécessitant plus de soins, elles restent à 60 minutes par 3 mois. Pour cela, des positions séparées sont parallèlement introduites (00.0161 ss.) pour lesquelles un nouveau groupe de prestations est aussi créé (LG-11) avec des limitations cumulées plus élevées.

L'interprétation suivante est introduite dans les positions : *« Facturable à titre exceptionnel pour les patients au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins. Les raisons justifiant le besoin accru en soins doivent figurer dans le dossier du patient. Le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur. »*

Les limitations pour les prestations en l'absence du patient chez les enfants de moins de 6 ans et les personnes au-dessus de 75 ans ne sont pas divisées par deux, elles restent de 60 minutes par période de 3 mois. C'est pourquoi, des positions séparées sont aussi introduites (00.0131 ss) avec un nouveau groupe de prestations (GP 10) qui leur est propre et qui prévoit des limitations cumulées plus élevées. Le médecin aura donc à décider avant la facturation, en fonction des patients, s'il utilise l'une ou l'autre position (position GP-04, GP-10 ou GP-11). Les positions d'un groupe de prestations ne sont pas cumulables avec celles d'un autres groupe de prestations.

La position 00.0147 (ainsi que 00.0137, 00.0167) est en outre limitée à cinq fois par envoi (c.à.d. 5 minutes). Cette limitation se trouvait déjà dans la structure tarifaire valable jusqu'ici. Hormis pour le *Tumorboard*, la répartition de la position tarifaire vaut également pour les prestations en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie (02.0070 -> 02.0071, 02.0072, 02.0073, 02.0074, 02.0074, 02.0076). Pour chacune des positions, il est précisé qu'elle n'est pas valable pour les prestations en l'absence du patient fournies en rapport avec l'établissement de certificats médicaux, rapports, lettres selon le chapitre 00.06. Toutes les positions sont tarifées par minute. Les prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute traitant (02.0160 -> 02.0161, 02.0162, 02.0163, 02.0164, 02.0165, 02.0166) et pour les prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué (02.0260 -> 02.0261, 02.0262, 02.0263, 02.0264, 02.0265, 02.0266) sont également réparties et tarifées par minute. Comme les psychologues et les psychothérapeutes ne peuvent pas faire un transfert chez un médecin consultant ou établir des ordonnances ou prescriptions, ils ne disposent pas de positions correspondantes. Ils ont en revanche des positions pour « l'interprétation de tests » et la « rédaction de rapports exhaustifs, sauf si rémunérés ailleurs ». Comme il s'agit de prestations non-médicales, il n'y a pas besoin d'ajouter la précision concernant le chapitre 00.06 (voir ci-dessous). De nouveaux groupes de prestations (GP-05, GP-08 et GP-09) sont également créés pour les prestations en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par le psychologue/psychothérapeute traitant et par le psychologue/psychothérapeute délégué, dans lesquels est enregistrée une limitation cumulée pour toutes les positions tarifaires qu'ils contiennent (voir ci-dessous).

Les limitations jusqu'à présent applicables pour les spécialistes ne facturant pas par voie électronique sont valables pour tous les spécialistes en psychiatrie, les psychologues/psychothérapeutes traitants et les psychologues/psychothérapeutes délégués.

Nouveau GP-04 (00.0141 à 00.0148) :

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 30 fois par 3 mois.

La limitation pour la position 00.0147 est de 5 fois par envoi. >>>

Nouveau GP-10 (00.0131 à 00.0138)

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient, pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-dessus de 75 ans.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 60 fois par 3 mois.

La limitation pour la position 00.0137 est de 5 fois par envoi. »

Nouveau GP-11 (00.0161 à 00.0168)

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 60 fois par 3 mois.

La limitation pour la position 00.0167 est de 5 fois par envoi. »

Nouveau GP-05 (02.0071 à 02.0076) :

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 180 fois par 3 mois.»

Nouveau GP-08 (02.0161 à 02.0166) :

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute traitant.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 240 fois par 6 mois.»

Nouveau GP-09 (02.0261 à 02.0266) :

« Contient toutes les prestations médicales en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué.

La limitation cumulée pour toutes les positions de ce groupe de prestations est la suivante: au maximum 240 fois par 6 mois.»

Les positions tarifaires du groupe de prestation GP-11 sont aussi partie du nouveau groupe de prestations GP-30 (voir la mesure 7 au-dessus).

L'interprétation du chapitre « IC-00.06-7 Certificats, petits rapports » est adaptée.

Les positions tarifaires susmentionnées sont déjà touchées par l'unification des valeurs intrinsèques (augmentation ou réduction du nombre de pts PM, cf. supra, pt 1) et par la suppression de la remarque concernant la facturation électronique (cf. supra, pt 7).

9. Interprétation plus précise des suppléments d'urgence

L'interprétation des positions tarifaires comprenant la désignation « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » est précisée. Les critères d'urgence pour les urgences en cours de journée font l'objet d'une description plus détaillée, afin de déterminer plus précisément dans quels cas cette indemnité peut être facturée. Il s'agit de la position suivante :

- 00.2510 Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence A, lu-ve 7-19, sa 7-12

L'interprétation de la position 00.2510 se présente maintenant comme suit :

Critères d'urgence durant le jour (du point de vue tarifaire):

- Lors d'un contact direct entre médecin et patient: Vaut pour chaque patient qui présente ou pour lequel il n'est pas exclu qu'il présente un trouble des fonctions vitales, indépendamment de la cause. Vaut également en cas de maladie aiguë, de traumatisme ou d'intoxication qui provoque ou qui peut provoquer la détérioration d'un ou plusieurs organes. Dans le domaine de la psychiatrie, on partira du principe qu'il s'agit d'une urgence en cas d'état d'excitation, de mise en danger de soi-même ou d'autrui, de troubles de la conscience ou d'états stuporeux catatoniques.

- Sans contact direct entre médecin et patient: L'intervention médicale est médicalement nécessaire et/ou jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers.

- Le spécialiste doit immédiatement s'occuper du patient ou lui rendre visite.

- Il y a contact entre médecin et patient. Exception: déplacement inutile jusqu'au lieu de l'accident ou de l'évènement.

- Visites: domicile, établissement médico-social, lieu de l'accident ou de l'évènement, etc.

Le moment où s'établit le premier contact direct entre le médecin et le patient est déterminant pour l'indemnisation (sauf pour les visites en urgence, où c'est le moment du départ qui compte).

Ne peut être facturé que par des spécialistes qui ne sont pas salariés d'un hôpital ou d'un institut.

Lors d'interventions à l'hôpital ou dans un institut, la règle suivante est applicable:

Le spécialiste doit, depuis l'extérieur, venir d'urgence et de manière imprévue à l'hôpital ou à l'institut. L'indemnité de déplacement est alors comprise. Les spécialistes qui touchent un salaire fixe, entier ou partiel, de la part de l'hôpital ou de l'institut ne peuvent pas facturer cette position.

Les critères d'urgence sont également adaptés légèrement en ce qui concerne les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence pour le soir, la nuit et le week-end. Cela concerne les positions suivantes :

- 00.2520 Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence B, lu-di 19-22, sa 12-19, di 7-19
- 00.2540 Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence C, lu-di 22-7

L'interprétation de ces positions tarifaires se présente maintenant comme suit :

-Lors d'un contact direct entre médecin et patient: L'intervention médicale est jugée médicalement nécessaire par le spécialiste.

-Sans contact direct entre médecin et patient: L'intervention médicale est médicalement nécessaire et/ou jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers.

- Le spécialiste doit immédiatement s'occuper du patient ou lui rendre visite.

- Il y a contact direct entre médecin et patient. Exception: déplacement inutile jusqu'au lieu de l'accident ou de l'évènement.

- Visites: domicile, établissement médico-social, lieu de l'accident ou de l'évènement, etc.

Le moment où s'établit le premier contact direct entre le médecin et le patient est déterminant pour l'indemnisation (sauf pour les visites en urgence, où c'est le moment du départ qui compte).

Ne peut être facturé que par des spécialistes qui ne sont pas salariés d'un hôpital ou d'un institut.

Lors d'interventions à l'hôpital ou dans un institut, la règle suivante est applicable:

Le spécialiste doit, depuis l'extérieur, venir d'urgence et de manière imprévue à l'hôpital ou à l'institut. L'indemnité de déplacement est alors comprise. Les spécialistes qui touchent un salaire fixe, entier ou partiel, de la part de l'hôpital ou de l'institut ne peuvent pas facturer cette position.

La fenêtre temporelle pour la position tarifaire 00.2505 « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F/Visites en dehors des heures régulières de consultation, ainsi que lu-ve 19-22, sa 12-19, et di 7-19 est étendue au samedi matin de 7 à 12 h et le titre de la position est adapté en conséquence.

10. Adaptation de l'interprétation concernant la ponction et la prise de sang par du personnel non médical

Dans l'interprétation des positions tarifaires 00.0715 et 00.0716, la phrase suivante est supprimée :

« Applicable uniquement par un laboratoire de cabinet médical lors du diagnostic établi en présence du patient selon l'article 54, 1er alinéa, lettre a OAMal et chapitre 5.1.2 de la liste des analyses. »

Dans l'interprétation des positions tarifaires 00.0710 et 00.0720, les phrases suivantes sont supprimées :

« Les ponctions pour prise de sang par du personnel non médical en vue d'analyses de laboratoire, cf. 00.0715 et 00.0716.

Les ponctions pour prise de sang effectuées par du personnel non médical en vue d'analyses de laboratoire dans des laboratoires d'hôpitaux (OAMal, art. 54, al. 1, let. c et al. 2) et dans d'autres laboratoires (OAMal, art. 54, al. 3) sont indemnisées par les positions tarifaires correspondantes de la Liste fédérale des analyses. »

11. Retarification et interprétation plus précise de la position 00.0610 « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min. »

La position 00.0610 « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min » est désormais tarifée dans l'unité fonctionnelle « salle de consultation » et non plus dans l'unité fonctionnelle « salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours ». L'interprétation précise désormais que les prestations facturées sous cette position servent à expliquer au patient l'utilisation ou la manipulation de moyens techniques auxiliaires. En plus de la limite maximale qui était fixée à 6 fois par 3 mois, la position ne peut plus être facturée que 3 fois par séance au maximum. Cette position tarifaire est aussi touchée par la mesure 7.

Les conséquences financières des modifications 7 à 11 sont difficiles à estimer et dépendront aussi de la mesure dans laquelle les fournisseurs de prestations respecteront la nouvelle teneur des interprétations et de celle dans laquelle les assureurs contrôleront les limitations adaptées. Pour les modifications 7 et 8, une estimation approximative est néanmoins possible à l'aide des chiffres d'un grand assureur. Ceux-ci permettent de prévoir des économies de l'ordre de 190 millions de points tarifaires.

Autres modifications (estimation des conséquences impossible)

12. Suppression du supplément de 10 % sur le matériel à usage courant et sur les implants

Cette modification ne concerne que l'interprétation générale IG-20 « Matériel à usage courant et implants », qui est adaptée comme suit :

« Le matériel à usage courant peut être facturé séparément, pour autant que le prix d'achat dépasse Fr. 3.-- par pièce (TVA comprise). Est à facturer le prix unitaire du matériel à usage courant et des implants découlant de la quantité annuelle après déduction des rabais et des remises de prix). Dès lors que des prix plus bas ont été convenus, ceux-ci sont valables. ~~Le prix coûtant (c'est-à-dire le prix unitaire découlant de la quantité annuelle), auquel vient s'ajouter une majoration de 10%. Pour le matériel à usage courant figurant dans la LiMA ou dans des conventions, le prix indiqué ne peut être dépassé. »~~

13. Suppression de positions tarifaires pour les prestations hospitalières et pour les prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire, ainsi que de tous les renvois à la loi

Les positions tarifaires pour lesquelles le type de traitement est « hospitalier » sont supprimées ; cela concerne 59 positions des chap. 17, 31, 32, 34, 35 et 39. Sont également supprimées 9 positions pour la prise en charge du patient hospitalisé (00.0210 à 00.0320), de même que celles comportant la mention « Loi : Uniquement prestations de l'assurance-accident / de l'assurance-invalidité / de l'assurance-maladie » ; cela concerne tout le chap. 38 « Prophylaxie des maladies professionnelles selon la LAA » (47 positions), ainsi que 6 autres positions (00.2230, 00.2240, 00.2315, 39.0011, 39.0016, 39.0021). Les renvois à la loi (LAMal, OAMal et OPAS) ainsi qu'à la liste des analyses sont supprimés dans toute la structure tarifaire.

La position tarifaire 00.2205 « Rapport médical sur formulaire » passe d'une prestation à l'acte avec un minutage de 9 minutes à une prestation en temps, par tranches de 5 minutes, avec la limitation « 2 fois par séance au maximum ». Un nouveau numéro (00.2206) est attribué à la position tarifaire et l'ancien numéro est supprimé.

14. Introduction d'une indemnité de déplacement séparée pour la psychiatrie

Une nouvelle position tarifaire 02.0015 « + Indemnité de déplacement pour le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par période de 5 min » est introduite. La position est tarifée à

l'instar de la position 02.0010 « Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, première séance, par période de 5 min ». L'interprétation correspond à celle de la position 00.0095 « + Indemnité de déplacement, par période de 5 min ».

15. Tarification de la phytothérapie identique à celle des autres formes de médecine complémentaire

Les positions tarifaires pour la phytothérapie sont modifiées comme suit :

- 00.1870 Phytothérapie, consultation par le spécialiste, première période de 5 min (position tarifaire adaptée)
Tarification identique à la consultation de base 00.0010.
Valeur intrinsèque qualitative : AFC Phytothérapie
Interprétation : phytomédicaments selon la LS et LMT. Au maximum 180 min par période 6 mois (y c. 00.1871 et 00.1872).
Cette position tarifaire fait partie du groupe de prestations GP-03.
Quantité : 1 fois par séance.
- 00.1871 + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, par période de 5 min en plus (nouvelle position tarifaire)
Tarification identique à la position 00.0020 (+ Consultation, par période de 5 min en plus)
Valeur intrinsèque qualitative : AFC Phytothérapie
Quantité : au maximum 34 fois par 6 mois
Cette position tarifaire fait partie du groupe de prestations GP-03.
- 00.1872 + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, dernière période de 5 min (nouvelle position tarifaire)
Tarification identique à la position 00.0030 (+ Consultation, dernière période de 5 min)
Valeur intrinsèque qualitative : AFC Phytothérapie
Quantité : au maximum 1 fois par séance
Cette position tarifaire fait partie du groupe de prestations GP-03.
- 00.1880, 00.1890, 00.1900 « Consultation de médecine complémentaire par téléphone » (positions tarifaires adaptées)
Complément pour la valeur intrinsèque qualitative : « AFC Phytothérapie »

Les modifications ci-dessus apportées dans les positions tarifaires entraînent parfois aussi des modifications dans les règles et interprétations au niveau des interprétations générales concernant le tarif, les chapitres ou les sous-chapitres, ainsi que dans les groupes et les blocs de prestations.⁸ Il convient de mentionner spécialement ici le groupe de prestations GP-03 « Positions tarifaires pour lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille au cabinet médical peut être demandé », ajouté par rapport à la version 1.08_BR approuvée en dernier par le Conseil fédéral. Il s'agit là d'une liste de toutes les positions tarifaires avec lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille au cabinet médical (position 00.0015) introduit en 2014 par le Conseil fédéral peut être facturé sans que la facture soit renvoyée par les assureurs. Elle a été élaborée par les associations d'assureurs pour pouvoir contrôler la facturation de cette position.

Les modifications apportées à la structure tarifaire ne nécessitent pas d'adaptation des valeurs du point au niveau cantonal. Ces modifications visent surtout à rétablir ou du moins à améliorer l'adéquation de la structure tarifaire, c'est-à-dire la relation des prestations entre elles.

Conformément à l'art. 3 de l'ordonnance, les partenaires tarifaires sont appelés à se conformer à leur obligation de coopérer et à fournir au DFI gratuitement les informations et les données nécessaires. Ainsi, les effets des adaptations pourront être évalués dans le cadre d'un monitoring. Les nouvelles

⁸ Des modifications ont été apportées aux interprétations générales suivantes : 8, 9, 19, 20, 36, 38, 40, 42, 43, 47, 49, 50 et 51. En outre, une nouvelle interprétation générale est venue s'y ajouter (IG-52 médecin praticien). Le bloc de prestations 11 et le groupe de prestations 12 sont supprimés. De nouveaux groupes de prestations sont en revanche ajoutés : 4, 5, 8, 9, 10, 11, 30. Les positions supprimées sont retirées des groupes et des blocs de prestations concernés. Les interprétations de chapitres suivantes sont supprimées ou adaptées : 0.06-7, 0.08-1, 2-1, 2.01-1, 2.02-1, 2.03-1, 2.04-5, 27-1, 31-2, 32-6, 33-1, 34.01-1, 34.01.01-1, 34.01.01-2, 34.03-1, 37-2, 38-1 à 38-6, 39-2 et 39.06.07-1.

positions pour les patients nécessitant plus de soins seront particulièrement analysées. Comme déjà mentionné, il est attendu que les quantités des nouvelles positions restent dans le cadre des taux actuels pour le dépassement des limitations activées pour tous les fournisseurs de prestations par la mesure 7 et/ou définies par la mesure 8. Si les économies attendues ne sont pas atteintes respectivement si les positions nouvellement introduites sont trop facturées, des propositions de correction seront rapidement proposées au Conseil fédéral.

Annexe 2 Structure tarifaire pour les prestations médicales uniforme sur le plan suisse

L'annexe 2 est nouvelle et représente la nouvelle structure tarifaire valable et applicable au 1^{er} janvier 2018. L'annexe 2 n'est pas ni publiée au recueil officiel du droit fédéral (RO) ni dans le recueil systématique du droit fédéral (RS). La structure tarifaire pour les prestations médicales peut être consultées sur le site Internet de la Chancellerie fédérale. Elle comprend toutes les positions tarifaires qui la composent, les valeurs correspondantes, les règles de facturation et les limitations qui s'y rapportent, ainsi que les interprétations générales, les interprétations des chapitres, les groupes de prestations, etc.

Annexe 3 Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

L'annexe 3 est nouvelle. Elle contient la structure tarifaire fixée comme structure tarifaire uniforme pour la physiothérapie, c'est-à-dire l'ensemble des positions tarifaires qui composent la structure tarifaire fixée, leur valorisation (en points tarifaires ou en francs), les règles de facturation et les limitations s'y rapportant. Cette annexe 3 n'est ni publiée au Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni au Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle peut être consultée sur le site Internet de la Chancellerie fédérale. La structure tarifaire fixée se fonde sur la structure tarifaire qui avait été fixée par le Conseil fédéral jusqu'au 31 décembre 2017. Celle-ci a été soumise à un examen approfondi et comporte les modifications suivantes :

La remarque liminaire 2 a été modifiée afin de préciser que chaque séance donne le droit de facturer une fois un des forfaits par séance 7301 à 7340. Un forfait par séance (positions 7301 à 7340) ne devrait en principe être facturé qu'une fois par jour. Il peut être facturé deux fois par jour uniquement si deux traitements par jour ont été effectués. Les deux traitements par jour doivent avoir été formellement prescrits par le médecin. Il s'agit d'une clarification de la formulation qui se trouve dans la structure tarifaire actuelle.

La remarque liminaire 4 est également nouvelle. Elle précise la notion de combinaisons autorisées dans la structure. Selon celle-ci, les positions supplémentaires peuvent être uniquement facturées conformément aux règles de combinaison (colonne « Combinaison autorisée »). Toute autre combinaison de positions, c'est-à-dire toute combinaison qui n'est pas expressément prévue, n'est pas permise. Les combinaisons possibles ont été établies sur la base des règles de facturation se trouvant dans la structure tarifaire valable jusqu'au 31 décembre 2017. Elles ont par ailleurs été comparées avec les combinaisons de positions dans les structures se trouvant dans les propositions des partenaires tarifaires (structure tarifaire modifiée proposée par l'ASPI et physioswiss par courriers du 14 juillet 2016, structure issue des travaux de révision convenue entre Curafutura et H+ et soumise pour information par santéuisse).

La position tarifaire 7301 prévoit un forfait par séance individuelle pour la physiothérapie générale. Cette position couvre tous les traitements simples ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340. La description des prestations comprises dans la position qui se trouve au point 2 est nouvelle et s'appuie sur la nouvelle teneur de l'art. 5, al. 1, OPAS.

La position tarifaire 7311 prévoit un forfait par séance individuelle pour physiothérapie complexe. Elle peut être facturée pour les traitements complexes, en présence des tableaux cliniques mentionnés au point 1. À noter que le traitement en cas de troubles du système lymphatique est désormais facturé sous la position 7311 au lieu de la position 7312 (voir point suivant). Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications.

L'ancienne position tarifaire 7312, qui prévoyait un forfait par séance pour drainage lymphatique manuel, a été supprimée. Le drainage lymphatique manuel peut désormais être facturé sous la position 7311. Il s'agit d'une simplification de la structure tarifaire qui ne devrait pas avoir d'impact étant donné

que ces deux positions (7311 et 7312) étaient valorisées avec le même nombre de points tarifaires (77 PT) et qu'elles autorisaient en principe les mêmes combinaisons de positions.

La position 7313 prévoit toujours un forfait par séance pour l'hippothérapie. Selon le point 1, cette position rémunère les prestations du physiothérapeute pour l'hippothérapie. Le point 2 précise que cette thérapie doit être pratiquée par des physiothérapeutes formés spécialement. Cette position tarifaire est toujours facturable avec la position 7553, qui est un supplément pour l'indemnisation de l'infrastructure d'hippothérapie.

L'ancienne position tarifaire 7320, qui prévoyait un forfait par séance pour électrothérapie et thermothérapie/instruction en cas de location d'appareils, est supprimée conformément à la demande de phioswiss et de l'ASPI du 14 juillet 2016. Selon ces deux associations, il n'y a aucune évidence scientifique concernant l'efficacité de l'électrothérapie et de la thermothérapie purement passives. Ces mesures physiques peuvent être apportées en combinaison avec d'autres mesures thérapeutiques ou physiques dans le cadre d'une séance. La séance sera facturée sous les positions 7301, 7311 ou 7330 pour autant que les règles de facturation de ces positions soient respectées.

La position tarifaire 7330 prévoit un forfait par séance pour thérapie de groupe de 2 à 5 personnes. Elle reste en principe inchangée, sous réserve des modifications mentionnées dans les remarques liminaires. Il est désormais aussi précisé qu'elle ne peut être facturée qu'une fois par séance. La taille du groupe est limitée à 5 personnes au maximum.

La position tarifaire 7340 est intitulée forfait par séance pour thérapie médicale d'entraînement (MTT) afin de tenir compte de la teneur de l'art. 5, al. 1, let. b, ch. 5, OPAS. Ce forfait par séance couvre l'accompagnement individuel, à des fins d'anamnèse, instruction, évaluation ou adaptation du programme d'entraînement dans l'infrastructure MTT. Pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT, le physiothérapeute a la possibilité de facturer deux séances par patient selon la position 7301 au lieu de la position 7340. La thérapie de renforcement musculaire pratiquée par le patient est surveillée et contrôlée par le physiothérapeute. Cette position n'est combinable avec aucune autre position tarifaire de la structure.

La position tarifaire 7350 prévoit un supplément pour le premier traitement, c'est-à-dire lors de la première séance par le fournisseur de prestations établissant la facture (institution, organisation ou cabinet). Ce supplément couvre les activités supplémentaires requises lors d'un premier traitement, à savoir l'anamnèse, l'étude du dossier, l'évaluation du cas et son appréciation, la fixation des objectifs et la planification du traitement. Il peut être facturé par patient une fois en l'espace de 36 séances. Lorsque le traitement a été achevé avant les 36 séances, ce supplément ne peut être facturé qu'en cas de récurrence qui fait apparaître des symptômes entièrement nouveaux ou lorsque le dernier traitement remonte à plus de six mois.

La position tarifaire 7351 prévoit un supplément pour le traitement d'enfants handicapés chroniques. La position peut être facturée pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus présentant un handicap chronique. Le point 2 précise les affections concernées et précise que le handicap chronique doit dans tous les cas être justifié médicalement. Le physiothérapeute facture ses prestations sur la base de la position 7311. La position tarifaire 7351 peut être facturée une fois par patient et par séance.

La position tarifaire 7352 couvre tous les frais d'infrastructure (y compris le prix de l'entrée) pour l'usage d'un bassin de marche, d'une piscine ou d'un bassin «Stanger». Selon le point 5, ce supplément peut être facturé une fois par patient et par séance.

La position tarifaire 7353 est un supplément qui couvre tous les frais d'infrastructure (cheval, lad, écurie, fourrage, etc.) pour l'hippothérapie. Le physiothérapeute facture ses prestations sur la base de la position 7313. Selon le point 3, ce supplément peut être facturé une fois par patient et par séance.

La position tarifaire 7354 est inchangée.

La position tarifaire 7361 est nouvelle. Elle est destinée à la facturation du matériel nécessaire au traitement. Par matériel nécessaire au traitement, on entend le matériel utilisé par le physiothérapeute durant une séance de traitement. Cette position peut être facturée en supplément des positions tarifaires 7301, 7311 et 7330 au prix d'acquisition (sous déduction des rabais à répercuter et TVA comprise). Le point 2 fait une liste exhaustive des différentes catégories du matériel pouvant être facturé en supplément. Les articles suivants sont en particuliers considérés comme du matériel de traitement lorsqu'ils

sont utilisés pour le patient durant une séance : matériel de pansement / de rembourrage (par ex. bandes, coton à rembourrer, pansements tubulaires, rembourrage actif, etc.), tape (par ex. tape rigide, tape élastique), matériel pour la rééducation périnéale (par ex. sondes, électrodes, pessaires jetables, cathéter à ballonnet), matériel pour l'électrothérapie (par ex. électrodes), matériel pour la thérapie respiratoire (par ex. embouts, aérosols, etc.). Les produits consommables (par ex. : gants, Sterillium®, lotion de massage, serviettes jetables, etc) sont des charges d'infrastructure du cabinet et ne peuvent pas être facturés séparément au patient. Selon le point 4, le matériel de traitement est à spécifier pour chaque facture (après au maximum 9 séances). Doivent à chaque fois apparaître sur la facture, la catégorie du matériel en question (selon la liste exhaustive au point 2), les quantités (avec les unités) ainsi que le prix d'acquisition du matériel en question (sous déduction des rabais à répercuter et TVA comprise).

Les positions tarifaires 7362 et 7363 restent en principe identiques aux positions qui se trouvaient dans la structure tarifaire valable jusqu'au 31 décembre 2017, sous réserve des modifications mentionnées dans les remarques liminaires.

Etant donné que l'évaluation des positions tarifaires reste en principe inchangée, l'intervention devrait être neutre du point de vue des coûts. Aucun monitoring des mesures n'est dès lors prévu. Comme au bout du compte, il s'agit de clarifier la compréhension de la structure actuelle et d'apporter plus de transparence, les mesures adoptées n'auront pas une influence directe sur les valeurs du point tarifaire au niveau cantonal.

III. Entrée en vigueur

La modification de l'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.