



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

## **Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Teneur et commentaire

Berne, le 13 juin 2014

## **I. Partie générale : Contexte**

### **Initiative parlementaire 11.429**

L'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, donne au Conseil fédéral la compétence d'adapter une structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision.

Cette nouvelle disposition légale (FF 2012 51) a pour origine l'initiative parlementaire 11.429 "Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral". Matériellement, elle correspond à une disposition que les deux Chambres avaient déjà décidée dans le cadre du projet "LAMal. Mesures pour endiguer l'évolution des coûts" (09.053), mais qui n'a jamais été appliquée étant donné que ce train de mesures avait été rejeté par le Conseil national en vote final le 1<sup>er</sup> octobre 2010.

En outre, la teneur de l'initiative parlementaire 11.429 correspond en substance à l'une des solutions proposées par le Contrôle fédéral des finances (CDF) dans son évaluation intitulée "Tarmed – Le tarif des prestations médicales ambulatoires. Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération". Le CDF a soumis son évaluation à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) le 24 mars 2011, ce qui a incité cette dernière à déposer au Conseil national l'initiative parlementaire précitée. Le CDF relève dans une de ses conclusions que l'actualisation du tarif est insatisfaisante, car les partenaires tarifaires, qui ont prévu que leurs décisions doivent se prendre à l'unanimité, n'arrivent que rarement à s'accorder. Il en résulte que la rémunération de certaines prestations n'est pas réexaminée en fonction des progrès techniques, et que certains nouveaux traitements ne sont pas inclus dans le tarif. De plus, le Conseil fédéral, se fondant sur sa compétence d'approbation prévue à l'art. 46, al. 4, LAMal, a invité plusieurs fois les partenaires tarifaires à réviser fondamentalement la structure tarifaire TARMED. Le 31 mars 2011, le CDF a également présenté les conclusions de son évaluation à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), qui a décidé de donner suite à l'initiative parlementaire déposée par la CSSS-N et de prévoir une adaptation de la LAMal en ce sens. Les Chambres fédérales ont ensuite adopté la modification de la LAMal correspondante dans l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal le 23 décembre 2011.

### **Initiative populaire "Oui à la médecine de famille" et Masterplan "Médecine de famille et médecine de base"**

L'initiative populaire "Oui à la médecine de famille" a été déposée en avril 2010. Les mesures qu'elle revendiquait auraient favorisé un seul groupe professionnel au niveau de la Constitution et aurait conduit entre autres à une modification de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. C'est pour ces raisons que le Conseil fédéral a rejeté l'initiative et lui a opposé un contre-projet direct afin de donner suite aux revendications justifiées en ce qui concerne la médecine de base et notamment en faveur de la médecine de famille. Par ailleurs, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a lancé en juin 2012 le Masterplan "Médecine de famille et médecine de base" afin de réagir rapidement aux difficultés reconnues dans ces deux domaines. Pour soutenir le Masterplan, la CSSS-E a déposé le 19 juin 2012 la motion 12.3643 ("Renforcer la médecine de famille"), qui a été acceptée par les deux conseils. Il faut encore signaler, en lien avec la médecine de famille, l'interpellation Ineichen (11.4190 : "La Suisse – et maintenant ? Renforcer la médecine de famille") – classée entre-temps – et la motion du groupe PDC/PEV du 29 septembre 2011 (11.3888 : "Tarification favorable aux médecins de famille"). Dans ses réponses, le Conseil fédéral a relevé les limites de ses possibilités d'intervention et celles de la LAMal, mais s'est déclaré disposé à étudier ces questions. La motion du groupe socialiste 11.3070 ("Révision du modèle tarifaire Tarmed", classée), déposée en rapport avec la discussion sur l'initiative parlementaire 11.429 précitée, est aussi un bon exemple des attentes nourries par le Parlement. Une autre intervention, l'interpellation Humbel 13.3223 ("Adaptation de Tarmed et renforcement de la médecine de famille"), déposée durant la session de printemps, interroge le Conseil fédéral sur l'usage et la mise en œuvre qu'il compte faire de sa nouvelle compétence.

Le Masterplan " Médecine de famille et médecine de base " et le contre-projet direct à l'initiative populaire " Oui à la médecine de famille " permettront aux médecins de famille de bénéficier rapidement d'améliorations concrètes, tout en renforçant la médecine de base. L'une des mesures du Masterplan vise une amélioration de la situation financière des médecins de premier recours respectivement de la médecine de famille. Voyant leurs revendications ainsi satisfaites, les auteurs de l'initiative l'ont retirée fin septembre 2013. Le contre-projet a été accepté le 18 mai 2014 par 88% des voix. La rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille est ainsi explicitement mentionnée dans la Constitution.

## **Domaine TARMED**

En ce qui concerne TARMED, voyant qu'aucun accord aboutissant à une meilleure rémunération des prestations de médecine de famille ne se dessinait entre les partenaires tarifaires malgré des discussions poussées, ces derniers ont été invités, dans le cadre du Masterplan, à présenter des propositions en vue d'améliorer la situation des médecins de premier recours en visant un montant de 200 millions de francs. Le but était d'apporter une amélioration financière substantielle en faveur des médecins de premier recours et, ce faisant, de répondre au mandat parlementaire. Pour éviter que cette amélioration ne génère des coûts supplémentaires, les partenaires tarifaires devaient en même temps présenter un plan de mise en œuvre qui soit neutre en termes de coûts. Dans le cadre du Masterplan et du mandat parlementaire y afférent, l'amélioration de la situation des médecins de premier recours doit être réalisée dès que possible et ne doit être interprétée que comme une mesure transitoire jusqu'à une prochaine révision de la structure tarifaire prévue fin 2015. Une telle mesure transitoire, qui ne change en rien l'étendue des prestations, ne doit conduire à aucun surcoût, conformément à l'art. 43, al. 6, en relation avec l'art. 46, al. 4, LAMal.

Dans le délai fixé, puis prolongé, par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), les partenaires tarifaires n'ont fait parvenir aucune proposition commune pour une amélioration de la situation des médecins de premier recours et pour une mise en œuvre neutre du point de vue des coûts. Par lettre du 23 septembre 2013, les partenaires tarifaires ont informé le Chef du DFI qu'aucun accord n'avait pu être définitivement conclu en lien avec ces objectifs. Pour ces raisons, le Conseil fédéral fait usage de sa compétence subsidiaire et entreprend la modification de la structure tarifaire TARMED. A cette fin, il édicte la présente ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires, qui met en œuvre la disposition de l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal, et intervient dans la structure tarifaire TARMED. Cette ordonnance et les adaptations de la structure tarifaire TARMED seront abrogées si les partenaires tarifaires parviennent à s'entendre sur une adaptation de la structure tarifaire et que celle-ci est approuvée par le Conseil fédéral conformément à l'art. 46, al. 4, en relation avec l'art. 43, al. 5, LAMal.

## **II. Grandes lignes de l'ordonnance**

### **Commentaire général de la compétence subsidiaire**

Aux termes de l'art. 43, al. 5, LAMal, les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse ; si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une telle structure, le Conseil fédéral la fixe. Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, le Conseil fédéral peut subsidiairement procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision. La compétence subsidiaire définie aux al. 5 et 5<sup>bis</sup> de l'art. 43 LAMal doit être comprise ainsi : le Conseil fédéral ne règle que ce qui est nécessaire, en tenant compte autant que possible de la primauté de l'autonomie tarifaire. De plus, le Conseil fédéral n'a la compétence que de fixer et d'adapter la structure d'un tarif à la prestation. Il ne peut en revanche pas fixer la valeur des points. Celle-ci peut uniquement être convenue entre les partenaires tarifaires – en tant que valeurs nationale ou cantonale – ou, en cas de litige, être fixée par les gouvernements cantonaux conformément à l'art. 47 LAMal.

La fixation d'une structure tarifaire comprend la fixation abstraite d'un tarif à la prestation, dans le sens que la valeur de chaque prestation exprimée en points est établie selon un rapport déterminé entre les différentes prestations. En multipliant les points par la valeur du point, on obtient la rémunération concrète qui peut être facturée (art. 43, al. 2, let. b, LAMal). Ce faisant, il importe de tenir compte en particulier des principes d'économicité et d'équité. L'art. 43, al. 4, LAMal précise que les tarifs doivent être fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurés 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). Pour fixer un tarif, il faut donc apprécier, conformément à l'art. 59c, al. 1, OAMal :

- 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 n'entraîne pas de coûts supplémentaires (let. c).

En vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal, la structure tarifaire s'applique à tous les fournisseurs de prestations concernés, qu'ils aient ou non conclu une convention ou y aient adhéré ou non.

Le nouvel al. 5<sup>bis</sup> de l'art. 43 LAMal confère au Conseil fédéral, comme on l'a dit, la compétence subsidiaire d'adapter des structures tarifaires si celles-ci s'avèrent inappropriées et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision. Une structure peut être considérée comme appropriée si elle repose sur un modèle tarifaire cohérent basé sur des paramètres mesurés en termes d'économie d'entreprise et que les conditions précitées sont remplies. Conformément à l'art. 43, al. 4, LAMal, ce sont les assureurs et les fournisseurs de prestations qui fixent par convention les tarifs et les prix. De son côté, le Conseil fédéral est chargé, en vertu de l'art. 46, al. 4, LAMal, d'approuver les conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse. La nouvelle disposition accorde au Conseil fédéral un moyen subsidiaire d'adapter les structures tarifaires concernant lesquelles les partenaires ne sont pas parvenus à un accord malgré des négociations poussées. Cette compétence ne vaut pas seulement pour TARMED, mais pour toutes les structures tarifaires uniformes sur le plan national. Ainsi, les tarifs des logopédistes, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des sages-femmes ou des dentistes pourraient notamment aussi être concernés.

### **Commentaire de l'ordonnance**

La compétence subsidiaire du Conseil fédéral lui permet, comme on l'a dit, d'intervenir dans la structure de tous les tarifs à la prestation du domaine d'application de l'assurance-maladie sociale. Mais le suivi et la mise à jour des diverses structures tarifaires incombe aux partenaires tarifaires. C'est pourquoi l'ordonnance contient des dispositions générales et des dispositions particulières concernant les modifications des structures tarifaires à la prestation existantes. L'ordonnance précise à chaque fois la structure tarifaire à la prestation existante à laquelle se réfèrent les modifications entreprises, et celles-ci sont fixées dans l'annexe de l'ordonnance. Ces modifications consistent principalement en des prescriptions ou des directives relatives à l'évaluation ou au changement d'évaluation des points tarifaires d'une ou de plusieurs positions tarifaires. Le cas échéant, des limitations s'y rapportant sont également prescrites. L'objet de l'ordonnance est précisé en premier lieu. Les adaptations concrètes sont énumérées dans l'annexe. Les partenaires tarifaires sont appelés à se conformer à leur obligation de coopérer et à fournir au Département fédéral de l'intérieur gratuitement les informations et les données nécessaires pour évaluer les effets des adaptations. Un monitoring devra être établi afin de vérifier si l'objectif de ces modifications est atteint. Dans le cas d'une nette augmentation des coûts imputable aux modifications selon l'ordonnance, des mesures de corrections seront proposées au Conseil fédéral aussi tôt que possible.

Les assureurs sont tenus, notamment 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 adaptations apportées aux tarifs à la prestation par la présente ordonnance. Il faut par ailleurs garder à l'esprit que la structure tarifaire TARMED, en particulier, ne constitue pas une énumération exhaustive et définitive des prestations médicales au sens de l'art. 25, al. 2, en relation avec l'art. 33, al. 1, LAMal. Il reste donc possible qu'une prestation figurant dans le tarif ne doive pas être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, faute de caractère obligatoire.

En l'occurrence, les adaptations concernent la structure du tarif à la prestation TARMED. TARMED ("**tarif médical**") est le tarif pour les prestations médicales fournies dans le domaine ambulatoire. Ce tarif, qui s'applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 dans le domaine de l'assurance-maladie, regroupe quelque 4500 positions tarifaires, avec une évaluation des prestations médicales (PM) et des infrastructures (prestations techniques, PT), sous forme de points tarifaires. TARMED est un projet des partenaires tarifaires du domaine de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire (FMH, H+, santésuisse, CTM, AI et AM). Ces partenaires tarifaires ont créé, pour le maintenir à jour, l'organisation TARMED Suisse. Les positions tarifaires sont accessibles au public sous forme électronique (browser) sur le site de l'organisation ([www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch)). TARMED est la structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations médicales selon l'art. 43, al. 5, LAMal. Les partenaires tarifaires en ont convenu dans les contrats-cadres, annexes comprises, conclus le 17 mai 2002 entre santésuisse et H+ et le 20 juin 2002 entre santésuisse et la FMH. A leur demande, le Conseil fédéral a approuvé, le 30 septembre 2002, les contrats-cadres, structure tarifaire TARMED version 1.1 comprise, reconnaissant cette dernière comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations médicales ambulatoires. Si les partenaires tarifaires ont régulièrement adapté et soumis à l'approbation du Conseil fédéral certaines des positions de TARMED, la structure tarifaire elle-même n'a jamais fait l'objet d'une révision totale. Les données sur lesquelles on s'est basé pour l'établir sont vraisemblablement dépassées aujourd'hui. Le rapport du CDF de 2010 désigne certaines prestations qui sont trop rétribuées. Il constate entre autres qu'un grand nombre d'évolutions technologiques ont eu lieu mais ne sont pas intégrés dans la structure tarifaire et que les groupes professionnels de la médecine de premier recours sont les perdants de l'introduction du modèle tarifaire TARMED. Sur le fond, la nécessité d'une révision est incontestée. Le projet de révision, intitulé Tarmed 2010 de TARMED Suisse, existe d'ailleurs depuis plusieurs années, mais seulement à l'état d'ébauche, le projet lui-même étant bloqué en raison de l'unanimité requise au sein de l'organisation. Suite au blocage au sein de l'organisation TARMED Suisse, les trois partenaires tarifaires FMH, H+ et la Commission des tarifs médicaux (CTM) coopèrent depuis 2012 sous le nom de projet TARVISION.

Un des buts de l'introduction du TARMED était la revalorisation des prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations nécessitant un équipement technique. Depuis lors, les différences de revenus entre les spécialités techniques et la médecine de premier recours ont augmenté au lieu d'être supprimées. L'art. 43, al. 6 LAMal stipule que les soins doivent être le plus avantageux possible et que l'établissement de tarifs doit être économique (principe d'économicité). On doit particulièrement en déduire qu'un changement de tarification ne devrait pas entraîner de coûts supplémentaires et de rémunérations plus élevées pour les prestations fournies, si la qualité et la quantité des prestations restent plus ou moins les mêmes et donc qu'aucun facteur ne justifie des coûts plus élevés. Les tarifs doivent par ailleurs aussi être conformes à l'équité (art. 46, al. 4, LAMal). Au principe de l'équité est lié d'une part, le principe de la portée économique, qui doit permettre de vérifier si les effets liés à un tarif sur les coûts et les primes sont supportables pour les assurés. D'autre part, on doit également déduire du principe de l'équité qu'une structure tarifaire doit être équilibrée, c'est-à-dire qu'un groupe de fournisseurs de prestations ne doit pas être favorisé.

La structure tarifaire TARMED se fonde essentiellement sur les bases de données des années 90. Les progrès médicaux et techniques devraient depuis avoir entraîné des mouvements dans la structure, modifiant la relation entre certaines prestations. La structure tarifaire dans son ensemble ne doit dans ce sens plus être considérée comme adéquat. Le caractère adéquat ne peut pas être jugé au niveau des positions tarifaires individuelles, car, sur ce sujet, aucune donnée spécifique sur les coûts n'est disponible. Dès l'introduction de TARMED, les partenaires tarifaires ont déclaré leurs modèles de coûts comme secrets d'affaires. En ce qui concerne le caractère approprié, il ne s'agit pourtant pas uniquement des positions individuelles, mais plutôt de l'évaluation de la structure tarifaire dans son ensemble. La grande partie de la structure tarifaire est restée en l'état depuis l'introduction. Les gains de productivité générés par ledit mouvement n'ont dès lors pas été pris en compte dans la structure tarifaire. Dans les chapitres caractérisés par un fort volume en termes absolus de prestations techniques facturées et une part relative de prestations techniques haute, on y observe ces dernières années une augmentation du volume total des points (PM+PT) supérieure à celle pour les prestations

de base (chapitre 00) qui, elles, sont caractérisées par une part plus faible de prestations techniques (13 chapitres avec une augmentation du volume de 23.1% en moyenne comparé au chapitre 00 avec une augmentation du volume de 12.3% entre 2009 et 2012). Cette augmentation du volume des points tarifaires peut être interprétée comme un indice de l'existence de gains de productivité qui doivent être au moins partiellement compensés en raison du principe d'économicité (art. 46, al. 4, LAMal) et des règles applicables en économie d'entreprise (art. 43, al. 4, LAMal). Les conditions d'une intervention du Conseil fédéral sur la base de sa compétence subsidiaire au sens de l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal sont donc réunies.

Pour donner plus de poids aux prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques et par la même occasion améliorer la situation des médecins de premier recours, l'ordonnance prévoit une position additionnelle en faveur des groupes de fournisseurs de prestations " Médecine interne générale ", " Médecins praticiens " et " Pédiatrie " pour les prestations fournies en cabinet. En contrepartie, l'évaluation des points tarifaires des prestations techniques (PT) est revue à la baisse de manière linéaire pour les positions de 13 chapitres. Les médecins de premier recours ne sont que peu touchés par cette réduction. Dans le modèle TARMED, la PT se réfère à l'infrastructure et prend en compte des éléments de coûts tels que les frais de personnel non médical, les autres charges d'exploitation, les frais de répartition et les frais d'utilisation des investissements. L'état actuel des données est tel que seuls les partenaires tarifaires sont en mesure de calculer la situation exacte en termes de gains de productivité par prestation. Les données dont le Conseil fédéral dispose ne lui permettent pas d'effectuer des interventions différenciées sur les positions individuelles des prestations. Une réduction linéaire devrait sciemment porter atteinte le moins possible à la structure tarifaire. Une telle réduction de 8.5% des points des prestations techniques (PT) pour les positions tarifaires de 13 chapitres, bien qu'elle ne soit pas limitée dans le temps, doit tout de même être comprise comme une mesure transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision totale de la structure tarifaire qui devra être approuvée par le Conseil fédéral conformément à l'art. 46, al.4, en relation avec l'art. 43, al. 5, LAMal. Comme rien ne change dans l'étendue des prestations, cette adaptation ne doit conduire à aucune augmentation des coûts au sens de l'art. 43, al. 6, LAMal, en lien avec l'art. 46, al. 4, LAMal (principe de la neutralité des coûts). Les partenaires tarifaires sont donc appelés à livrer les données qui permettent une réévaluation différenciée dans le cadre d'une révision TARMED ou dans le cadre d'une nouvelle intervention du Conseil fédéral. Jusqu'à la révision totale annoncée pour fin 2015 par quelques partenaires tarifaires, les adaptations prévues contribuent essentiellement à revaloriser les prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques, ainsi qu'à contrer l'augmentation plus forte observée ces dernières années du volume de points des prestations techniques par rapport à celle des prestations médicales (cf. ch. III, commentaire de l'annexe). La réduction du volume de points tarifaires correspond environ à 17% de la hausse du volume total des points tarifaires (PM+PT) de 2009 à 2012 dans l'ensemble des chapitres TARMED. Par cette réduction, c'est presque l'équivalent de l'augmentation semestrielle du volume total des points (PM+ PT)(2009-2012) de tous les chapitres qui est compensée.

### **III. Partie spéciale : Commentaire article par article**

#### *Art. 1 Objet*

Le champ d'application se rapporte aux adaptations des structures tarifaires dans l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 43, al. 5, première phrase, LAMal (c'est-à-dire les tarifs à la prestation, lesquels doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse), qui ont été approuvées par le Conseil fédéral selon l'art. 46, al. 4, LAMal et dans lesquelles désormais on intervient de manière subsidiaire.

#### *Art. 2 Structure tarifaire pour les prestations médicales*

L'art. 2 établit le lien avec la structure des tarifs à la prestation TARMED. Sur la base de la structure TARMED version 1.08, en vigueur depuis la dernière approbation par le Conseil fédéral du 15 juin 2012, de nouvelles positions tarifaires et des positions tarifaires modifiées sont énumérées en annexe. L'annexe précise les modifications à opérer dans la version 1.08. Les partenaires tarifaires sont tenus de les appliquer dès lors que les prestations sont facturées selon TARMED. La version 1.08.0000, à laquelle se rapportent les adaptations, peut être consultée sur le site [www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch). Il est du devoir des partenaires tarifaires de garantir le cadre technique nécessaire à l'application de la structure tarifaire modifiée.

#### *Art. 3 Informations et données*

Les partenaires tarifaires sont appelés à se conformer à leur obligation de coopérer et à transmettre gratuitement au Département fédéral de l'intérieur, à sa demande, les informations et les données nécessaires à la mise en œuvre de la compétence subsidiaire. Ils contribuent ce faisant à l'évaluation des effets des adaptations apportées aux structures tarifaires.

#### *Art. 4 Entrée en vigueur*

L'ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2014. La date d'entrée en vigueur correspond au début d'un trimestre, afin de permettre l'évaluation ultérieure des effets des adaptations, les données de facturation étant recueillies à un rythme trimestriel. L'ordonnance est publiée plus tôt pour que les partenaires tarifaires soient dûment informés et puissent adapter leur système de facturation à temps.

#### *Annexe*

Une nouvelle position tarifaire additionnelle intitulée " Supplément pour prestations de médecine de famille en cabinet médical" est définie pour la structure tarifaire TARMED sous le chiffre 1 de l'annexe. Cette position (00.0015) peut être facturée une fois par jour et par patient, en sus de la position " consultation de base " (00.0010), par les médecins détenteurs du titre postgrade fédéral " médecine interne générale " (y compris les détenteurs de double titre) ou " pédiatrie " (y compris les détenteurs de double titre) ou " Médecin praticien " (y compris les détenteurs de double titre). Dans le cadre des calculs effectués, il a été tenu compte du fait que cette position sera aussi facturée par les médecins praticiens, car ce titre est l'équivalent du médecin de famille européen. Pour les détenteurs de double titre, la position tarifaire additionnelle ne peut être facturée que dans le contexte de prestations de la médecine de famille. La nouvelle position, tout comme la "consultation de base" (00.0010), sera affectée à l'unité fonctionnelle "salle de consultation". L'application de cette position additionnelle est limitée aux prestations fournies en cabinet par les fournisseurs de prestations cités. Ni d'autres groupes de fournisseurs de prestations ni les hôpitaux pour le domaine ambulatoire ne peuvent la facturer. Elle peut être facturée une fois par jour au maximum, à la valeur de 10 points (PM). Cette évaluation correspond à une amélioration de la rétribution estimée à près de 200 millions de francs sur la base du Tarifpool 2012 (extrapolation).

Le chiffre 2 de l'annexe désigne les positions existantes de TARMED qui sont revues à la baisse. Les points tarifaires des prestations techniques (PT) sont réduits de 8.5 % (valeurs arrondies à deux chiffres après la virgule) pour les positions tarifaires des chapitres suivants dans la structure tarifaire TARMED:

- 4 – Peau, parties molles
- 5 – Système nerveux central et périphérique
- 8 – Œil
- 15 – Diagnostic et traitement non chirurgical des voies respiratoires inférieures, y compris l'étude du sommeil
- 17 – Diagnostic et traitement non chirurgical du cœur et des vaisseaux
- 19 – Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal
- 21 – Diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires ainsi que des organes génitaux masculins
- 24 – Diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur
- 31 – Médecine nucléaire
- 32 – Radio-oncologie, radiothérapie
- 35 – Salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour
- 37 – Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale
- 39 – Imagerie médicale

Le volume de points facturés pour les prestations techniques de ces chapitres est élevé en chiffres absolus (cf. annexe, dernière colonne) et a fortement augmenté ces dernières années (de 2009 à 2012, augmentation des PT en chiffres absolus > 1 Mio., cf. annexe colonne 4). De plus, 50 % au moins de l'augmentation (de 2009 à 2012) du volume total (PM + PT) des prestations de ces chapitres sont dus à l'augmentation du volume des PT durant la même période (colonne 6). Le classement (selon augmentation du volume de points facturés des PT, colonne 4) et le choix des chapitres sélectionnés (source : Tarifpool 2009-2012, sans extrapolation), sont visibles dans l'annexe. Ont été exclus les chapitres 00 (prestations de base), car tous les groupes de fournisseurs de prestations facturent dans ce chapitre, les médecins de premier recours au même titre que tous les autres spécialistes et que les hôpitaux, et le chapitre 02 (psychiatrie), car les prestations de ce chapitre peuvent être considérées comme relevant de la médecine de base au sens large. De plus, au vu de la très petite augmentation du volume de PT dans les chapitres 22 (diagnostic et traitement des organes génitaux féminins, obstétrique) et 09 (oreille, organe de l'équilibre, nerf facial) ceux-ci ne sont pas pris en compte. Les positions concernant les prestations dans le chapitre 29 (Traitement de la douleur) ont été complètement revues en 2012 tandis que des prestations issus d'autres chapitres y ont été intégrées. Comme l'augmentation du volume de points facturés pour les prestations techniques dans le chapitre 29 ne concerne que l'année 2012 ce chapitre a été exclu de la réduction. Les autres chapitres sont exclus en raison des conditions mentionnées plus haut.

Les adaptations contribueront, jusqu'à la révision totale annoncée par certains partenaires tarifaires pour fin 2015, à revaloriser les prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques et visent à contrer l'augmentation plus forte observée ces dernières années du volume de points des prestations techniques par rapport aux prestations médicales. La réduction linéaire de 8.5% des points tarifaires des prestations techniques (PT) comme expliqué sous chiffre II du commentaire vise le principe de neutralité des coûts et conduit ainsi à une économie de près de Fr. 200 Mio. selon la base de données Tarifpool 2012 (extrapolation). Les médecins de premier recours ne sont que peu touchés par les réductions opérées dans ces chapitres.



**Annexe : Augmentation des PT en points de 2009 à 2012 (gris : chapitres sélectionnés)**

	PM + PT	PM + PT	PT	PT	Pourcentage PT	PT 2012
	Augmentation de volume 2009 - 2012	Augmentation	Augmentation de volume 2009 - 2012 *	Augmentation	Part des PT dans l'augmentation de volume **	Volume facturé 2012 PT extrapolé avec l'hypothèse d'un taux de couverture de 60% ***
<b>Tarmed</b>	<b>795'086'199</b>	<b>17%</b>	<b>508'800'756</b>	<b>19%</b>	<b>64%</b>	<b>5'252'655'313</b>
00, Prestations de base	248'045'270	12.32%	125'595'405	13.13%	51%	1'803'140'700
39, Imagerie médicale	153'813'159	20.00%	109'345'095	19.81%	71%	1'102'106'393
02, Psychiatrie	91'348'725	20.56%	63'067'649	27.83%	69%	482'831'252
08, Oeil	57'112'107	21.93%	34'235'388	21.58%	60%	321'506'857
35, Salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour	30'935'354	30.97%	31'074'610	31.78%	100%	214'750'047
37, Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale	34'034'596	61.03%	25'998'287	61.66%	76%	113'601'278
17, Diagnostic et traitement non chirurgical du coeur et des vaisseaux	37'779'720	25.16%	24'994'995	26.02%	66%	201'761'178
32, Radio-oncologie, radiothérapie	23'570'724	21.43%	21'301'265	20.89%	90%	205'447'953
19, Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal	23'221'005	21.24%	16'881'466	20.77%	73%	163'568'955
04, Peau, parties molles	16'986'345	18.44%	9'615'680	17.81%	57%	105'996'822
15, Diagnostic et traitement non chirurgical des voies respiratoires inférieures, y compris l'étude du sommeil	10'549'214	29.43%	7'278'255	27.84%	69%	55'699'460
31, Médecine nucléaire	8'319'749	28.60%	7'270'395	30.38%	87%	51'999'513
05, Système nerveux central et périphérique	12'545'630	25.83%	6'376'360	24.46%	51%	54'078'195
29, Traitement de la douleur	9'832'837	129.01%	5'771'523	120.02%	59%	17'634'063
24, Diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur	10'606'841	21.14%	5'271'794	21.14%	50%	50'353'492
28, Anesthésie	10'844'619	19.32%	4'292'474	18.72%	40%	45'376'683
21, Diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires ainsi que des organes génitaux masculins	4'921'163	19.44%	3'388'373	20.02%	69%	33'851'042
22, Diagnostic et traitement des organes génitaux féminins, obstétrique	3'988'214	4.24%	2'552'901	5.08%	64%	87'955'350
09, Oreille, organe de l'équilibre, nerf facial	2'260'071	4.88%	1'475'188	4.95%	65%	52'159'132
34, Soins intensifs et unités de soins spéciales	849'559	142.70%	891'666	185.15%	105%	2'288'773
01, Pansements et bandages	1'047'965	8.81%	738'923	8.68%	71%	15'417'175
10, Nez et sinus	1'158'249	10.99%	624'262	10.78%	54%	10'689'468
20, Traitement chirurgical du tractus gastro-intestinal	1'033'408	24.37%	562'379	25.67%	54%	4'589'327
18, Traitement chirurgical du coeur et des vaisseaux	602'024	9.41%	343'420	9.63%	57%	6'516'787
07, Os de la face, région frontale	362'003	25.94%	173'763	28.28%	48%	1'313'625
13, Larynx et trachée	194'589	25.03%	97'265	24.81%	50%	815'378
11, Bouche, cavité buccale et glande salivaire	154'315	17.38%	84'606	17.77%	55%	934'453
16, Traitement chirurgical des organes thoraciques	65'994	66.36%	24'930	45.32%	38%	133'235
14, Parties molles du cou, y compris glandes thyroïde et parathyroïde; parties trachéales et bronchiques non comprises	32'202	34.68%	13'558	34.85%	42%	87'428
12, Pharynx	6'079	0.27%	4'695	0.38%	77%	2'063'597
36, Admission en urgence	-433	-66.92%	-424	-92.37%	98%	58
26, Ganglions lymphatiques, voies lymphatiques	-4'577	-1.89%	-894	-0.79%	20%	187'162
30, Imagerie médicale	-901	-1.66%	-21'724	-71.12%	2411%	14'700
06, Colonne vertébrale	-75'374	-18.71%	-37'212	-19.71%	49%	252'638
23, Diagnostic et traitement des seins	-102'839	-0.66%	-52'789	-0.69%	51%	12'616'922
03, Pédiatrie, néonatalogie	-950'376	-2.47%	-432'087	-2.28%	45%	30'912'707
			<b>Total gris</b>			<b>2'674'721'185</b>

Calcul et présentation OFSP ; source : Tarifpool 2009-2012 sans extrapolation, taux de couverture 60 %

\* les lignes sont classées selon la colonne « Augmentation de volume 2009-2012 »

\*\* cette colonne représente le ratio entre la colonne 4 et la colonne 2 (augmentation volume PT / augmentation volume PM+PT)

\*\*\* cette colonne contient le volume facturé PT, extrapolé selon l'hypothèse d'un taux de couverture du Tarifpool de 60%