

Lettre d'information du Bureau des tarifs

Séance du 4 octobre 2018

Projet TARCO: structure des prestations en partenariat

Avancement du projet et des négociations entre partenaires tarifaires

Ces dernières semaines, les partenaires tarifaires se sont réunis lors de plusieurs ateliers consacrés aux interprétations générales, et se sont en particulier penchés sur la définition des notions de séance et de fournisseur de prestations et sur la facturation du matériel à usage courant.

Ils se sont mis d'accord sur les points suivants:

1. Les jeux de matériel dont le prix d'achat global dépasse CHF 3.- peuvent être saisis pour autant que le prix d'achat d'au moins un élément dépasse CHF 3.- par pièce. Si c'est le cas, la saisie de jeux de matériel est possible, indépendamment du fait que le prix d'achat des autres éléments soit supérieur ou inférieur à CHF 3.- par pièce. Les jeux de matériel composés exclusivement de pièces individuelles dont le prix d'achat est inférieur à CHF 3.- sont considérés comme un contournement du seuil minimal pour la facturation et ne peuvent pas être saisis. Ne peuvent pas non plus être saisis les jeux de matériel confectionnés par le fournisseur de prestations. Les partenaires tarifaires sont ouverts aux forfaits pour certaines prestations dans des domaines comme la radiologie, la médecine nucléaire ou la radiothérapie.
2. Les institutions au sens de l'art. 36a LAMal (institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins) sont considérés comme un seul et unique fournisseur de prestations, ce qui signifie que pour chaque patient, les limitations s'appliquent à l'ensemble du cabinet de groupe. A l'hôpital, elles s'appliquent à l'ensemble des fournisseurs de prestations exécutant les traitements d'une même clinique spécialisée, institut ou centre au sein d'un hôpital.

Toujours au cours des dernières semaines, toutes les interprétations des chapitres ont été revues, comparées aux interprétations générales et leur cohérence vérifiée.

Le 17 septembre 2018, le conseil d'administration d'ats-tms a adopté la structure des prestations à l'unanimité et l'a mise à disposition des partenaires tarifaires pour qu'ils puissent la faire valider par leurs instances respectives. La FMH a ensuite communiqué les principaux changements tout d'abord aux délégués du cockpit puis aux sociétés de discipline médicale lors de la Journée des délégués tarifaires. A cet égard, précisons qu'il est important d'analyser la nouvelle structure tarifaire sur la base des exemples types (paniers de prestations) qui seront mis à disposition (cf. paragraphe suivant) et de ne pas comparer position par position.

TARIS: comparaison de paniers de prestations

En collaboration avec la Caisse des médecins et les délégués tarifaires, les experts de la FMH sont en train de mettre au point des paniers de prestations types pour toutes les disciplines. Un panier de prestations équivaut à une séance type (ou un cas spécifique sur plusieurs séances), par exemple un diagnostic d'asthme, une consultation pédiatrique ou une consultation chez le médecin de famille. La division Médecine et tarifs ambulatoires a procédé au transcodage de ces exemples de facturation sur la base de la structure des prestations qui doit encore recevoir l'aval des organes de la FMH et les mettra à disposition des membres sur la plateforme myFMH.

Le logiciel TARIS permet de traduire la logique de la structure des prestations révisée et, point essentiel, de comparer la somme des points tarifaires. Il représente donc une précieuse aide à la décision.

Décision de l'Assemblée des délégués et de la Chambre médicale attendue fin octobre

La structure des prestations mise au point par les partenaires tarifaires doit à présent recevoir l'aval des instances internes à la FMH. Elle sera soumise le 24 octobre à l'Assemblée des délégués lors d'une séance extraordinaire et à la Chambre médicale le lendemain.

Gestion des erreurs manifestes dans la structure des prestations

Etant donné que la structure des prestations est actuellement considérée comme achevée et fait l'objet d'une validation interne chez les partenaires tarifaires, elle ne peut plus être modifiée. La FMH recensera donc les erreurs manifestes et en discutera avec ses partenaires pour qu'elles soient encore corrigées avant son introduction possible en 2020.

Deuxième intervention dans le TARMED – le défi des limitations

En vigueur depuis plus de neuf mois, les mesures prises lors de la deuxième intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire commencent peu à peu à produire leurs effets. Les nouvelles limitations de facturation, en particulier, placent les médecins devant un défi de taille: en présence de patients polymorbides par exemple, elles restreignent fortement leur marge de manœuvre et leur liberté thérapeutique.

En partie très restrictives, les limitations posent encore d'autres problèmes aux yeux de la FMH. Elles pénalisent drastiquement des groupes de patients entiers voire les met en danger: les patients atteints de maladie rare, les enfants, les patients âgés et en particulier polymorbides, les patients atteints de troubles psychiques et les migrants, notamment. De plus, les limitations vont très clairement à l'encontre des stratégies et programmes fédéraux en cours (Santé 2020, les stratégies en matière de soins palliatifs, de maladies non transmissibles, de démences et d'addictions). Elles ne font pas que compromettre les objectifs de toutes ces stratégies; elles empêchent purement et simplement leur mise en œuvre.

Comme toujours, nous recevons de nombreuses demandes de la part de médecins confrontés à des refus de factures en raison des limitations du TARMED 1.09_BR. A cet égard, nous aimerions préciser plusieurs points:

- La décision de savoir si un patient présente un besoin accru en soins relève de l'appréciation du médecin traitant, qui doit cependant la motiver sur demande du médecin-conseil de l'assureur. De manière générale, les refus de factures fondés sur la seule appréciation de l'assureur ne sont pas valables sachant que le besoin accru en soins ne se limite à aucun tableau clinique ni diagnostic.
- Le dépassement des limitations prévues dans le tarif en raison d'un besoin accru en soins ou d'un autre motif nécessitent l'accord préalable de l'assureur, qui peut autoriser un dépassement et délivrer une garantie de prise en charge lors de situations particulières. La compétence relève cependant exclusivement de l'assureur et son aval n'est donc pas garanti.

En cas de problèmes concernant les points précités, nous préconisons la marche à suivre suivante en accord avec l'OFSP et les deux associations faîtières des assureurs:

1. Motivation écrite par le médecin du besoin accru en soins et accord préalable concernant le dépassement de la limitation (garantie de prise en charge). Elle doit être rédigée au cas par cas, en tenant compte de la situation particulière de chaque patient, et remise au médecin-conseil (ou au service du médecin-conseil) de l'assureur.
2. Le médecin-conseil qui refuse cette justification doit le faire par écrit. Il est ainsi possible de rédiger une réponse pour spécifier encore davantage le cas.
3. Les situations problématiques rencontrées notamment avec le recours au besoin accru en soins peuvent être soumises (après avoir été anonymisées) à l'association faîtière de l'assureur concerné pour prise de position, avec copie à l'OFSP. Merci de transmettre une copie également à la division Médecine et tarifs ambulatoires de la FMH afin que nous soyons au courant de ces cas.
4. Si le problème persiste, le patient peut demander à l'assureur de lui remettre une décision susceptible de recours puis le cas échéant suivre la voie juridique. Aux tribunaux ensuite de trancher s'il est admissible de limiter le droit à une prestation obligatoire par le biais du tarif. Cette démarche ne peut toutefois se faire qu'à titre individuel.

La division Médecine et tarifs ambulatoires se tient à votre entière disposition en cas de question, demande de précision ou problème en lien avec la deuxième intervention tarifaire ou d'ordre général sur l'application du TARMED: tarife.ambulant@fmh.ch.

Journée des délégués tarifaires de la FMH du 27 septembre 2018

Sous le titre «Dernière ligne droite pour la révision tarifaire?», la deuxième Journée des délégués tarifaires de l'année qui s'est tenue le 27 septembre 2018 à Berne a réuni plus de 100 participants, un nombre élevé qui semble se stabiliser.



Dimension politique de la proposition de tarif

Le Dr Jürg Schlup, président de la FMH, a ouvert la séance en présentant le volet politique de la proposition de tarif actuelle. Selon lui, le TARMED n'est plus à jour et les interventions successives du Conseil fédéral représentent un pas de plus vers un tarif étatique. Les coûts de la santé sont un thème récurrent dans les médias et le débat politique, et il convient donc de se demander si l'on veut des prix fixés au niveau politique ou un tarif approprié et conforme aux règles de l'économie d'entreprise. Dans son volet de mesures visant à freiner les coûts qu'il a récemment mis en consultation, le Conseil fédéral prévoit d'inscrire dans la loi l'obligation de corriger l'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par une adaptation annuelle des tarifs. Il veut également inscrire dans la loi l'institution, par les partenaires tarifaires, d'une organisation nationale chargée du suivi des tarifs ambulatoires, avec la possibilité de l'instituer lui-même si ces derniers ne parviennent pas à s'entendre. Par conséquent, si le corps médical ne propose pas maintenant une structure tarifaire révisée, l'autonomie tarifaire risque d'être définitivement perdue. Pour Jürg Schlup, la FMH est tout à fait en mesure de présenter quelque chose. Après des années de travaux intensifs et de négociations, elle a obtenu une structure des prestations dont elle peut être fière.

Dernière ligne droite pour la révision tarifaire?

Le Dr Urs Stoffel, membre du Comité central de la FMH, a commencé par rappeler que l'Assemblée des délégués et la Chambre médicale de la FMH ont validé à l'unanimité ce printemps la structure des prestations élaborée dans le cadre du projet TARCO. Pendant près d'une année, pas moins de 150 personnes réparties dans 40 groupes de travail ont révisé l'ensemble des chapitres de la structure tarifaire. Le résultat de ce projet a fait entièrement partie des négociations avec les partenaires tarifaires au sein de la société anonyme ats-tms. Ces derniers mois, les négociations ont en effet notamment porté sur l'intégration du projet TARCO dans la nouvelle

structure des prestations commune. Les travaux se sont achevés fin sep-tembre 2018; cette structure des prestations peut donc être présentée cet automne aux organes de la FMH pour décision, ce qui marquera une étape importante.

Consultation sur le volet de mesures de la Confédération visant à freiner les coûts

Patrick Müller a donné des informations sur la consultation (en cours) des mesures de la Confédération visant à freiner les coûts. Fin 2016, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a convoqué un groupe d'experts internationaux chargé de proposer des mesures pouvant être mises en œuvre rapidement pour freiner les coûts de la santé. Ces mesures seront appliquées en deux volets, conformément à la décision du Conseil fédéral. Le premier volet est en consultation depuis la mi-septembre 2018. Patrick Müller a ensuite présenté les différentes mesures plus en détail. Le Conseil fédéral aimerait inscrire dans la loi l'institution d'une organisation tarifaire nationale pour le secteur ambulatoire, sur le modèle de SwissDRG SA dans le secteur hospitalier (art. 47a LAMal, nouveau). A cet effet, il peut édicter des principes relatifs à la forme et à l'exploitation de cette organisation. Les fournisseurs de prestations sont par ailleurs tenus de livrer à l'organisation les données nécessaires concernant les coûts et les prestations (art. 47b LAMal, nouveau). La consultation de l'OFSP est en cours jusqu'au 14 décembre 2018.

Monitoring de l'intervention du Conseil fédéral dans le TARMED

Patrick Müller a signalé que lors la deuxième intervention tarifaire, le Conseil fédéral a également imposé aux partenaires tarifaires un monitoring détaillé incluant une livraison gratuite des données à l'OFSP. Les premières données ont été livrées en juillet 2018 et portent sur le premier trimestre 2018. La FMH a décliné toute responsabilité concernant ces données en raison de leur instabilité partielle qui ne permet pas de tirer des conclusions sur la facturation ni sur l'application de la structure tarifaire, en particulier en ce qui concerne les nouvelles limitations. En raison de la complexité des changements, un nombre particulièrement élevé de factures a été annulé durant le premier trimestre, ce qui peut avoir un impact sur les données. Selon la technologie utilisée, les factures annulées ne peuvent pas être supprimées du fichier livré et peuvent, si elles sont nombreuses, fausser la vue d'ensemble. Des chiffres plus fiables ne sont donc pas attendus avant le deuxième trimestre 2018 avec un délai d'au moins 3-4 mois pour la collecte. Dans un rapport de monitoring, la FMH a signalé à l'OFSP les différents problèmes rencontrés suite à la deuxième intervention tarifaire. Une nouvelle livraison est prévue d'ici fin 2018 et permettra une première analyse approfondie.

Informations concernant le domaine du laboratoire

La Dresse Susanne Christen a annoncé que la motion 17.3969 «Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires» a été acceptée par le Conseil national le 19 septembre 2018, après avoir été acceptée par le Conseil des Etats, et que la liste des analyses devrait ainsi passer d'un tarif officiel imposé à un tarif négocié par les partenaires tarifaires. Elle a ensuite présenté les modifications de la liste des analyses entrées en vigueur au 1er septembre 2018, et en particulier la dénomination de la troponine dans la liste des analyses rapides (position 1734.01); la troponine, test rapide (position 1735.00), a bien été supprimée de la liste des analyses complémentaires mais elle est encore admise lors de consultation à domicile. Elle a par ailleurs expliqué que certains confrères font valoir leurs droits acquis pour facturer des analyses de la liste élargie réservées à des titres de formation postgraduée précis, et reçoivent ensuite à juste titre des demandes de remboursement de la part de tarifsuisse. Il faut savoir que la liste des analyses est un tarif officiel, fixé par les autorités, et qu'à ce titre, il n'admet aucune possibilité de droits acquis; ces derniers concernent exclusivement le TARMED. La Dresse Susanne Christen a terminé son exposé par quelques précisions sur l'attestation de formation complémentaire pour la pratique du laboratoire au cabinet médical. Ce dernier fait partie du programme d'assurance-qualité pour le laboratoire de cabinet médical. La participation régulière aux contrôles de qualité externes correspond à une recertification. Pour s'en assurer, tarifsuisse a commencé à exiger de certains médecins la présentation du certificat de participation établi par les centres de contrôle de la qualité durant ces cinq dernières années. Conformément à l'accord passé avec santésuisse dans le cadre de la QUALAB, la participation aux contrôles de qualité externes est enregistrée auprès de SASIS SA à titre d'information à l'intention des assureurs. Par conséquent, nous recommandons aux médecins concernés d'informer les assureurs et/ou tarifsuisse qu'il leur faut s'adresser à SASIS SA.

Révision du tarif ambulatoire par les partenaires tarifaires

Kerstin Schutz, Sabine Zehnder et Christian Oeschger ont présenté aux délégués les principaux changements dans la structure des prestations partenariale. Pour de plus amples informations concernant le projet et les prochaines étapes, voir ci-dessus.

Rétrospective et conclusion

Le Dr Urs Stoffel a clos la séance en expliquant que la pression politique sur le corps médical continuera d'augmenter et que les coûts de la santé seront le thème de campagne de certains partis pour les élections fédérales 2019. Il a ensuite invité les délégués à saisir l'occasion qui se présente aujourd'hui pour montrer que le corps médical est tout à fait capable de négocier avec ses partenaires tarifaires pour obtenir un tarif révisé, approprié et conforme aux règles de l'économie d'entreprise.

Diapositives: les documents de séance et la présentation PowerPoint sont disponibles sur le site internet de la FMH: www.fmh.ch > Tarifs ambulatoires > Journée des délégués tarifaires > 27 septembre 2018 > [Présentation](#)

Prochain rendez-vous: la prochaine Journée des délégués tarifaires aura lieu le 11 avril 2019 à l'hôtel Ador à Berne. Notez d'ores et déjà cette date dans votre agenda!