

[La structure tarifaire TARDOC est prête à être déposée auprès du Conseil fédéral](#)

Reconquérons l'autonomie tarifaire!

Christian Oeschger

Expert, FMH, division Médecine et tarifs ambulatoires

En juin 2016, la FMH a échoué avec la proposition tarifaire lors de la votation générale. Elle n'a donc pas pu déposer le nouveau tarif exigé de longue date auprès du Conseil fédéral. Depuis lors, le conseiller fédéral Berset est une nouvelle fois intervenu dans le tarif TARMED au début 2018 sur la base de sa compétence subsidiaire. Les partenaires tarifaires ont donc *de facto* perdu l'autonomie tarifaire. La nouvelle proposition TARDOC, élaborée conjointement avec curafutura et la CTM, est maintenant mise en discussion. Les organes de la FMH se prononceront à ce sujet en mai 2019.

Au cours des dernières semaines, l'ensemble des sociétés de discipline de la FMH ont élaboré, en collaboration avec curafutura (association regroupant CSS, Helsana, KPT et Sanitas) et la CTM (Commission des tarifs médicaux LAA), le système de règles complexe relatif à la structure des prestations finalisée conjointement en octobre 2018. Dans plus de 40 ateliers d'une journée, les délégués tarifaires des sociétés de discipline ont analysé avec des experts la totalité des positions tarifaires et déterminé pour chacune d'elles si et dans quelle mesure la prestation pouvait être limitée. Dans le même temps, les délégations aux négociations ont décidé de restrictions pour le cumul des prestations.

Nous disposons donc maintenant d'une structure tarifaire ambulatoire négociée, entièrement mise à jour, appropriée et conforme à la loi.

La FMH et ses partenaires tarifaires ont auparavant négocié pendant une année la structure des prestations sur laquelle se fondent les règles. Après le refus de la première proposition tarifaire en été 2016, la FMH a d'abord élaboré un consensus à l'interne et a repris contact avec les partenaires tarifaires H+, curafutura et CTM à la fin 2017 pour de nouvelles négociations. Le résultat interne à la FMH «TARCO» a ensuite été intégré dans la structure des prestations partenariale. Au cours de ces travaux, il est apparu en été 2018 que l'on ne pouvait pas renoncer à l'expertise des délégués tarifaires des sociétés de discipline pour élaborer les règles d'application et de facturation. Le conseil d'administration de l'organisation tarifaire commune ats-tms SA a alors décidé de prolonger de six mois le délai pour la conclusion des travaux afin de pouvoir ramener encore une fois les sociétés de discipline à la table

des négociations pour fixer les règles d'application et de facturation. Nous disposons donc maintenant d'une structure tarifaire ambulatoire négociée, entièrement mise à jour, appropriée et conforme à la loi.

Hiérarchie des règles

La structure tarifaire TARDOC, tel est son nom désormais, continue d'appliquer une hiérarchie des règles: ce qui n'est pas réglé sur la position tarifaire est défini dans les interprétations de chapitre. Ce que les interprétations de chapitre ne règlent pas est défini dans les «interprétations générales».

Types de règles

Comme dans TARMED, «les valeurs intrinsèques qualitatives» sont maintenues dans TARDOC. Elles règlent le droit de facturer certaines positions tarifaires (formation postgraduée et continue). A cela s'ajoutent des règles selon l'âge ou le sexe, notamment pour les positions tarifaires utilisées uniquement pour les enfants ou limitées en fonction du sexe du patient.

Les limitations et les règles de cumul sont de loin les plus importantes. Les limitations s'appliquent majoritairement par séance ou pour une certaine période (p. ex. 90 jours ou 180 jours). Parallèlement, il existe aussi des positions qui sont p. ex. limitées à une moitié du corps (par côté). Les positions dites de «sauvegarde», telles qu'elles ont été introduites par le Conseil fédéral en 2018, p. ex. pour les patients nécessitant plus de soins comme les enfants ou les personnes âgées, n'existent plus sous cette forme.

Les restrictions de cumul font toujours partie de la structure tarifaire TARDOC. Elles s'appliquent par

séance et interdisent par exemple la facturation d'une prestation séparée si celle-ci est déjà incluse dans une autre position. On citera en exemple les prélèvements de lambeau, qui peuvent être facturés séparément, mais qui sont en partie aussi déjà inclus dans les interventions correspondantes. Une interdiction du cumul s'applique dans ce cas.

Consultation, conseil et traitement

Pour ce qui concerne le domaine de la consultation, du conseil et du traitement, rien de fondamental n'a changé. Malgré cela, il vaut la peine d'expliquer encore une fois le concept: la **consultation** est nouvellement limitée à 20 minutes, mais englobe à nouveau la véritable prestation médicale d'une consultation et n'est

Les positions dites de «sauvegarde» n'existent plus sous cette forme.

donc plus un «réceptacle» pour n'importe quelles prestations. **A cela s'ajoutent des prestations de conseil et de traitement spécifiques** qui ne sont pas limitées à la séance. Cela permet de compenser certains pics. Le temps de la consultation ne correspond donc pas à la durée de la séance. Les principes suivants restent cependant valables:

- 1 La **consultation** (AF.0001/AF.0021) décrit des prestations par oral qui ne sont pas spécialement tarifées, telles que l'anamnèse et l'accueil et la prise de congé du patient. Il n'est dès lors pas admissible de facturer l'anamnèse par le biais de positions tarifaires incluant un nombre de points tarifaires plus élevé, parmi lesquelles figurent toutes les positions de traitement. Outre la consultation, il existe d'autres prestations par oral dans le tarif.
- 2 Un **conseil** est une prestation par oral qui est tarifée dans la salle de consultation et qui ne commence que lorsque l'anamnèse est terminée.
- 3 Une **prestation de traitement** n'est pas une prestation par oral. Le traitement requiert certains instruments. C'est pourquoi les prestations de traitement sont tarifées dans la salle d'examen et de consultation ou dans des unités fonctionnelles plus élevées. Il n'est pas admissible de facturer des prestations par oral au moyen de prestations de traitement.

Améliorations dans la nouvelle structure tarifaire TARDOC

Par rapport à TARMED, TARDOC présente des avantages considérables dont vous trouvez ci-après la liste non exhaustive:

- TARDOC ne comprend **plus de «prestations exclusives»**. Les prestations qui devaient jusqu'ici être fournies dans deux séances distinctes peuvent désormais être combinées dans une seule séance.
- Beaucoup de disciplines profitent de la **suppression des blocs de prestations**. Les radiologues p. ex. peuvent désormais effectuer une consultation après un examen par CT ou IRM si celle-ci est médicalement nécessaire ou souhaitée par le patient. La même chose vaut pour la cardiologie, la radiothérapie et la médecine nucléaire.
- Avec au total 105 minutes par 90 jours, les **prestations en l'absence du patient** profitent d'une limitation nettement plus élevée.
- Le **travail de réseau du médecin de famille en l'absence du patient** qui dépasse le besoin défini dans la limitation du chapitre de base est compensé par AT.2008 «Travail de réseau du médecin de famille en l'absence du patient, besoin accru, par minute». Les médecins de famille profitent donc d'une limitation plus élevée pour les prestations en l'absence du patient.
- Les limitations pour les **prestations du psychiatre en l'absence du patient** ont également pu être corrigées à la hausse. Le psychiatre dispose désormais d'une heure de plus en l'espace de 90 jours.
- Beaucoup de disciplines se sont vu attribuer des chapitres spécifiques, notamment l'endocrinologie, la génétique médicale, la gériatrie, la médecine subaquatique et hyperbare, l'inféctiologie, la néphrologie, l'oncologie, l'hématologie, la médecine du sport, la médecine tropicale, la médecine du travail, la pharmacologie, mais aussi la psychosomatique et la médecine complémentaire.
- Par ailleurs, la **surveillance non médicale** a été uniformisée et placée sur une base de calcul commune. Pour le suivi et la surveillance médicalement nécessaires, on dispose nouvellement de positions de surveillance non spécialisées pour le cabinet médical, de positions spécialisées pour les traitements par perfusion et la surveillance après des interventions sous anesthésie régionale ou générale et sédation (voir à ce sujet le chapitre AG).
- Les **médecins de famille** profitent d'une limitation nettement plus élevée pour les **prestations de conseil**. Celles-ci sont désormais limitées à 240 minutes par 180 jours.
- Les médecins généralistes et pédiatres disposent toujours d'une consultation illimitée en rapport avec les **soins palliatifs** et de limitations nettement plus élevées pour les prestations en l'absence du patient en rapport avec une personne atteinte d'une maladie incurable (voir chapitre AT.25).

- Avec le nouveau chapitre AM.20 «**Prestations paramédicales: Chronic Care Management**», la coordinatrice en médecine ambulatoire avec orientation clinique et titulaire d'un certificat en Chronic Care Management a désormais la possibilité de facturer des prestations par les positions tarifaires correspondantes pour des consultations avec des patients souffrant d'asthme, de diabète, de rhumatismes ou d'insuffisance cardiaque (voir à ce sujet l'interprétation du chapitre relative à AM.20).

Que va-t-il se passer à présent?

Si la FMH approuve la structure tarifaire révisée et négociée, y compris les conventions, et que les partenaires tarifaires approuvent également ce paquet global, la structure tarifaire sera soumise au Conseil fédéral à la fin juin 2019 pour validation. En raison de la probable absence de majorité parmi les assureurs, elle ne pourra être que validée. Une approbation ne sera donc pas possible. Le Conseil fédéral devra donc procéder à une consultation de trois mois auprès de tous les partenaires tarifaires et associations intéressées et ne pourra probablement pas mettre ce tarif en vigueur avant le 1^{er} janvier 2021.

Correspondance:
FMH / division Médecine
et tarifs ambulatoires
Baslerstrasse 47
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 12 30
Fax 031 359 12 38
tarife.ambulant[at]fmh.ch

Merci!

La FMH remercie tous les délégués tarifaires, les présidentes et présidents des sociétés de médecine qui se sont engagés avec compétence et beaucoup d'enthousiasme pour la révision globale du TARMED. Sans leur engagement, la révision n'aurait jamais été possible.

L'ats-tms SA

L'ats-tms SA a été créée le 18 janvier 2016 par la FMH, H+, curafutura et la CTM. La mission de la société consiste dans le calcul et la maintenance du tarif pour les prestations médicales ambulatoires conformément à l'art. 43 LAMal «Tarifs et prix». Le nom de l'entreprise signifie: ats = Arzttarif Schweiz et tms = Tarif médical Suisse.

A la fin septembre 2018, H+ a résilié les contrats de société avec l'ats-tms SA et définitivement quitté l'ats-tms SA à la fin octobre 2018. La FMH a repris les parts de H+ en novembre 2018 et les sièges correspondants au conseil d'administration, afin d'assurer un rapport paritaire des voix.

Le corps médical en chiffres. La statistique annuelle de la FMH.

Sous forme de poster ou avec l'outil de recherche interactive pour individualiser votre analyse.



En savoir plus
et commander
le poster sur
www.fmh.ch

