

# Meilleur monitoring du tarif avec le TARDOC

**Kerstin Schutz, Sabine Zehnder**

Expertes, division Médecine et tarifs ambulatoires

Suite aux diverses interventions et en raison de son ancienneté, le tarif actuellement en vigueur pour les prestations médicales, le TARMED, n'est plus approprié ni conforme aux règles applicables en économie d'entreprise. Par ailleurs, certaines règles tout comme le fait que le tarif est incomplet compliquent l'activité des médecins au quotidien. En effet, il n'est pas rare que les prestations qu'ils fournissent ne puissent pas être facturées.

Cette année, l'OFSP a de nouveau demandé aux partenaires tarifaires d'analyser les données de facturation de l'année dernière (2019) afin de mettre en lumière l'impact de l'intervention du Conseil fédéral du 1<sup>er</sup> janvier 2018. La FMH a profité de ce monitoring de l'application du tarif pour évaluer pourquoi la nouvelle structure tarifaire pour les prestations ambulatoires, le TARDOC, constitue la bonne option pour remplacer le tarif médical actuellement en vigueur, notamment aussi dans la perspective de ces monitorages.

## Les limitations dans le TARMED compliquent la fourniture des prestations médicalement nécessaires

De manière générale, on peut affirmer que les médecins respectent les limitations imposées par le TARMED. Ces limitations sont dépassées dans un faible pourcentage (0,17%) de toutes les séances, et cela arrive notamment lorsque l'assurance-maladie a autorisé le non-respect de la limitation dans le cadre d'une garantie de prise en charge des coûts. Prenons l'exemple de

### De manière générale, les médecins respectent les limitations imposées par le TARMED.

la consultation de base (00.0010 ss): en 2019 aussi, les dépassements des limitations de temps facturés dans le tarif ne concernent pas en premier lieu les moins de 6 ans et les plus de 75 ans. Cela laisse entendre que dans certains cas, un allongement de la durée de la consultation a aussi été médicalement nécessaire pour la catégorie d'âge entre 6 et 75 ans.

Dans le tarif 01.09.00\_BR, le Conseil fédéral a créé des positions tarifaires séparées pour les patients âgés

entre 6 et 75 ans nécessitant plus de soins et introduit une limitation similaire à celles imposées pour les enfants et les patients plus âgés. Or c'est insuffisant pour les médecins qui traitent beaucoup de patients chroniques ou polymorbides. Les médecins qui facturent les positions tarifaires réservées aux patients nécessitant plus de soins à une fréquence supérieure à la moyenne doivent s'attendre à une hausse de leur charge administrative (qui n'est pas rémunérée) sous la forme de demandes de renseignements de la part des assurances-maladie.

## Limitations négociées d'un commun accord entre les assureurs et les sociétés de discipline

D'une manière générale, dans le TARDOC, les partenaires tarifaires ont renoncé à ce que l'âge soit un critère de distinction entre positions tarifaires. Les limitations des prestations médicales en termes de temps ont été fixées d'un commun accord entre représentants des assureurs et médecins spécialistes.

Pour continuer de garantir un traitement adéquat des patients atteints de maladies chroniques ou de polymorbidité et pour pouvoir le facturer, les partenaires tarifaires ont créé, entre autres, des positions tarifaires distinctes dans le domaine des prestations paramédicales et de la délégation du Chronic Care Management. Dans le domaine des soins palliatifs aussi, les limitations mises en place sont nettement plus généreuses et vont dans le sens de la stratégie du Conseil fédéral [1], qui aimerait améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie.

Les limitations du TARMED concernant les prestations en l'absence du patient placent régulièrement les méde-

cins face à d'importants défis: les exigences administratives (en grande partie à la demande des assurances) ne cessent d'augmenter, alors que les limitations sont accentuées. A titre d'exemple, ces limitations s'appliquent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 à tous les médecins spécialistes alors qu'avant cette date, elles ne concernaient pas les médecins facturant par voie électronique.

### Les limitations telles qu'elles sont définies dans le TARDOC correspondent à la réalité du terrain et la reproduisent correctement.

Suite à cet élargissement à tous les spécialistes, le volume de points des positions tarifaires 00.0140 ss a baissé de 8,85% par rapport à 2017, alors que les points de la prestation médicale (PM) avaient été augmentés de près de 9% au 1<sup>er</sup> janvier 2018 et que, par conséquent, le volume de points avait lui aussi augmenté. Dans les faits, le nombre de prestations en l'absence du patient a été réduit de presque le double. En 2019, le niveau reste 2,5% plus bas que celui de 2017, malgré la revalorisation des points tarifaires de la prestation médicale.

Avec le tarif TARDOC, les restrictions imposées pour les prestations en l'absence du patient ont été assouplies, dans le sens où il est désormais possible de faire valoir plus de temps pour ces prestations. Par ailleurs, les partenaires tarifaires sont arrivés à s'entendre pour que les limitations des prestations en l'absence du patient soient réparties en deux catégories. D'une part celles concernant les tâches administratives (p. ex. étude de dossiers de tiers, envoi chez un médecin consultant, établissement d'ordonnances ou prescription médicale en dehors d'une consultation à distance ou présentielle ou d'une visite) et, d'autre part, celles concernant les contacts en lien avec le patient (renseignements à/de tiers, recherches auprès de tiers, renseignements à/de proches ou autres personnes de confiance du patient, entretiens avec médecins, thérapeutes et soignants du patient).

Autre défi supplémentaire: après l'intervention tarifaire de 2018, une formulation générique de la prestation en l'absence du patient a été abandonnée au profit d'un ensemble de positions formulées de manière très spécifique. Selon la FMH, cela constitue en principe une amélioration. Il faudrait cependant que les positions créées couvrent toutes les prestations facturées jusqu'à présent et, aujourd'hui, ce n'est pas le cas, notamment pour les prestations en l'absence du patient fournies sur demande des assureurs, un exercice qui a pourtant connu une hausse très importante ces dernières années. Nous prévoyons que cette tendance va

se poursuivre au cours des années à venir et les partenaires tarifaires réunis au sein de l'organisme commun ats-tms SA sont parvenus à combler cette lacune dans le TARDOC.

Les limitations telles qu'elles sont définies dans le TARDOC correspondent à la réalité du terrain et la reproduisent correctement. Une analyse permet très bien de suivre leur utilisation.

### Différenciation nécessaire

Lorsque c'était médicalement justifié, les prestations ont été tarifées dans le TARDOC de manière différenciée:

- Par la création d'un chapitre dédié à la médecine de famille, les prestations de ce domaine correspondent mieux à la réalité du terrain et, de ce fait, leur utilisation spécifique peut être analysée.
- Les blocs de prestations et les «prestations isolées» dont le cumul avec d'autres prestations était fortement restreint ont été supprimés.
- La préparation et finition et les temps de changement sont tarifés distinctement lorsque c'est possible et pertinent du point de vue tarifaire. Cela permet d'analyser exactement les situations dans lesquelles ils sont utilisés.

### Mise à jour nécessaire

Toutes les prestations, telles qu'elles sont tarifées aujourd'hui dans le TARMED, ont été mises à jour pour répondre aux conditions actuelles d'exercice de la médecine. Par ailleurs, les prestations obligatoires au sens de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) mais qui n'existent pas sous cette forme dans le TARMED ont été tarifées. Jusqu'à présent, il était uniquement possible de les facturer par analogie.

### Le nouveau tarif TARDOC répond à une nécessité

L'actualisation de toutes les prestations médicales, des limitations et des interdictions de cumul appropriées et la tarification de prestations qui jusqu'à présent devaient être facturées par analogie permettent non seulement de reproduire de manière plus juste la prise en charge médicale, mais aussi et surtout d'analyser plus précisément les données de facturation.

#### Références

- 1 <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-80436.html> (28.09.2020)