



Fiche d'information

Date :

16 août 2017

Adaptation du tarif médical TARMED

Contexte

La structure tarifaire TARMED repose principalement sur des données et des estimations datant des années 1990. Entre-temps, les partenaires tarifaires ont adapté certaines positions du TARMED et les ont soumises au Conseil fédéral pour approbation. Mais, depuis sa mise en vigueur, ils n'ont jamais procédé à une actualisation systématique et fondamentale de sa structure.

Sur le fond, tout le monde s'entend sur la nécessité d'une révision. Le principe de l'autonomie tarifaire prévoit qu'il revient en premier lieu aux partenaires tarifaires de s'entendre sur les tarifs dans des conventions. C'est pourquoi certains d'entre eux (FMH, H+ Les Hôpitaux de Suisse et, ultérieurement, Cufutura) travaillent depuis plusieurs années déjà sur une révision totale de la structure tarifaire TARMED.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en tant qu'office compétent, a toujours accompagné ce processus tout en attirant régulièrement l'attention des partenaires tarifaires sur les conditions-cadre pour l'approbation d'une structure tarifaire qui lui serait soumise conjointement. Dans son courrier du 2 juin 2015, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) leur a par ailleurs communiqué, sur mandat du Conseil fédéral, les conditions-cadre de la révision de la structure tarifaire TARMED. Or, contrairement à ce qu'ils avaient annoncé au DFI et à l'OFSP, les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à soumettre une structure tarifaire révisée à la fin juin 2016. Aussi le DFI a-t-il chargé l'OFSP d'élaborer une proposition pour adapter la structure puis de la soumettre au Conseil fédéral. Dans l'intervalle, cette proposition a été soumise au Conseil fédéral.

La modification d'ordonnance proposée vise, d'une part, à adapter la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), à savoir la version 1.08, en date du 1^{er} janvier 2018 ; et, d'autre part, à fixer la structure tarifaire adaptée comme structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires uniforme sur le plan suisse. Le Conseil fédéral a mis la modification d'ordonnance proposée en consultation du 22 mars au 21 juin 2017.

Compétence subsidiaire du Conseil fédéral

Dans le cadre de la compétence d'approbation prévue à l'art. 46, al. 4, LAMal, le Conseil fédéral a invité à plusieurs reprises les partenaires tarifaires à effectuer une révision fondamentale du TARMED. À ce jour, cette exigence n'a pas été remplie. Par l'introduction de la compétence subsidiaire selon l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, le Conseil fédéral peut procéder à l'adaptation des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation lorsque celles-ci ne sont plus appropriées et que les partenaires en question n'arrivent pas à s'entendre sur une révision.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Dans l'interprétation de cette compétence subsidiaire, le Conseil fédéral se limite à réglementer ce qui est nécessaire pour assurer la pérennité d'une structure, ceci afin de tenir compte, dans toute la mesure du possible, de la priorité accordée à l'autonomie tarifaire.

Le 20 juin 2014, le Conseil fédéral a fait usage **pour la première fois** de la compétence subsidiaire conférée à l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal : il a adopté l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5) et adapté la structure tarifaire pour le tarif à la prestation TARMED. L'ordonnance est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014.

Cette adaptation visait à valoriser davantage les prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Les adaptations étaient construites de sorte à avoir une incidence neutre sur les coûts, conformément à l'art. 43, al. 6, en relation avec l'art. 46, al. 4, LAMal. Par cette ordonnance, le Conseil fédéral souhaitait également débloquer les négociations entre les partenaires tarifaires. Force est de constater aujourd'hui que ces négociations sont toujours bloquées. Le Conseil fédéral doit faire **une deuxième fois** usage de sa compétence subsidiaire pour adapter la structure tarifaire TARMED. Il est contraint d'agir car, sinon, une lacune s'ouvrirait du fait qu'il n'y aurait plus de structure tarifaire commune entre les partenaires à partir de 2018.

Adaptations de TARMED au 1^{er} janvier 2018

Les adaptations actuellement proposées consistent surtout à rectifier des tarifs surévalués dans certains domaines du TARMED et à créer une structure tarifaire plus appropriée (le rapport entre les remboursements respectifs des différentes prestations doit être adéquat). De plus, il s'agit de contrecarrer les incitations créées par l'actuelle structure, qui amènent à facturer davantage de prestations ou à le faire de manière inappropriée pour certaines positions. Après la consultation, le Conseil a décidé, à la mi-août, de maintenir les adaptations du TARMED. Il a partiellement tenu compte des avis des participants à la consultation et adapté certaines mesures lorsque ces changements étaient justifiés. À l'automne, il adoptera formellement la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Les adaptations de TARMED entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et devraient permettre de réaliser des économies annuelles de l'ordre de 470 millions de francs. Après leur entrée en vigueur, les effets et la mise en œuvre de ces adaptations seront examinés à l'aide d'un monitoring.

Groupe 1 : adaptations menant à la majoration ou à la réduction d'une ou de plusieurs positions tarifaires

- Valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations

Initialement, la valeur intrinsèque comportait différents niveaux pour refléter la durée de formation post-grade, qui pouvait varier d'un spécialiste à l'autre. Chaque position tarifaire était assortie d'une valeur intrinsèque quantitative, elle-même associée à un facteur de la valeur intrinsèque. Désormais, la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales, LPMéd ; RS 811.11) prévoit une formation de 5 ou 6 ans pour tous les titres de spécialiste. Aussi n'est-il plus justifié d'opérer avec ces différents facteurs. Désormais, toutes les prestations sont associées à un facteur de la valeur intrinsèque unifié. Cette harmonisation mène à une évaluation uniforme des prestations médicales. Sur la base des réponses à la consultation, le facteur de la valeur intrinsèque uniforme a été recalculé et légèrement relevé.

- Augmentation de la productivité des unités fonctionnelles opératoires

La productivité des unités fonctionnelles opératoires se situe entre 45 et 55 %, taux particulièrement bas. Dans d'autres unités fonctionnelles, la productivité dépasse pratiquement partout les 70 %. Les présentes adaptations augmenteront la productivité des unités fonctionnelles opératoires pour les porter à un niveau plus économique, entre 55 et 65 %. Cette augmentation est légèrement plus faible que prévu, afin de tenir partiellement compte des objections soulevées dans le cadre de la consultation et

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

aussi de contrebalancer l'effet du cumul d'autres mesures, notamment touchant la valeur intrinsèque et les minutages.

- Abaissement du taux de coûts dans certaines unités fonctionnelles (meilleure économicité)

Les taux de coûts seront abaissés comme prévu de 10 % dans les unités fonctionnelles présentant des investissements de plus 750 000 francs pour installations, équipements et appareils. En effet, leur exploitation (temps brut d'exploitation) de 9 heures par jour ouvré, voire de 12 heures pour les IRM et les CT (tomodensitomètres), n'est pas considérée comme étant assez économique. De plus, les coûts de ces appareils ont en partie diminué depuis l'introduction du TARMED et leur amortissement sur six ans, notamment pour les IRM et les CT, est relativement bas. Outre ces raisons évidentes justifiant un abaissement du taux de coûts, les valeurs attribuées à d'autres paramètres dans le modèle tarifaire sont aussi sujettes à caution, d'autant que les bases de calcul n'ont jamais été intégralement exposées. La diminution prévue du taux de coûts se traduira par une réduction des prestations techniques dans certaines unités fonctionnelles. Au vu des réponses à la consultation, seuls les taux de coûts des locaux d'examen et de traitement (UBR) ne seront pas abaissés.

- Temps (minutage) pour les prestations au sens restreint d'examens par CT ou IRM

Au vu des réponses à la consultation, cette mesure est adaptée comme suit : plutôt que de supprimer totalement les minutages pour les prestations médicales au sens restreint, une position tarifaire distincte (prestation à l'acte) est introduite. Il arrive que la présence d'un médecin spécialiste en radiologie soit indispensable pendant un certain temps lors d'un examen par CT ou IRM. Outre le minutage pour la rédaction du rapport (CT = 20 minutes ; IRM = 25 minutes), le radiologue pourra ainsi facturer – pour autant que sa présence ait été indispensable – cette nouvelle position (5 minutes).

- Réduction du minutage pour certaines positions tarifaires

Le minutage de certaines prestations, au sens d'une valeur moyenne pour la fourniture de ces prestations, sera abaissé : opération de la cataracte, injection intravitréenne, ECG d'effort et Holter, coloscopie et radiothérapie stéréotaxique. Pour ces positions, le temps nécessaire au traitement s'est en effet nettement réduit depuis l'introduction du TARMED. En abaissant le minutage, la fourniture de la prestation est plus économique puisqu'il n'est pas possible de facturer d'autres prestations en même temps. Ces mesures sont maintenues quant au principe. En ce qui concerne l'abaissement des minutages pour l'opération de la cataracte, l'adaptation suivante a été apportée sur la base de la consultation : les minutages pour la préparation et le suivi sont fixés à 11 minutes au lieu de 3. Le minutage de la prestation au sens restreint, c.-à-d. la durée effective de l'opération de la cataracte, est maintenu à 22 minutes comme proposé. Le minutage de la prestation au sens restreint est aussi légèrement augmenté pour la coloscopie complète (passant de 20 à 25 minutes) et pour la coloscopie partielle (passant de 12 à 15 minutes).

- Transformation de la prestation à l'acte « examen par le spécialiste » en prestation en temps

Les prestations à l'acte intitulées « examen par le spécialiste... », soit 10 positions tarifaires, jusqu'ici assorties à un minutage prédéterminé, seront transformées en prestations en temps, facturables par périodes de 5 minutes. La raison en est, notamment, que l'examen n'est pas homogène et que la durée de traitement varie selon le patient et le fournisseur de prestations. Par conséquent, il est plus approprié de les transformer en prestations en temps, par périodes de 5 minutes. Pour les positions qui contenaient une énumération des parties de prestations au choix du fournisseur de prestations, ce dernier sera désormais tenu de mentionner les examens effectués dans le dossier du patient, à des fins de transparence. Cette mesure sera mise en œuvre comme proposé dans le cadre de la consultation.

Groupe 2 : modifications portant sur des règles de facturation pour une ou plusieurs positions tarifaires

- Application des restrictions également aux spécialistes facturant par voie électronique

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

La mention « Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique », qui apparaît actuellement pour 20 positions tarifaires, sera supprimée. La facturation des prestations sera ainsi plus économique. Les limitations temporelles qui aujourd'hui déjà sont prévues dans TARMED devraient en principe s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations. Cette mesure est maintenue quant au principe. Cependant, au vu des résultats de la consultation, les limitations sont assouplies pour certains groupes de patients, surtout les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chez qui l'expérience a montré que les besoins en soins sont plus importants. Pour d'autres patients – p. ex. les patients atteints de maladies cancéreuses complexes – la limitation peut être doublée d'entente avec l'assureur.

Par cette mesure, le décompte des positions pour la consultation de base est par exemple limité à 20 minutes pour tous les médecins. Cette limite est élevée à 30 minutes pour les enfants et les personnes âgées. Pour d'autres patients présentant des besoins en soins plus élevés, la limitation peut aussi être fixée à 30 minutes d'entente avec l'assureur. Outre cette position pour la consultation de base, les fournisseurs de prestations peuvent encore facturer d'autres positions, p. ex. pour l'examen, l'investigation et le conseil. On ne peut donc pas parler ici d'une limitation du décompte ou du traitement à 20 minutes.

- **Accroissement de la transparence pour les prestations « en l'absence du patient »**

Différentes adaptations limiteront la possibilité de porter en compte cette position tarifaire. En effet, toute prestation fournie en l'absence du patient (étude du dossier, obtention d'informations auprès de tiers) sera assortie d'une position tarifaire afin que chaque intervention du prestataire soit établie de manière claire et précise. L'extension de ces positions augmente la transparence ainsi que les possibilités de contrôle, en particulier pour les assurés. De plus, elle dissuade les prestataires de recourir inconsidérément à cette position tarifaire. Les limitations fixées à ce jour pour ces positions tarifaires seront réduites de moitié, de 60 à 30 minutes par trimestre, pour contrer la forte augmentation du nombre de prestations facturées sur cette position ces dernières années. Cette mesure est maintenue quant au principe.

Cependant, au vu des résultats de la consultation, les limitations sont assouplies pour certains groupes de patients, surtout les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chez qui l'expérience a montré que les besoins en soins sont plus importants. Pour ces patients, la limitation reste donc de 60 minutes par trimestre. Pour d'autres patients – p. ex. les patients atteints de maladies cancéreuses complexes – la limitation peut être doublée d'entente avec l'assureur.

Les limitations des prestations en l'absence du patient pour le traitement de personnes atteintes de troubles psychiques restent au niveau initial, à savoir 180 min. par 3 mois respectivement 240 min. par 6 mois.

- **Suppression de l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence pour les institutions visées à l'art. 36a LAMal**

Dans le projet mis en consultation, il était prévu que les positions concernant l'« indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » ne puissent plus être facturées par les établissements visés à l'art. 36a LAMal si leur offre est orientée explicitement sur les urgences et les consultations sans rendez-vous. Les réponses à la consultation ont montré qu'il est pratiquement impossible de faire la distinction entre les diverses offres. De plus, cette indemnité forfaitaire contribue dans certains cantons au financement des soins d'urgence ambulatoires. Cette mesure est adaptée comme suit : le nouveau critère applicable pour la facturation de cette indemnité forfaitaire en cas d'urgence durant la journée sera désormais la gravité du cas. L'indemnité forfaitaire ne pourra être facturée que si le patient présente ou qu'il n'est pas exclu qu'il présente un trouble des fonctions vitales ou une 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, ou de troubles de la conscience. Le complément apporté aux critères applicables à la notion d'urgence vise à garantir que l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence soit facturée de façon raisonnable.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.