



Fiche d'information

Date :

22 mars 2017

Adaptation du tarif médical TARMED

Contexte

La structure tarifaire TARMED repose principalement sur des données et des évaluations 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 parvenir à des accords sur les tarifs. C'est pourquoi certains d'entre eux (FMH, H+ Les Hôpitaux de Suisse et, ultérieurement, Curafutura) 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 d'un commun accord. 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 cette structure. Or, contrairement à ce qu'ils avaient annoncé au DFI et à l'OFSP, les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à soumettre une version 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. Entre-temps, l'office a soumis la proposition correspondante au Conseil fédéral.

La modification de l'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 harmoniser la structure tarifaire des prestations médicales ambulatoires dans toute la Suisse.

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 les partenaires tarifaires à plusieurs reprises à effectuer une révision fondamentale du TARMED. À ce jour, cette exigence n'a pas été remplie.

Depuis 2013, l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, confère au Conseil fédéral la compétence subsidiaire d'adapter les 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. Dans l'interprétation de cette

Informations complémentaires :

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

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

compétence subsidiaire, le Conseil fédéral se limite à réglementer ce qui est nécessaire pour assurer la pérennité d'une structure car, dans toute la mesure du possible, la priorité est 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 l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5) et adapté la structure tarifaire pour un 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. Elle s'est faite sans incidence 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 débloquent les négociations entre les partenaires tarifaires.

Mais, force est de constater que ces négociations sont toujours bloquées. De plus, l'intervention du Conseil fédéral à titre subsidiaire a entraîné une légère augmentation des coûts entre 2014 et 2015 : au total, 6,1 % de plus que l'évolution moyenne des coûts. Pour les hôpitaux, cette augmentation n'était pas aussi importante (3,8 %). Chez les spécialistes, l'augmentation était également plus faible (5,1 %) mais dans une tout autre mesure que pour les hôpitaux, ce qui laisse à penser qu'ils ont en partie compensé les réductions en augmentant le nombre de leurs prestations.

Les adaptations actuellement proposées consistent surtout à rectifier des tarifs surévalués dans certains domaines du TARMED et de créer une structure tarifaire plus appropriée (rapport entre le remboursement des différentes prestations doit être adéquat). De plus, il s'agit de contrecarrer les incitations créées par l'actuelle structure et qui consistent à facturer davantage de prestations ou de le faire de manière inappropriée pour certaines positions.

Proposition de modification de l'ordonnance TARMED en date du 1^{er} janvier 2018

Les propositions soumises se divisent en trois groupes. Le premier concerne les modifications qui mènent à la majoration ou à la réduction d'une ou de plusieurs positions tarifaires ; le deuxième traite des modifications portant sur des règles de facturation pour une ou plusieurs positions tarifaires ; et le troisième groupe est consacré aux autres modifications.

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, chaque prestation comporte un seul et unique facteur de la valeur intrinsèque. Cette harmonisation mène à une évaluation uniforme des prestations médicales.

- Augmentation de la productivité des unités fonctionnelles opératoires

La productivité des unités fonctionnelles opératoires se situe entre 45 et 55 %, un taux particulièrement bas. Dans d'autres unités fonctionnelles, la productivité dépasse pratiquement partout les 70 %. Les

Informations complémentaires :

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

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

présentes adaptations augmenteront la productivité des unités fonctionnelles opératoires pour les porter à un niveau plus économique, entre 65 et 72 %.

- Abaissement du taux de coûts dans certaines unités fonctionnelles (prise en compte d'une meilleure économicité)

Les taux de coûts seront abaissés de 10 % dans les unités fonctionnelles présentant des investissements de plus 750 000 francs pour instruments, 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 portent aussi à caussion et ce, d'autant plus que les bases des calculs n'ont jamais été intégralement exposées. Dans certaines unités fonctionnelles, la diminution prévue du taux de coûts provoque une réduction des prestations techniques.

- Suppression du temps (minutage) pour les prestations au sens restreint d'examens par CT (tomodensitométrie) ou IRM.

En règle générale, le radiologue n'assiste pas à la réalisation de ces examens, raison pour laquelle le minutage de ces prestations médicales proprement dites est supprimé. Le temps nécessaire au rapport sur ces examens fera l'objet d'un minutage uniforme. Cette mesure améliore l'économicité de cette prestation.

- 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, biopsie du corps vitré (et/ou 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.

- 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, facturable par périodes de 5 minutes. Cette démarche est due, entre autres, aux durées de traitement qui peuvent beaucoup varier. 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, celui-ci sera désormais tenu de mentionner les examens qui ont été effectués dans le dossier de patient, ceci dans le sens d'une plus grande transparence.

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
-

La mention « Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique » apparaît actuellement pour 20 positions tarifaires et sera supprimée. L'efficacité de la facturation s'en trouvera augmentée.

- 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)

Informations complémentaires :

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

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

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 décourage les prestataires à recourir inconsidérément à cette position tarifaire. Les limitations fixées à ce jour pour ces positions tarifaires seront réduites de moitié pour contrer la forte augmentation du nombre de prestations facturées sur cette position ces dernières années.

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

L'interprétation de la loi est précisée pour les positions concernant l'« indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » : les établissements visés à l'art. 36a LAMal (institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins) ne pourront plus facturer cette indemnité si leur offre est orientée sur les urgences et les consultations sans rendez-vous. En effet, pour ces établissements, une urgence ne constitue pas un dérangement (au sens d'un désagrément, d'une perturbation).

- Adapter l'interprétation des ponctions et des prises de sang effectuées par le personnel non médical
Pour les positions tarifaires 00.0715 (ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation, par du personnel non médical) et 00.0716 (prise de sang capillaire, toute localisation, par du personnel non médical), les limitations aux laboratoires de cabinet médical lors du diagnostic établi en présence du patient seront supprimées. Cette adaptation permet une facturation correcte de la prise de sang par le personnel non médical.
- Changement de tarif et précision de l'interprétation pour la position 00.0610 « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min »

Par le passé, cette position tarifaire servait à facturer des prestations qui ne correspondaient pas à sa finalité médicale prévue ici. La raison tient sans doute au recours à la tarification plus élevée de l'unité fonctionnelle Salle d'examen et de Traitement, Médecine de premier recours au lieu de « salle de consultation ». Il s'agit de neutraliser cette incitation en adaptant le tarif de l'unité fonctionnelle « salle de consultation ». S'il s'agit d'une instruction du patient pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, il n'apparaît pas pourquoi elle devrait avoir lieu ailleurs (salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours) que pour la consultation de base (salle de consultation). De plus, l'interprétation est précisée afin de limiter le recours à cette position et complétée par une limitation par consultation.

Groupe 3 : autres modifications

- Suppression de la majoration de 10 % appliquée au matériel à usage courant et aux implants
L'interprétation générale GI-20 est adaptée de sorte que la majoration de 10 % ne puisse plus être facturée sur le prix coûtant du matériel à usage courant et des implants. Pour différentes raisons, ce supplément n'est plus approprié aujourd'hui. Sa suppression améliore l'économicité de la prestation fournie.
- Suppression de positions tarifaires pour des prestations stationnaires et des prestations de l'assurance-accidents, invalidité ou militaire ainsi que des renvois à la loi (plus d'incitations inopportunes)

Les positions tarifaires dont le type de traitement est « stationnaire », celles concernant la prise en charge du patient hospitalisé ainsi que celles assorties de la mention « Loi : Uniquement prestation de l'assurance-accidents, invalidité ou militaire » ne sont pas adaptées ou fixées. En effet, la compétence subsidiaire du Conseil fédéral se limite à l'assurance-maladie et lui permet uniquement de fixer ou

Informations complémentaires :

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

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

d'adapter les structures tarifaires ambulatoires au niveau national, qui forment la base des tarifs à la prestation.

Tous les renvois dans la structure tarifaire sont supprimés, de sorte qu'ils ne devront pas être systématiquement adaptés lors de modifications dans une loi, une ordonnance ou la liste des analyses. La loi et ses ordonnances d'exécution doivent être respectées, indépendamment des renvois dans la structure tarifaire.

Informations complémentaires :

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

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.