

## Information

# TARMED: deuxième intervention tarifaire du Conseil fédéral

Olten, le 18 octobre 2017

## 1 En bref

Le Conseil fédéral intervient pour la deuxième fois dans la structure tarifaire TARMED. Les mesures suivantes reposent sur l'ordonnance définitive que le Conseil fédéral a adoptée le 18 octobre 2017.

## 2 Contexte

Début juillet 2016, après le rejet de la révision de la structure tarifaire lors de la votation générale de la FMH en juin 2016, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a fixé un délai jusqu'à fin octobre 2016 aux partenaires tarifaires pour déposer une structure tarifaire totalement révisée et susceptible d'être approuvée ou pour apporter des adaptations à la structure tarifaire TARMED existante. Comme nous l'avons déjà communiqué début juillet, la FMH n'a déposé ni de structure tarifaire révisée ni aucune adaptation du TARMED actuellement en vigueur.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a ensuite informé le 4 novembre 2016 par [communiqué de presse](#) qu'il préparait une adaptation de la version 01.08.00\_BR en vigueur du TARMED. Le 16, respectivement le 25 août 2017, après la consultation de l'ordonnance (terminée le 21 juin 2017), l'OFSP a présenté sous forme de deux [fiches d'information](#) les adaptations qui seront apportées à la structure tarifaire TARMED au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Finalement, l'OFSP a publié l'ordonnance définitive et les documents sur son site internet le 18 octobre 2017.

## 3 Ordonnance et documents

[Sur le site internet de la FMH](#), vous trouverez l'ordonnance et les autres documents publiés par l'OFSP sur son site internet.

## 4 Mesures

Nous vous présentons ci-dessous les principales répercussions de la deuxième intervention tarifaire du Conseil fédéral dans la structure tarifaire TARMED à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018:

### 1. Facteur de valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations

Les «valeurs intrinsèques quantitatives» sont uniformisées. Elles se voient toutes (FMH05 à FMH12) attribuer un **facteur de valeur intrinsèque uniforme de 0.985**. Si les points tarifaires de la prestation médicale (PM) des positions avec la valeur intrinsèque quantitative FMH5 augmentent (facteur initial = 0.905), ceux de toutes les positions tarifaires avec une «valeur intrinsèque quantitative» plus élevée (FMH06 à FMH12) diminuent au facteur 0.985. La prestation médicale (PM) du médecin praticien est abaissée au facteur 0.93. Les porteurs de deux titres ne sont pas touchés par ce dernier.

## 2. Augmentation de la productivité médicale pour les unités fonctionnelles des salles d'opération

La productivité des unités fonctionnelles des salles d'opération est augmentée réduisant dans le même temps les taux de coûts des prestations techniques (PT). La productivité des unités fonctionnelles OP I augmente de 45% à 55%. (OPII de 50% à 60% et OPIII de 55% à 65%).

## 3. Baisse des taux de coûts dans certaines unités fonctionnelles

Le taux de coûts de 25 unités fonctionnelles avec des coûts d'investissement pour installation, appareils et instruments supérieurs à CHF 750'000 baisse de 10%, et de ce fait la prestation technique (PT) diminue en conséquence. Les unités fonctionnelles UBR (salle de traitement et d'examen) ne sont pas concernées par cette mesure.

## 4. Adaptation du minutage pour les prestations au sens restreint lors d'examens CT et IRM

La prestation au sens restreint est supprimée sur les positions tarifaires pour les examens CT et IRM. Désormais, il existe une position tarifaire séparée pour les prestations au sens restreint au cas où le spécialiste en radiologie doit être présent pour un certain temps lors d'un examen CT ou IRM. Cette position tarifaire est tarifée en tant que prestation à l'acte avec une prestation au sens restreint de 5 min. De plus, le minutage pour l'établissement de rapports lors de CT ou d'IRM est tarifé de manière uniforme, respectivement à 20 et 25 minutes.

## 5. Diminution du minutage pour des positions tarifaires choisies

Le **minutage de la prestation au sens restreint** respectivement du temps d'occupation du local est **abaissé** pour les prestations suivantes: opération de la cataracte, biopsie du corps vitré (et/ou injection intravitréale), ECG d'effort et de Holter, coloscopie et radiothérapie stéréotaxique. Les détails sur l'adaptation des minutages peuvent être consultés dans la [fiche d'information](#).

## 6. Modification du type de prestation: l'«examen par le spécialiste» passe d'une prestation à l'acte à une prestation au temps

Les positions tarifaires «Examen par le spécialiste...» **sont converties de prestations à l'acte en prestations au temps**. Ces positions tarifaires seront facturées à l'avenir par période de 5 min. Cette mesure concerne 10 positions tarifaires comme 00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours et 00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours.

## 7. Application de la limitation de facturation aussi aux spécialistes qui facturent par voie électronique

La mention «Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique» est supprimée (sans aucun remplacement) sur 20 positions tarifaires. Cette mesure concerne par exemple 00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation), 00.0070 + Visite, par période de 5 min en plus (supplément de visite) ou 00.0120 + Consultation téléphonique par le spécialiste, par période de 5 min en plus. **Les limitations à 20 min sont doublées à 40 min pour les enfants < 6 ans et les adultes > 75 ans**. Pour les patients présentant des besoins en soins plus importants, les limitations peuvent également être doublées d'entente avec l'assureur. Pour les enfants < 6 ans et les adultes > 75 ans ainsi que les patients présentant des besoins en soins plus importants, des positions séparées sont désormais introduites. Les raisons justifiant les besoins plus importants en soins d'un patient doivent être inscrites dans le dossier du patient et dûment motivées auprès de l'assureur.

La position tarifaire «Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min» est également concernée par les limitations. Pour que les spécialistes en psychiatrie puissent, dans des situations de crise, disposer de suffisamment de temps pour la consultation téléphonique avec le patient, la position «Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min» est complétée de façon à pouvoir également être facturée lors de consultations téléphoniques.

## 8. Différenciation pour les «prestations en l'absence du patient»

La position tarifaire 00.0140 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min est précisée en fonction de la prestation fournie en l'absence du patient (étude de dossier, demande de renseignement à un tiers, etc.).

De plus, ces positions tarifaires sont limitées en fonction de l'âge du patient. La même différenciation est faite pour les positions tarifaires 02.0070 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris l'étude du dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min et 02.0160 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 5 min.

**La limitation actuelle de la position tarifaire est divisée par deux. Les limitations pour les enfants < 6 ans et les adultes > 75 ans ne sont pas divisées par deux.** Pour les patients présentant des besoins en soins plus importants, les limitations peuvent également être doublées d'entente avec l'assureur. Pour les enfants < 6 ans et les adultes > 75 ans ainsi que les patients présentant des besoins en soins plus importants, des positions séparées sont désormais introduites. Les raisons justifiant les besoins plus importants en soins d'un patient doivent être inscrites dans le dossier du patient et dûment motivées auprès de l'assureur.

En plus des prestations déjà inscrites dans l'interprétation de la position 00.0140, une nouvelle position «Tumor boards en l'absence du patient» est créée pour la participation aux tumor boards.

De plus, la limitation des positions tarifaires 02.0070 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris l'étude du dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min, 02.0160 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 5 min, 02.0260 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 5 min est divisée par deux.

## **9. Suppléments pour l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence**

L'interprétation des positions tarifaires comprenant la désignation «Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence» est précisée. Les critères d'urgence durant la journée sont mieux délimités de façon à clarifier les cas dans lesquels l'indemnité forfaitaire peut être facturée. Les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence peuvent être facturées aussi bien par les médecins que par les institutions de soins ambulatoires au sens de l'art. 36a LAMal.

Un point supplémentaire vient compléter les critères d'urgence utilisés jusqu'à présent pour l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence A, lu-ve 7-19, sa 7-12: si en cas de contact direct entre le patient et le médecin, un trouble des fonctions vitales est présent, à craindre ou ne peut pas être exclu, on se trouve désormais dans un cas d'urgence. Cette position peut aussi être facturée en cas de maladie aiguë, de traumatisme ou d'intoxication qui provoque ou qui peut provoquer la lésion d'un ou plusieurs organes. 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, de troubles de la conscience ou d'états stuporeux catatoniques. Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (p. ex. téléphone), les critères actuels restent applicables.

Pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence B et C (lu-di 19-22, sa 12-19, di 7-19 et lu-di 22-7), les critères d'urgence sont complétés de sorte que, lors d'un contact direct entre médecin et patient, le traitement immédiat est jugé médicalement nécessaire par le spécialiste. Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (ex. téléphone), les critères actuels restent applicables, c.à.d. que le traitement immédiat est médicalement nécessaire et/ou jugé manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers. Enfin, la fenêtre temporelle pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F/Visites en dehors des heures régulières de consultation (lu-ve 19-22, sa 12-19, et di 7-19) est étendue aussi à samedi matin (7-12).

## **10. Adaptations de l'interprétation en cas de ponction et prise de sang par du personnel non médical (00.0715 et 00.0716)**

Dans l'interprétation des 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, la limitation selon laquelle celles-ci ne peuvent être pratiquées que par le per-

sonnel du laboratoire de cabinet médical dans le cadre du diagnostic en présence du patient est supprimée. **La prise de sang par du personnel non médical peut aussi être facturée si l'analyse s'effectue dans un laboratoire extérieur et pas au cabinet médical.**

### **11. Instruction du patient par le spécialiste**

La position tarifaire 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 est désormais tarifé dans l'unité fonctionnelle salle de consultation et plus dans l'unité fonctionnelles UBR (salle d'examen et de traitement) médecin de premier recours.

### **12. Suppression du supplément de 10% sur le matériel à usage courant et sur les implants**

Le supplément de 10% sur le prix coûtant du matériel à usage courant et sur les implants est supprimé conformément à l'interprétation générale GI-20 Matériel à usage courant et implants.

### **13. Modifications supplémentaires**

La position tarifaire 00.2205 «Rapport médical sur formulaire», jusqu'ici facturée à l'acte, est désormais facturée au temps avec une limitation (max. 2 fois par séance) et sous un nouveau numéro (00.2206).

Une nouvelle position tarifaire 02.0015 «+ Indemnité de déplacement pour le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par période de 5 min» est introduite. La position est tarifée comme les diagnostic et thérapie psychiatriques.

Enfin, la tarification de la phytothérapie est identique à celle des autres formes de médecine complémentaire.