



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Fiche d'information et de recommandations de H+ relatives aux problèmes liés à l'application de TARMED 1.09

Version 1.2

Berne, le 18 janvier 2019

### Contexte

Le Secrétariat central de H+ a prié les membres de lui annoncer les problèmes récurrents qu'ils rencontrent dans la facturation et l'application de TARMED 1.09. Les réponses recueillies concernent avant tout l'interprétation de termes et de règles de la structure tarifaire.

Le Secrétariat central a élaboré cette fiche d'information, complétée par des recommandations, afin de répondre aux questions les plus fréquentes relatives à la facturation. Ce document divisé en quatre sections thématiques complète les [FAQ](#) déjà publiées par H+ sur TARMED 1.09 et a été transmis à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour information.

### Section thématique 1: Concept de fournisseur de prestations et interprétation du GI 9

Dans le cadre de l'application des nouvelles limitations de quantité introduites dans TARMED, la plupart des factures des hôpitaux sont refusées en raison des interprétations divergentes du concept de fournisseur de prestations. Le problème est accentué avec TARMED 1.09 car les fournisseurs de prestations qui facturent par voie électronique sont désormais confrontés à des limitations qui ne s'appliquaient jusqu'à présent qu'aux fournisseurs facturant par la voie traditionnelle.

Certains assureurs vérifient les limitations de quantité par fournisseur de prestations (au sens des art. 36, 36a ou 39 LAMal) et non par spécialité médicale. Certains assureurs étendent l'interprétation générale 9 (GI-9) et exercent leur devoir de vérification des factures à chaque assuré pour les limitations et les interdictions de cumul. Cela signifie que les limitations sont considérées pour chaque patient de manière à englober tous les fournisseurs. Afin de justifier cette pratique, les assureurs citent souvent l'interprétation générale 9 (GI-9) de TARMED:

GI-9 Cumul, restriction de cumul

TARMED 01.09, 1.1.2018

En principe, toutes les prestations principales peuvent être cumulées en tant que telles et entre elles, sauf indication d'une restriction.

Sauf autre indication, les règles de cumul valables pour une prestation principale s'appliquent

également aux prestations additionnelles s'y rapportant.

«Au max. 1 x par séance» signifie qu'une position tarifaire déterminée ne peut être facturée qu'une seule fois pour ce laps de temps.

D'autres formulations concernant les restrictions de cumul se rapportent, par exemple, à une période de temps plus étendue: facturable au max. 5 x tous les 3 mois; la période commence le jour où la prestation correspondante est fournie pour la première fois.

Lorsque les restrictions de cumul diffèrent selon l'âge, l'âge déterminant est celui de la date à laquelle la prestation a été fournie pour la première fois.

Ces limitations s'entendent pour chaque patient et valent pour le répondant des frais concerné.

Lorsqu'un assureur maladie applique la formule citée de la GI-9 «Ces limitations s'entendent pour chaque patient et valent pour le répondant des frais concerné», cela signifie que seul l'assureur peut juger à quel moment les limitations sont atteintes. Il est le seul organisme auquel parviennent les factures de divers fournisseurs de prestations. Chaque fournisseur n'a pas une vue globale sur l'ensemble des prestations saisies et facturées et n'est donc pas en mesure de procéder correctement à des vérifications concernant les limitations. Certes, les patients savent en théorie combien de fournisseurs ils ont consulté. En pratique, ils ne sont guère au courant des limitations imposées par le tarif.

Si le concept de fournisseur de prestations dans TARMED est défini de telle sorte qu'un hôpital représente un seul fournisseur, cela signifie que les hôpitaux sont contrôlés différemment des cabinets médicaux concernant les limitations de quantité. Dans le tarif TARMED, le concept de fournisseur de prestations se réfère en fait toujours à la personne qui prodigue la prestation. A ce sujet et sur le concept de séance, H+ défend donc depuis des années (et pas seulement depuis l'entrée en vigueur de TARMED 1.09), la position suivante qui est orientée sur le patient:

Lorsqu'un patient consulte plusieurs spécialistes en pratique privée pour des problèmes médicaux différents, on part du principe qu'une application séparée des limitations de quantité doit être effectuée.

Lorsqu'un patient est traité dans le service ambulatoire d'un hôpital pour des problèmes médicaux différents par des praticiens de plusieurs spécialités, la limitation de quantité ne peut pas être considérée/appliquée de manière cumulée sur l'ensemble de l'hôpital. Dans un tel cas, H+ recommande d'appliquer les limitations de quantité par domaine de spécialité. Le critère déterminant doit être le changement de spécialité/service. Le changement de spécialité/service peut être documenté sur la facture au moyen du GLN du médecin responsable. Pour les boards médicaux, qui sont représentés sous une position tarifaire unique, les différentes spécialités doivent être indiquées (séance propre ou différent GLN pour le médecin exécutant).

Indépendamment des constellations possibles propres à chaque cas, il n'en demeure pas moins que des prestations fournies de manière efficiente, adéquate et économique ne peuvent pas être facturées de manière techniquement correcte en raison des limitations introduites par TARMED 1.09. Il en résulte des pertes de revenu pour les hôpitaux.

Comme décrit plus haut, les hôpitaux et les assureurs donnent des interprétations très différentes des règles de facturation (limitations de quantité, cumuls). Afin que ses membres facturent de manière uniforme, H+ a déjà communiqué des recommandations concrètes:

- [FAQ TARMED 1.09](#)
- [Recommandation pour la facturation des colloques interdisciplinaires en ambulatoire, tels que les tumorboards, dès le 1er janvier 2018](#)

#### → **Recommandation concernant la section thématique 1**

Si un hôpital a facturé ses prestations conformément aux recommandations de H+ et voit sa facture refusée, on se trouve en présence d'un conflit d'interprétation.

Comme on ignore quand des interprétations tarifaires partenariales seront à nouveau possibles, H+ recommande à ses membres d'imposer le paiement des factures en agissant par la voie du rappel et des poursuites.

### **Section thématique 2: contrôle des limitations dans le temps, p. ex. 36 fois par 3 mois**

Quelques assureurs maladie interprètent les limitations par période prévue dans la GI-9 de manière flottante. Cela signifie qu'ils décalent en continu la période de trois mois dans le cadre du contrôle des quantités. Si la position tarifaire 00.1530 dépasse un jour ou l'autre la limite de 36 séances dans une période de 3 mois (90 jours), la facture est refusée automatiquement pour cause de dépassement de la quantité. Ce type de contrôle est automatisable et peut être implémenté dans les systèmes informatiques. Des membres de H+ ont également commencé à contrôler les limitations de cette façon.

Un bon nombre de membres de H+ et jusque-là le Secrétariat central de H+ aussi interprètent les périodes comme suit: 1ère période du 8 janvier au 7 avril 2018; 2e période du 8 avril au 6 juillet 2018, etc. Soit à chaque fois dès le premier jour de fourniture de la prestation. Selon la GI-13, chaque mois comprend 30 jours. Le nombre de prestations devrait donc être vérifié durant chaque période de trois mois. Cette manière de faire correspond à la teneur de la GI-9. Elle ne peut pas être effectuée électroniquement, même au prix d'un gros investissement. Et cela avant tout parce que la période d'une facture ne correspond pas à celle de la limitation.

#### → **Recommandation concernant la section thématique 2**

Cette recommandation est entièrement modifiée avec la version 1.2 du 17 janvier 2019:

Pour le contrôle des limitations dans le temps, les membres de H+ suivent des approches différentes, mais à chaque fois objectivement compréhensibles, et avec des arguments corrects suivant le but poursuivi. H+ laisse donc ses membres libres de décider quel type de contrôle ils veulent appliquer.

### **Section thématique 3: limite trop basse pour facturer correctement la prestation (patients multimorbides par ex. dans les boards, en psychiatrie, en pédiatrie)**

Face à des cas complexes, qui aboutissent souvent dans les services ambulatoires après être passés par des fournisseurs finaux (hôpitaux et cabinets spécialisés dans les maladies rares ou les cas complexes), les limitations fixées dans la structure tarifaire ne permettent parfois pas de représenter les prestations fournies de manière efficiente, adéquate et économique. La structure tarifaire empêche les soins intégrés et les concertations indispensables entre fournisseurs de prestations, resp. ne les représente pas correctement. Il en résulte que les fournisseurs ne sont pas rémunérés équitablement.

La recommandation formulée par l'OFSP sur ce point dans ses FAQ n'est pas pertinente. Elle prescrit que chaque cas doit être soumis au préalable – ou a posteriori en cas d'urgence – au

médecin-conseil, resp. au service médical de l'assureur. Ces tâches supplémentaires ne peuvent être imposées ni aux fournisseurs de prestations ni aux médecins-conseils.

### → **Recommandation concernant la section thématique 3**

Les limitations fixées par la structure tarifaire sont sans équivoque et l'interprétation ne pose pas de difficulté, hormis ce qui concerne la section thématique 1. Le problème réside plutôt dans les limites sans pertinence que H+ avait déjà critiquées lors de la consultation. Les craintes émises à l'époque se confirment aujourd'hui. Pour des motifs purement économiques, les groupes de patients concernés devraient être traités avec moins de prestations, ou avec des prestations réparties sur un plus grand nombre de consultations. Les hôpitaux et leur personnel médical ne sont pourtant pas prêts, dans l'intérêt des patients et pour des considérations éthiques et morales, à respecter les limites insensées de TARMED 1.09. Les prestations sont prodiguées dans les règles de l'art. Il en résulte des pertes de revenus pour les hôpitaux parce que la prestation complète n'est pas représentée correctement dans le tarif et ne peut pas être facturée.

Dans ce contexte, H+ n'est pratiquement pas en mesure de formuler une recommandation. Il conviendrait de fournir la prestation conformément à l'indication et au patient et de la saisir sans limitations. La facturation de toutes les prestations et ce sans tenir compte des limites relève à cet égard de la politique de l'institution. Après le refus des factures pour dépassement des limites, le paiement doit être imposé par voie de poursuite, le cas échéant jusque devant la justice, ou il convient de renoncer à la facturation des prestations dépassant les limites (facturation conforme au tarif mais sans procédure judiciaire).

## **Section thématique 4: interprétation des limitations par cas**

Les prestations d'«entretiens d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique» (positions tarifaires 00.0050, 00.0055 et 00.0056) prévoient des limitations de quantité par cas, sans que le cas ne soit défini plus précisément dans la structure tarifaire. Certains assureurs maladie considèrent le patient en soi comme un cas. L'information du patient sur chaque intervention diagnostique ou thérapeutique à venir est cependant nécessaire afin d'obtenir son consentement éclairé. Un décompte des entretiens d'information par patient n'est donc pas défendable. Sur ce point, H+ soutient la position de ses membres qui considèrent que chaque événement médical est un cas pouvant nécessiter une information du patient.

### → **Recommandation concernant la section thématique 4**

A l'évidence, le cas est compris de manière différente entre les hôpitaux et les assureurs maladie. Il en résulte un conflit d'interprétation entre les assureurs maladie et H+.

Comme on ignore quand des interprétations tarifaires partenariales seront à nouveau possibles, H+ recommande à ses membres d'imposer le paiement des factures en agissant par la voie du rappel et des poursuites.