



Berne, 16 août 2023

Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

(Annexe 3 : Structure tarifaire pour les
prestations de physiothérapie)

Rapport explicatif
relatif à l'ouverture de la procédure de
consultation



Table des matières

1	Contexte	3
1.1	Fixation et adaptation des structures tarifaires selon la LAMal.....	3
1.2	Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie	3
2	Présentation de la modification d'ordonnance	5
2.1	Remarques générales	5
2.2	Buts, étendue et teneur des adaptations.....	6
3	Commentaire des dispositions	7
4	Modifications de l'annexe 3 de l'ordonnance	8
4.1	Introduction d'une indication temporelle	8
a)	Variante 1 : compléter les forfaits par séance existants par une indication temporelle	8
b)	Variante 2 : forfait de base et facturation du temps de séance par période de 5 minutes supplémentaires.....	9
c)	Comparaison des variantes.....	9
4.2	Précision sur la position tarifaire 7311.....	10
4.3	Précision sur la position tarifaire 7340.....	11
5	Parties inchangées de l'annexe 3 de l'ordonnance	12
6	Conséquences	12
6.1	Conséquences sur la Confédération	12
6.2	Conséquences sur les cantons et les communes ainsi que sur les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.....	12
6.3	Conséquences sur l'AOS	12
7	Entrée en vigueur	12

Rapport explicatif

1 Contexte

1.1 Fixation et adaptation des structures tarifaires selon la LAMal

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) repose sur le principe de l'autonomie tarifaire. Ainsi, les tarifs et les prix selon la LAMal sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire, art. 43, al. 4, LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Outre des tarifs au temps consacré et des tarifs forfaitaires, la LAMal prévoit également des tarifs à la prestation ; des points sont attribués à chacune des prestations et la valeur du point est fixée (art. 43, al. 2, let. a à c, LAMal). En vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal, les tarifs à la prestation et les tarifs forfaitaires par patient liés aux traitements ambulatoires¹ doivent tous deux se fonder sur une seule structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe. Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal). Avec l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, le législateur octroie au Conseil fédéral la compétence nécessaire pour adapter une structure tarifaire déjà approuvée, dans le respect des conditions mentionnées.

Par conséquent, le Conseil fédéral dispose d'une compétence subsidiaire dans le domaine des tarifs à la prestation et, depuis le 1^{er} janvier 2023, dans le domaine des tarifs des forfaits par patient pour fixer (art. 43, al. 5, LAMal) et adapter (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal) des structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Cette compétence subsidiaire est conçue de manière à ce que le Conseil fédéral ne réglemente que ce qui est nécessaire pour qu'une structure puisse exister afin de respecter au mieux le principe de l'autonomie tarifaire. En revanche, le Conseil fédéral ne peut pas fixer la valeur des points. Ces derniers ne peuvent être fixés que par les partenaires tarifaires, en tant que valeur nationale ou cantonale, ou, en cas de désaccord, par les gouvernements cantonaux en vertu de l'art. 47 LAMal. La fixation d'autorité par le Conseil fédéral d'une structure tarifaire est de nature générale et abstraite et doit donc prendre la forme d'une ordonnance (C-2461/2013 Décision du Tribunal administratif fédéral du 28 août 2014, consid. 5.5.3).

L'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5, ci-après OAST) comprend, dans sa version actuelle, d'une part, l'adaptation de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires (TARMED) et la fixation de cette structure tarifaire adaptée en tant que structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations médicales ambulatoires et, d'autre part, la fixation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie ambulatoire. Cette version est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

1.2 Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

Initialement, la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie avait été fixée dans une convention tarifaire entre l'Association suisse de physiothérapie

¹ La disposition relative aux tarifs des forfaits par patient est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023.

(maintenant physioswiss) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (maintenant santésuisse) le 1^{er} septembre 1997 et approuvée par le Conseil fédéral le 1^{er} juillet 1998. En outre, elle a été reprise dans la convention tarifaire du 15 décembre 2001 entre H+ et santésuisse. Le Conseil fédéral a approuvé cette convention le 13 décembre 2004. La structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie consiste en une structure uniforme sur le plan suisse concernant un tarif à la prestation.

Le Conseil fédéral a dû, pour la première fois, faire usage de sa compétence subsidiaire dans le domaine de la physiothérapie le 1^{er} octobre 2016. Les partenaires tarifaires ne parvenant pas à s'accorder sur une structure tarifaire valable dès le 1^{er} octobre 2016, le Conseil fédéral a décidé le 23 novembre 2016, en vertu de l'art. 43, al. 5, LAMal, de fixer les positions tarifaires en reprenant la structure tarifaire en vigueur jusqu'au 30 septembre 2016 et acceptée par convention jusqu'à ce moment-là comme structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie uniforme sur le plan suisse avec une limite au 31 décembre 2017. Cette solution devait non seulement permettre d'éviter un vide tarifaire et garantir la sécurité du droit pour les partenaires tarifaires et la stabilité des tarifs pour les assurés, mais aussi donner la possibilité aux partenaires tarifaires de parvenir à un accord. Le Conseil fédéral a annoncé procéder lui-même à un examen de la structure tarifaire fixée afin de vérifier sa conformité avec les dispositions légales et, le cas échéant, apporter les corrections nécessaires en tenant compte, comme il se doit, des propositions des partenaires tarifaires, si ceux-ci ne parviennent pas à s'entendre dans le délai imparti.

Dans sa décision du 18 octobre 2017, le Conseil fédéral a dû exercer pour la deuxième fois sa compétence subsidiaire dans le domaine de la physiothérapie, en s'appuyant sur l'art. 43, al. 5, LAMal, d'autant que les partenaires tarifaires n'étaient pas parvenus à un accord commun. Le Conseil fédéral a entrepris de vérifier la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 et a fixé au 1^{er} janvier 2018 une structure tarifaire minimale adaptée, uniforme sur le plan suisse. Ainsi, il a encore une fois évité un vide tarifaire et garanti la sécurité du droit pour les partenaires tarifaires et les assurés. Les adaptations devaient améliorer la compatibilité de la structure tarifaire avec les dispositions légales dans le domaine tarifaire et, si possible, prendre également en compte les propositions des partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral n'a pas fixé de limite dans le temps pour cette structure tarifaire. Par conséquent, la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie actuellement fixée ne constitue pas une solution à long terme au sens d'une révision complète du tarif. Le Conseil fédéral avait plutôt l'intention de créer une solution transitoire stable en attendant que les partenaires tarifaires lui soumettent une nouvelle structure tarifaire uniforme sur le plan suisse et conforme aux dispositions de la LAMal qu'il puisse approuver.

Le principe de l'autonomie tarifaire sous-tend qu'il est tout d'abord du ressort des partenaires tarifaires de s'accorder sur les tarifs dans les conventions. Dans son courrier du 18 octobre 2017, le Conseil fédéral a invité les partenaires tarifaires à réviser, conformément aux dispositions légales et aux conditions-cadres fédérales, la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie ambulatoire et à trouver un accord. Il a également annoncé qu'il adapterait la structure tarifaire en l'absence d'un accord et qu'il y introduirait une indication temporelle concernant les forfaits par séance. En outre, dans le cadre des nombreuses séances tenues en 2018 et 2019, l'OFSP a encouragé les partenaires tarifaires à s'entendre sur une structure tarifaire conforme à la loi. Malgré les efforts du Conseil fédéral et de l'OFSP et les discussions entre les partenaires tarifaires de ces dernières années, aucune entente n'a été trouvée. Par ailleurs, la structure tarifaire conclue dans la convention de structure tarifaire

nationale entre curafutura et H+ concernant les prestations de physiothérapie ambulatoire approuvée le 15 août 2016 et soumise à approbation ne peut pas être fixée comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse par voie d'ordonnance, comme indiqué dans le rapport du Conseil fédéral du 14 septembre 2018 en réponse au postulat 11.4018, car elle ne répond pas aux dispositions légales. La demande d'approbation a été classée en août 2019. En décembre 2022, l'OFSP a contacté par écrit tous les partenaires tarifaires pour savoir s'ils avaient repris les débats sur la révision de la structure tarifaire dans l'intervalle. Toutes les réponses des partenaires tarifaires ont indiqué (explicitement ou non) que si des discussions avaient eu lieu entre les différents partenaires, les échanges sur les tarifs n'avaient pas repris ou n'étaient pas prévus dans un délai raisonnable. En mars 2023, les partenaires tarifaires ont reçu la possibilité d'adresser une lettre d'intention (*letter of intent*) signée par tous les partenaires tarifaires et comprenant une procédure et un calendrier concrets concernant les débats sur les tarifs. Les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à satisfaire à cet engagement dans le délai imparti. Ils ne sont parvenus à se mettre d'accord ni sur une révision ou une refonte de la structure tarifaire ni sur une lettre d'intention commune. Les conditions visées à l'art. 43, al. 5, LAMal concernant la fixation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral sont donc à nouveau remplies.

À l'exception de la première année de la pandémie de COVID-19, en 2020, les coûts facturés à la charge de l'AOS pour les prestations de physiothérapie sont toujours très élevés et augmentent plus que la moyenne (en moyenne 7,6 % par année entre 2011 et 2021 contre 4,0 % par année pour l'AOS au total)^{2,3}. Même si la structure tarifaire n'est pas la cause principale de la hausse constante des coûts des prestations de physiothérapie ambulatoire, sa révision est toujours nécessaire et incontestable. C'est pourquoi le Conseil fédéral prévoit d'adapter la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie existante au minimum. Les partenaires tarifaires s'accordent sur la nécessité d'introduire une indication temporelle et sur l'urgence de cette adaptation. Il faut en tenir compte. Cette adaptation vise principalement à affiner la structure et à améliorer la transparence vis-à-vis des patients concernant la durée des séances. La fixation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie ne sera pas limitée dans le temps. Ainsi, une solution transitoire stable sera maintenue, dans l'attente d'un accord entre les partenaires tarifaires sur une nouvelle structure tarifaire conforme aux dispositions de la LAMal qui puisse être soumise et approuvée par le Conseil fédéral.

La présente modification d'ordonnance se limite au domaine de la physiothérapie ambulatoire.

2 Présentation de la modification d'ordonnance

2.1 Remarques générales

Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal valent pour toutes les structures uniformes sur le plan suisse pour les tarifs à la prestation. En raison de l'uniformité exigée par l'art. 43, al. 5, LAMal, la structure tarifaire s'applique à tous les fournisseurs de prestations concernés, qu'ils aient ou

² SASIS AG, Datenpool.

³ Il s'agit du taux de croissance annuel composé tel que $t_m = [(1 + t_1) * (1 + t_2) * \dots * (1 + t_n)]^{\frac{1}{n}} - 1$. Un taux de 7,6% correspond au doublement du volume en moins de 10 ans.

non conclu un contrat en ce sens ou qu'ils y aient adhéré, dès qu'ils facturent leurs prestations selon un tarif à la prestation.

Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral lui permettent d'intervenir dans toutes les structures pour les tarifs à la prestation dans le champ d'application de l'assurance-maladie sociale. L'entretien de chaque structure tarifaire reste du ressort des partenaires tarifaires. Les assureurs sont tenus en particulier, en vertu de l'art. 42, al. 3, LAMal, de contrôler les décomptes des fournisseurs de prestations et donc aussi les prestations facturées sur la base des structures tarifaires fixées ou adaptées dans la présente ordonnance. L'ordonnance établit par conséquent des dispositions générales et des dispositions particulières concernant chacune des structures tarifaires concernées. La structure tarifaire fixée ou adaptée par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal est chaque fois spécifiée dans l'ordonnance. Selon le cas, la structure tarifaire ou les adaptations apportées à la structure tarifaire en question sont jointes à l'ordonnance sous forme d'annexe. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF), les principes de conception des tarifs s'appliquent, lorsque ceux-ci sont fixés par le Conseil fédéral, exactement de la même manière que pour les conventions tarifaires (arrêt du TAF, C-4308/2007, consid. 3.1, en référence aux tarifs supplétifs cantonaux).

La fixation des tarifs est cependant aussi, à la différence de l'approbation des tarifs, une tâche de conception dans l'exercice de laquelle l'autorité compétente doit pouvoir disposer d'une marge d'appréciation. À propos de la pratique cantonale, le TAF souligne que « l'autorité, lors de la fixation du tarif supplétif, peut et doit appliquer des critères rigoureux, puisqu'il s'agit de se conformer aux buts cités à l'art. 43, al. 6, LAMal [...] mais aussi de créer une incitation pour que les partenaires tarifaires optent plutôt pour une résolution autonome du conflit » (arrêt du TAF, C-4308/2007, consid. 3.2.).

Dans le cas présent, le Conseil fédéral a choisi de procéder à une adaptation minimale de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie, souhaitant agir de manière aussi subsidiaire que possible, étant entendu qu'en raison de l'autonomie tarifaire, il appartient aux partenaires tarifaires de procéder à une révision complète de la structure et de la soumettre au Conseil fédéral pour approbation. En outre, l'absence de données suffisantes ne permettrait pas au Conseil fédéral de procéder à une importante révision de la structure et à une refonte du modèle de coûts sous-jacent.

2.2 Buts, étendue et teneur des adaptations

La modification de l'OAST vise à adapter la structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les prestations de physiothérapie fournies dans le domaine ambulatoire et à la fixer selon l'art. 43, al. 5, LAMal. La structure tarifaire dans son intégralité (y compris l'ensemble des positions tarifaires et leur description ainsi que les règles de facturation et les interprétations générales de la structure) se trouve à l'annexe 3 OAST. Elle entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Le principe d'autonomie tarifaire prévue par la loi fait que le Conseil fédéral ne devrait en principe pas avoir à fixer une structure tarifaire totalement nouvelle et jamais utilisée. La structure tarifaire faisant l'objet du présent commentaire se fonde sur la structure tarifaire uniforme fixée par le Conseil fédéral et valable dès le 1^{er} janvier 2018. Cette dernière était déjà fondée sur la structure tarifaire uniforme autrefois convenue entre les partenaires tarifaires.

La structure tarifaire actuelle est construite autour de forfaits de séance ne comprenant pas d'indication quant à la durée de la séance. Il est ainsi possible que certaines séances soient volontairement raccourcies, notamment dans le but de répondre à une demande croissante de prestations. La structure est fortement concentrée sur les deux forfaits de séance individuelle pour la physiothérapie générale (7301) et complexe (7311). En 2021, ces deux forfaits représentaient plus de 90 % du volume total des prestations facturées dans le domaine de la physiothérapie ambulatoire, dont 61 % pour la physiothérapie générale. Depuis quelques années, l'on assiste toutefois à une nette progression de la facturation de forfaits pour la physiothérapie complexe : volume en hausse de 20,8 % par an entre 2018 et 2021⁴, contre +6,4 % pour la physiothérapie générale sur la même période.⁵ Le volume total des prestations de physiothérapie LAMal est lui en hausse de 7,4 % par an entre 2018 et 2021, soit une progression très légèrement inférieure à la tendance 2011 – 2021, bien que toujours à un niveau élevé, pour s'établir à plus de 1,3 milliard de francs en 2021.⁶ Cette situation résulte principalement d'une hausse du nombre de consultations pouvant également être induite par la réduction de la durée des séances.

La présente adaptation de la structure comporte deux niveaux. D'une part, une composante de temps est introduite au sein des forfaits de séance individuelle, afin notamment d'améliorer la transparence vis-à-vis des assurés et de l'ensemble des acteurs. En fixant clairement pour le physiothérapeute une durée minimale de séance à respecter, la structure adaptée contribuera à garantir la qualité des traitements tout en réduisant (variante 1) ou en éliminant (variante 2) l'incitation de raccourcir les séances et d'accroître le nombre de consultations et le volume de coûts. Cela pourrait permettre de mieux maîtriser les coûts. Pour ce faire, deux variantes sont proposées et soumises conjointement en consultation. Le potentiel d'économies réalisées suite à l'introduction de la présente adaptation est toutefois difficile à chiffrer.

D'autre part, la formulation actuelle des dispositions relatives à la facturation de la position tarifaire pour la physiothérapie complexe doit être précisée, car elle entraîne toujours des confusions.

Les effets des adaptations pourront être évalués dans le cadre d'un monitoring ; notamment, les effets de l'adaptation des deux principales positions 7301 et 7311 pourront être particulièrement analysés. Conformément à l'art. 3 OAST, les partenaires tarifaires sont appelés à se conformer à leur obligation de coopérer et à fournir au DFI gratuitement les informations et les données nécessaires à cette évaluation. Si les effets attendus ne s'en ressentent pas, des propositions de correction pourront être à nouveau soumises au Conseil fédéral.

3 Commentaire des dispositions

La présente modification de l'OAST ne prévoit pas la modification, l'abrogation ou la suppression d'articles de l'ordonnance, uniquement la modification de son annexe 3

⁴ L'horizon de temps sélectionné diffère de celui employé pour l'évolution des coûts AOS au chap. 1.2 (2011-2021), en raison notamment de la moindre précision des données du pool tarifaire SASIS pour les années antérieures à 2018 (par ex. : taux de couverture du pool tarifaire en 2015 : 72.6%, contre 94.1% en 2018). En outre, l'intégration dès 2018 de l'ancien forfait par séance pour drainage lymphatique manuel (7312) dans celui pour la physiothérapie complexe (7311) contribuerait à fausser le résultat de la présente évaluation. A titre d'information, sur la période 2015-2021, le volume facturé pour la physiothérapie complexe (7311) a progressé de 16.3%, contre 3.9% pour la physiothérapie générale (7301).

⁵ SASIS SA, pool tarifaire extrapolé.

⁶ SASIS SA, pool de données.

contenant la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie valable dès le 1^{er} janvier 2018 est remplacée par une nouvelle version, dont les détails sont présentés ci-dessous.

4 Modifications de l'annexe 3 de l'ordonnance

En raison des diverses propositions et suggestions des partenaires tarifaires au cours des dernières années, deux variantes sont soumises à consultation quant à l'introduction d'une indication temporelle dans la structure tarifaire. Les partenaires tarifaires et tous les acteurs concernés ont donc la possibilité de s'exprimer sur plusieurs variantes.

4.1 Introduction d'une indication temporelle

a) Variante 1 : compléter les forfaits par séance existants par une indication temporelle

La première variante consiste à compléter les forfaits par séance existants pour la physiothérapie générale (position tarifaire 7301) et complexe (position tarifaire 7311) par les indications temporelles suivantes :

- 7301 : durée de séance minimale de 30 minutes pour une séance de physiothérapie générale, 48 points tarifaires
- 7311 : durée de séance minimale de 45 minutes pour une séance de physiothérapie complexe, 77 points tarifaires

Comme cette proposition ne permet plus de facturer des séances de physiothérapie de moins de 30 minutes, un forfait pour séance courte, la nouvelle position tarifaire 7300, doit également être introduite :

- 7300 : durée de séance minimale de 20 minutes pour une séance de physiothérapie courte, 32 points tarifaires

Chacun des trois forfaits par séance comprend 5 minutes au maximum pour le temps de préparation, de consultation et de gestion du dossier. Ainsi, la durée de séance minimale indiquée dans le forfait comprend le temps de traitement (directement sur le patient, p. ex. min. 25 minutes pour la position 7301), le temps de préparation, de consultation et de gestion du dossier (max. 5 minutes).

Dans le modèle de coûts de la structure tarifaire actuellement en vigueur, les points tarifaires pour la physiothérapie générale (7301) sont facturés en fonction d'une durée de séance moyenne de 32,6 minutes. Les durées de séance minimales proposées s'alignent sur ce chiffre. La durée minimale de la séance de physiothérapie courte (7300) se base sur les déclarations et les propositions des partenaires tarifaires. Les points tarifaires de la nouvelle position pour une séance de physiothérapie courte (7300) sont alignés sur les points tarifaires d'une séance de physiothérapie générale (position existante). Dans le modèle de coûts actuellement en vigueur, une séance de 32,6 minutes (environ) correspond à 48 points tarifaires (positions 7311). Pour simplifier, on estime à 30 minutes la durée moyenne et on obtient un taux de coûts par minute de 1,6 point tarifaire. Par conséquent, une séance de physiothérapie de 30 minutes (minimum) correspond à 48 points tarifaires, ou à un taux de coûts par minute de 1,6 point tarifaire pour 30 minutes. Une séance de 20 minutes (minimum) correspond à 32 points tarifaires (taux de coûts par minute de 1,6 point tarifaire pour

20 minutes). Les séances de moins de 20 minutes ne peuvent pas être facturées à la charge de l'AOS.

b) Variante 2 : forfait de base et facturation du temps de séance par période de 5 minutes supplémentaires

La deuxième variante consiste en un nouveau forfait de base avec une durée de séance de 20 minutes au minimum (min. 15 minutes de traitement, max. 5 minutes pour la préparation, la consultation et la gestion du dossier) et correspond ainsi au nouveau forfait pour séance courte de la variante 1. Le temps de séance supplémentaire est facturé dans une nouvelle position tarifaire par période de 5 minutes. Le temps de séance supplémentaire facturable est limité à 45 minutes pour la physiothérapie générale et à 75 minutes pour la physiothérapie complexe. À des fins statistiques (p. ex. pour calculer la durée [moyenne] d'une séance de physiothérapie générale ou complexe), deux positions tarifaires distinctes sont introduites pour chaque type de séance, générale et complexe. Actuellement, cette distinction est déjà possible, qui a notamment permis de constater une nette différence dans la facturation de la séance pour la physiothérapie complexe (7311) par rapport à la celle pour la physiothérapie générale (7301). Par ailleurs, la première variante du projet propose également le maintien d'une telle distinction. La variante 2 comprend donc quatre nouvelles positions tarifaires qui remplacent les positions existantes pour la physiothérapie générale (7301) et complexe (7311) :

- 7300 : durée de séance minimale de 20 minutes pour une séance de physiothérapie générale, 32 points tarifaires (forfait de base)
- 7305 : position pour chaque période de 5 minutes complètes supplémentaires, 8 points tarifaires ; limitation à 5 fois par séance pour la physiothérapie générale
- 7310 : durée de séance minimale de 20 minutes pour une séance de physiothérapie complexe, 32 points tarifaires (forfait de base)
- 7315 : position pour chaque période de 5 minutes complètes supplémentaires, 8 points tarifaires ; limitation à 11 fois par séance pour la physiothérapie complexe

La variante 2 comprend également dans la durée de la séance 5 minutes au maximum pour le temps de préparation, de consultation et de gestion du dossier.

Le calcul (8 points tarifaires) des positions pour les périodes de 5 minutes complètes supplémentaires se base sur l'évaluation de la position actuelle pour la physiothérapie générale (7301), c'est-à-dire sur le modèle de coûts valable actuellement. Comme dans la variante 1, le taux de coûts par minute dans la variante 2 est de 1,6 point tarifaire. La limitation pour la physiothérapie générale s'appuie sur la variante 1. Si cette variante était acceptée, on pourrait également renoncer à une limitation pour la physiothérapie complexe. Ainsi, la responsabilité des assureurs vis-à-vis des contrôles ou de la plausibilité des durées de séances facturées serait augmentée.

c) Comparaison des variantes

La variante 1 conserve le système actuel des forfaits par séance et utilise les positions existantes. Les durées de séance minimales proposées pour la physiothérapie générale et complexe correspondent au projet soumis à consultation en mars 2017. Ce projet avait été vivement critiqué, notamment parce qu'il était impossible de facturer une séance de moins de 30 minutes. La position supplémentaire pour la séance de physiothérapie courte prend en compte cette critique.

La variante 2 entraînerait un plus grand changement dans la facturation des prestations de physiothérapie. Les physiothérapeutes bénéficieraient cependant d'une plus grande flexibilité pour organiser la durée des séances. Une seule exigence subsisterait (pour les forfaits de base) concernant la durée minimale des séances. En dehors de cela, les physiothérapeutes auraient la responsabilité de définir une durée de traitement qui soit adéquate, efficace et économique pour chaque personne assurée, dans le respect des dispositions légales. En outre, les données relatives à la durée moyenne des séances et à leur répartition pourraient être recueillies et les assureurs pourraient exercer un meilleur contrôle de l'économicité. Cependant, la planification des séances devrait être adaptée et les physiothérapeutes devraient s'habituer au nouveau système de positions basées sur le temps.

Les adaptations proposées permettent de réduire l'incitation à raccourcir les séances (variante 1), voire de la supprimer (variante 2). En outre, les indications exactes sur la durée minimale d'une séance permettent aux assurés d'avoir un meilleur contrôle sur les prestations facturées. Les assureurs reçoivent également des informations sur le temps de travail facturé réellement par les physiothérapeutes, ce qui servira aux futures modifications ou à la révision totale de la structure tarifaire par les partenaires tarifaires.

En facturant les points tarifaires des nouvelles positions à introduire dans les deux variantes par rapport à la durée de séance minimale, le taux de coûts par minute diminue légèrement avec l'augmentation de la durée des séances, jusqu'à la position tarifaire facturable suivante. C'est déjà le cas maintenant lorsqu'une séance de physiothérapie dure plus que la durée moyenne de 32,6 minutes et c'est systématiquement le cas dans les forfaits.

4.2 Précision sur la position tarifaire 7311

La position actuelle pour la physiothérapie complexe (position tarifaire 7311) mentionne dix tableaux cliniques ou situations dans lesquels cette position peut être facturée. La suite de la phrase précise : « qui compliquent le traitement ». Selon certains assureurs, la notion de « complexe » (dans le nom de la position) est problématique, car elle n'est pas définie. La formulation actuelle peut entraîner des confusions. On ne sait pas s'il suffit qu'un des tableaux cliniques ou une des situations existe (et complique le traitement dans tous les cas) ou si le traitement doit être plus compliqué lorsqu'un des tableaux cliniques ou une des situations existe. Il est donc proposé d'adapter la formulation pour clarifier que le traitement doit être **plus** compliqué lorsqu'un des tableaux cliniques ou une des situations existe.

Formulation actuelle :	Nouvelle formulation :
¹ Cette position peut être facturée en présence de tableaux cliniques ou de situations suivantes qui compliquent le traitement :	¹ [...]. Cette position peut être facturée en présence d'un des tableaux cliniques ou d'une des situations suivants et si le traitement s'en trouve compliqué :

L'une des pathologies mentionnées dans la position tarifaire pour la physiothérapie complexe concerne les troubles du système lymphatique. Dans la structure tarifaire actuellement en vigueur, il est indiqué que le traitement de ces troubles est effectué par des physiothérapeutes formés spécialement dans cette thérapie. Cependant, la structure tarifaire ne mentionne qu'une qualification générale et ne fait pas référence à une formation spécifique qui pourrait être contrôlée de manière uniforme. L'existence de cette qualification spécifique pour le traitement des troubles du système

lymphatique n'est inscrite dans aucun registre, resp. il n'existe aucune liste de physiothérapeutes spécialement formés pour le drainage lymphatique. Pour ces raisons, le complément mentionné dans la position tarifaire 7311 doit être supprimé.

4.3 Précision sur la position tarifaire 7340

Actuellement, le physiothérapeute peut facturer, pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT et dans le cadre de ce programme, deux séances par patient selon la position 7301 au lieu de la position 7340, indépendamment du nombre de séances. Les présentes modifications entraînent dès lors une adaptation de la description de la position 7340. Dans le cas de la variante 1, qui définit une durée minimale de séance et introduit un forfait par séance de physiothérapie courte, la possibilité est donnée de facturer au maximum deux séances dans le cadre du programme MTT non seulement sur la base de la position 7301, mais aussi de la position 7300. Les durées minimales respectives doivent être observées. Ceci vise à permettre au physiothérapeute de facturer une plus courte durée d'instruction du patient au programme MTT si tel est le cas. En outre, il sera possible de facturer à chaque fois une séance pour l'instruction sur la base des positions 7300 ou 7301. Ainsi, le deuxième alinéa de la description de la position 7340 est modifié comme suit :

Formulation actuelle :	Nouvelle formulation :
² Pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT, le physiothérapeute peut facturer, dans le cadre du programme, deux séances par patient selon la position 7301 au lieu de la position 7340, indépendamment du nombre de séances.	² Pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT, le physiothérapeute peut facturer, dans le cadre du programme, deux séances par patient selon la position 7300 ou 7301 au lieu de la position 7340, indépendamment du nombre de séances.

Dans le cas de la variante 2, qui prévoit l'introduction d'un forfait de base et de suppléments en remplacement des deux principales positions de forfait par séance, la possibilité de facturer deux séances selon la position 7301 en remplacement de la position 7340 est octroyée au moyen de maximum deux séances de base (7300), accompagnées chacune d'au maximum deux suppléments de cinq minutes (7305). Le deuxième alinéa de la description de la position 7340 est ainsi modifié comme suit :

Formulation actuelle :	Nouvelle formulation :
² Pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT, le physiothérapeute peut facturer, dans le cadre du programme, deux séances par patient selon la position 7301 au lieu de la position 7340, indépendamment du nombre de séances.	² Pour l'instruction du patient concernant le programme d'entraînement MTT, le physiothérapeute peut facturer, dans le cadre du programme, deux séances par patient selon la position 7300 et au maximum deux fois la position 7305 par séance au lieu de la position 7340, indépendamment du nombre de séances.

5 Parties inchangées de l'annexe 3 de l'ordonnance

Les remarques liminaires et les positions tarifaires 7313 à 7363 restent les mêmes que dans la structure tarifaire fixée au 1^{er} janvier 2018, sous réserve des modifications mentionnées.

6 Conséquences

6.1 Conséquences sur la Confédération

Le présent projet d'adaptation de la structure pour les prestations de physiothérapie n'entraîne pas de conséquences financières et en termes de personnel pour l'administration fédérale. Elle peut sans mal être préparée et mise en œuvre au moyen de l'utilisation de ressources déjà existantes.

6.2 Conséquences sur les cantons et les communes ainsi que sur les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

Le présent projet ne devrait pas avoir de conséquences financières particulières pour les cantons, communes, centres urbains, agglomération et régions de montagne.

6.3 Conséquences sur l'AOS

La proposition d'introduire des indications temporelles permet de réduire l'incitation à raccourcir les séances (variante 1), voire de la supprimer (variante 2). Ces adaptations peuvent avoir un effet de maîtrise des coûts. Dans les deux variantes, une séance qui serait, actuellement, raccourcie à 20 minutes, mais facturée selon le forfait pour la physiothérapie générale (48 points tarifaires) pourrait être facturée, à l'avenir, selon le forfait pour une séance de physiothérapie courte (variante 1) ou selon le forfait de base (variante 2) et comptabiliserait 32 points tarifaires. Ainsi, 16 points tarifaires seraient économisés par séance. D'un autre côté, les séances qui durent actuellement plus de 30 minutes et sont tout de même facturées selon le forfait pour la physiothérapie générale seraient légèrement plus onéreuses dans la variante 2 (8 points tarifaires par période de 5 minutes). Comme les données indiquant le nombre actuel de séances raccourcies ou rallongées manquent, l'effet sur les coûts de l'AOS ne peut pas être évalué. Cela dit, les données exactes sur la durée minimale d'une séance permettraient aux patients d'avoir un meilleur contrôle sur les prestations qui leur sont facturées, ce qui pourrait également entraîner certaines économies.

7 Entrée en vigueur

Il est prévu que la modification de l'ordonnance entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025. Cela donne aux partenaires tarifaires suffisamment de temps pour modifier la structure tarifaire sur le plan technique.