

FAQ tarifs CTM à partir du 01.03.2019

- **Question: Avons-nous à présent deux systèmes de tarification avec pour chacun des procédures différentes?**

Oui, nous travaillerons à l'avenir avec deux systèmes tarifaires différents. Nous avons différents contrats et différents tarifs pour les assurances CTM (AI, AM, SUVA, assurances accidents selon annexe) et les assurances maladie privées. Seuls la valeur du point de CHF 1,10 et le formulaire d'ordonnance restent identiques pour les deux systèmes.

- **Le formulaire d'ordonnance officiel utilisé jusqu'à présent reste-t-il valable?**

Non, à compter du 01.03.2019, il y aura un nouveau formulaire d'ordonnance unique pour toutes les assurances (assurance-accident, assurance maladie) et il devra obligatoirement être utilisé. Les autres formulaires ne seront plus acceptés.

- **En ce qui concerne les factures, comment gérer cette évolution?**

Tous les traitements à facturer par le biais de l'assurance CTM doivent être comptabilisés à l'ancien tarif à la fin du mois de février. À partir du 01.03.2019 la facturation s'effectue selon le nouveau tarif pour les traitements restants. La prise en charge reste identique, seule la facturation diffère.

- **Avec le nouveau tarif, puis-je facturer un rapport au médecin prescripteur avec une demande de renouvellement?**

Il est nécessaire de différencier les rapports demandés par l'organisme assureur afin de vérifier ses prestations d'assurance, et les retours au sens d'un entretien avec le médecin prescripteur.

Lorsqu'une assurance exige un rapport, celui-ci sera remboursé sur une base forfaitaire selon le nombre de caractères (chiffres 3131 ou 3132). Nous remplissons en outre le modèle de rapport de l'ASE et l'adressons au médecin prescripteur. La signature du médecin est utile, mais pas indispensable. Le rapport peut aussi être transmis à l'assurance sans la signature du médecin. Les assurances exigent des rapports généralement après 4x9 séances au plus tôt, et cela est parfaitement légitime.

Pour ce qui est des retours au médecin prescripteur, il est nécessaire de différencier les cas dans lesquels un traitement plus long était prévisible dès le départ, et les cas dans lesquels la poursuite du traitement doit être redécidée en fonction de la réussite de la thérapie. Dans le cadre du secteur de l'assurance CTM, il y a souvent des clients dont le traitement ne peut être achevé après 9 séances.

Si vous avez un client pour lequel il est évident qu'il faudra plus de 9 séances afin de lui permettre d'atteindre la capacité de mouvement souhaitée dans son quotidien, il vous suffit d'appeler ou d'envoyer un e-mail avec une demande de renouvellement d'ordonnance. Il est également très utile d'expliquer en deux mots à l'assistante médicale ou au médecin la raison pour laquelle vous souhaitez prolonger la thérapie. Dans ce cas, il n'y a pas de rapport. Si vous souhaitez néanmoins rédiger un rapport, ce dernier ne peut pas être facturé aux assurances.

Lorsqu'une bonne communication est tout particulièrement indiquée entre les professionnels de santé impliqués dans le traitement, il est important de mener des entretiens coordonnés. Il est

plus facile d'atteindre les objectifs fixés lorsque tous les participants vont dans la même direction. C'est pourquoi vous aurez la possibilité à l'avenir de facturer ces entretiens en utilisant le chiffre 3105. Selon les cas et la disponibilité du médecin, vous pouvez mettre en place différents accords pour assurer cet échange. Il peut prendre la forme d'un entretien téléphonique, d'une entrevue personnelle, d'un e-mail ou d'une note. Vous pouvez remettre les notes et les e-mails au client pour la consultation. Vous pouvez ainsi donner rapidement des informations sur le déroulement et clarifier des questions importantes. Dans le cadre de cette information, nous pouvons bien entendu, si besoin, indiquer que nous avons besoin d'une nouvelle ordonnance.

Des rapports détaillés au médecin ou à d'autres thérapeutes ne sont pas toujours indispensables. Cela peut être nécessaire lorsqu'un séjour en clinique est prévu, par exemple, et que le déroulement actuel et les objectifs de la thérapie doivent être communiqués au thérapeute qui va prendre la relève. Lorsque cet échange interprofessionnel doit être effectué par écrit afin que le traitement des patients pris en charge puisse être assuré de manière optimale, il est possible de facturer cette tâche sous le chiffre 3105.

Lorsque ces rapports sont rédigés uniquement pour décrire le travail d'un thérapeute, ils ne peuvent être facturés aux assurances. Dans ce cas, le rapport a avant tout des visées marketing et il n'est pas indispensable à la réalisation des objectifs avec le client.

Base de calcul possible pour le cabinet modèle évoqué dans le manuel d'utilisation

Pour le cabinet modèle, nous avons choisi un cabinet qui emploie des ergothérapeutes à hauteur de 325 pour cent de poste (y compris le ou la propriétaire du cabinet). En outre, nous mentionnons les coûts précis incombant à un tel cabinet. Ces coûts doivent être couverts par le tarif. Il résulte ainsi de ces coûts et des temps de travail facturables un taux de coût horaire de 109,83 francs.

Afin de vous donner quelques indications pour vos propres coûts, nous mettons à disposition les indicateurs suivants:

Indicateur recettes – dépenses d'un cabinet d'ergothérapie

Concernant le temps de travail, pour le calcul, les valeurs suivantes ont été retenues pour le cabinet modèle:

Temps de travail	8,4h/jour (semaine de 42h)
Temps de travail annuel	1789.20 heures / 100 pour cent de poste

Heures facturables pour une productivité de 75%	1341,90 heures pour 100 pour cent de poste
--	--

Sont pris en compte:

- 23 jours de congés payés
- 10 jours d'absence pour maladie et autres raisons
- 213 jours de travail par an maximum

Le cabinet modèle se base sur 325 pour cent de poste.

Coûts salariaux, incluant les cotisations de sécurité sociale	80% des recettes
---	-------------------------

Les coûts comprennent les salaires des propriétaires du cabinet, des ergothérapeutes salariés et des stagiaires ainsi que les prestations sociales correspondantes, y compris les coûts de formation.

<u>Loyer du cabinet, y compris nettoyage et frais annexes</u>	9% des recettes
---	------------------------

Exemple pour des recettes à 100 pour cent de poste (147'282 francs)	13'255.-- /an
---	---------------

Exemple pour des recettes à 150 pour cent de poste (220'923 francs) 19'883.-- /an

Comptabilité

0,6% des recettes

Coûts pour le comptable, le fiduciaire, le bilan annuel

Coûts de gestion

4,5% des recettes

par exemple, les employés administratifs, les frais administratifs et publicitaires, les ramettes de papier, les cartouches d'encre, les assurances, les coûts de la facture électronique, la téléphonie, etc.

Exemple pour des recettes à 100 pour cent de poste (147'282 francs) 6'627.-- /an

Exemple pour des recettes à 150 pour cent de poste (220'923 francs) 9'941.--/an

Coûts du matériel

3% des recettes

Matériel non facturable directement aux patients (jeux, paraffine, etc.)

Coûts d'exploitation restants

2,7% des recettes

Amortissements et intérêts calculatoires des équipements comme le mobilier, les appareils de traitement, l'ordinateur, l'imprimante, les logiciels, les ouvrages, etc.

• **Que signifie «temps non productifs» et que sont les «temps productifs»?**

Nous appelons temps non productifs toutes les activités qui ne sont pas des prestations directes aux assurés. Ces activités sont néanmoins incluses dans notre tarif et sont payées par le biais des temps productifs. Les temps productifs représentent 75% de la journée, soit 6,3 heures. Pour une journée de travail de 8,4 heures, si vous travaillez 6,3 heures avec ou pour le patient selon le système tarifaire avec ses postes de prestations, il vous reste encore 2,1 heures disponibles pour les temps non productifs. Plus votre productivité est élevée, plus le tarif vous est profitable.

Voici la liste des temps non productifs (non facturables):

- obtention et vérification des prises en charge;
- comptabilité;
- réunion d'équipe;
- achat et gestion de fournitures;
 - ➔ *le choix et l'adaptation spécifiques de moyens auxiliaires ou d'attelles pour un client en l'absence de celui-ci peuvent être facturés sous le chiffre 3104;*
- tâches administratives en général, téléphone, courrier, e-mail;
 - ➔ *les entretiens professionnels conduits au téléphone, par e-mail, etc., peuvent être facturés au client sous le chiffre 3105;*
 - ➔ *l'organisation d'entretiens interprofessionnels peut être facturée sous le chiffre 3103;*
- nettoyage / rangement en général;
 - ➔ *la désinfection de la table avant ou après un client, le rangement du matériel qui a été directement nécessaire, la préparation de l'espace de travail pour la séance suivante peuvent être facturés au client concerné sous le chiffre 3101;*

- personnel (salaire, entretien d'évaluation, etc.);
- encadrement des stagiaires;
- recherche / recherches bibliographiques;
- marketing / communication;
- formation continue / perfectionnement;

- jours d'absence, payés;
- pauses / temps d'attente.
- ***Quelles sont les informations contenues dans le dossier du patient et lesquelles faut-il envoyer à la caisse gratuitement sur demande?***

Cette demande renvoie à l'art. 54a de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), selon lequel il faut transmettre toutes les indications nécessaires pour pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Néanmoins, aucun type de document précis n'y est mentionné. C'est donc à l'ergothérapeute de définir, à sa seule discrétion, les documents qui s'imposent. Normalement, il s'agit des ordonnances, des rapports intermédiaires, du calendrier et des bons de livraison/factures pour le matériel.

- ***S'il manque un rendez-vous par sa propre faute, le patient peut se voir établir une facture. Qu'entend-on par «propre faute»? Tomber malade subitement en fait-il partie? Jusqu'à présent, il s'agissait simplement des annulations de dernière minute dans les 24 heures précédentes.***

Selon l'ancienne convention collective, les rendez-vous manqués ne pouvaient être facturés aux assurances. Ainsi, lesdites annulations de dernière minute dans les 24 heures ne figuraient pas dans la convention. La faute propre désigne non pas le motif de l'annulation mais l'absence d'annulation. La convention collective ne déterminant aucun délai d'annulation, le fournisseur de prestations est en droit d'en définir un. Ce délai doit être raisonnable (le plus souvent 24 heures) et communiqué clairement à l'assuré.

- ***Conformément à la convention collective, art. 3, al. 1, page 2, l'ergothérapeute doit conclure le contrat par écrit. Il est également indiqué à la page 4 que l'ergothérapeute est automatiquement repris dans le contrat existant. Quelle règle s'applique au juste?***

Le CTM a confirmé qu'avec les conventions collectives actuelles, les ergothérapeutes étaient automatiquement repris dans le nouveau contrat.

- ***Quelles positions tarifaires faut-il appliquer pour le décompte selon le modèle de rapport?***

Position 3131 pour les rapports brefs selon tarif, position 3132 pour les rapports longs selon tarif.

- ***À quoi sert l'augmentation du taux horaire moyen de 13% si les coûts totaux ne peuvent dépasser 5%?***

Le taux horaire moyen a augmenté de 13%. Néanmoins, nous avons un tout nouveau système tarifaire et la cadence des 5 minutes nous permet d'éliminer les durées cachées. Ainsi, les coûts totaux ne vont pas augmenter de 13%. Cependant, il reste très difficile d'évaluer précisément l'augmentation des coûts totaux. C'est pourquoi nous allons observer la mise en œuvre du nouveau tarif avec la CTM et en cas d'augmentation disproportionnée des coûts totaux ou de problèmes inattendus, nous prendrons les mesures nécessaires.

- ***Qu'advient-il si plus aucune garantie de prise en charge des frais n'est nécessaire pour les 9 premiers traitements? La garantie devient-elle caduque?***

Il est possible d'appliquer les 9 premiers traitements sans garantie de prise en charge des frais. Autrement dit, les coûts sont automatiquement repris en cas d'obligation de prise en charge. Néanmoins, il est important de bien contrôler dès le début du traitement quelle assurance est chargée du cas et si la SUVA reconnaît l'obligation de prise en charge en cas d'accident par exemple.

- ***La formation continue obligatoire représente 16 heures par an. Ce chiffre vaut-il pour un poste à temps plein (un employé à temps partiel devrait donc réaliser les heures requises au pro rata de son taux d'occupation), ou ces heures s'appliquent-elles par personne?***

Ces 16 heures s'appliquent aussi bien aux employés à temps plein qu'à temps partiel, par personne donc.

- ***Comment s'y rendre ou où trouver le No. GLN ?***

Le numéro du GLN se trouve à l'adresse www.refdata.ch. Sous la première colonne "Refdatabase" Partner /GLN entrez le nom souhaité et le numéro GLN s'affiche.

Si vous travaillez régulièrement avec les mêmes médecins, il vaut la peine de sauvegarder le nombre GLN de ces médecins.

- ***Le numéro GLN du thérapeute doit-il figurer sur la facture ?***

Le/la thérapeute traitant le patient reçoit un No. K. La facture doit inclure le No. K du thérapeute / de la thérapeute traitant le patient, ainsi que No. RCC. de l'ergothérapeute leader. C'est ce qui ressort clairement du nouveau formulaire de facture uniforme de CTM. Le nom, le prénom du thérapeute traitant, avec le numéro K et le numéro GLN, ainsi que le nom, le prénom du thérapeute principal avec le numéro GLN et le numéro RCC sont indiqués.

- ***Quand le nouveau formulaire de facture apparaîtra-t-il ?***

Le nouveau formulaire de facture est encore en cours de développement chez CTM. Il devrait être publié au début du mois de mars. Comme la première facture selon le nouveau tarif ne sera pas nécessaire avant la mi-mars, le formulaire devrait arriver à temps. Les bases du contenu de la facture se trouvent dans le règlement d'exécution. Le formulaire officiel contiendra les éléments correspondants.

- ***Sur la nouvelle ordonnance, pourquoi il n'y a plus la rubrique « informations pour les ergothérapeutes ?***

Dans le monde « digital » d'aujourd'hui, cela a été délibérément évité. Avec l'ancien formulaire, la partie inférieure de l'assurance devait être coupée avec des ciseaux. Toutefois, la plupart des ordonnances sont transmises par voie électronique. En outre, nous avons constaté que chaque médecin souhaite envoyer des informations différentes selon le domaine de spécialisation et que les champs ne sont donc pas toujours précis. L'ergothérapeute peut décider lui-même de la méthode qu'il souhaite utiliser. Selon le domaine de spécialisation et le cas, une grande variété d'informations est requise de la part des médecins. La possibilité d'envoyer les instructions les plus importantes avec l'ordonnance donne aux médecins la liberté d'envoyer les documents qu'ils jugent nécessaires. La deuxième page peut donc être conçue de la manière qui semble la plus appropriée.

- **Une signature numérique est-elle permise sur le formulaire de prescription ?**

Oui, les signatures électroniques sont légalement valides.

- **Comment puis-je calculer le prix de vente de l'attelle et du matériel thérapeutique ?**

Prix d'achat, + 10% + la TVA

Les 10 % sont pour les frais de port et les éventuels frais de douane. Il est conseillé de ne pas commander des articles individuels, mais de les acheter de manière économique, afin que les frais encourus soient couverts dans tous les cas. Cependant, il n'est pas recommandé de garder des stocks importants en thérapie avec des produits en constante évolution

- **Comment faut-il facturer les différents rapports à remplir et quels rapports sont nécessaires ?**

Il faut faire la distinction entre les rapports que l'assureur veut pour pouvoir vérifier son obligation de payer et le retour d'information dans le sens d'une discussion avec le médecin prescripteur. Si un assureur demande une déclaration, elle est payée à un taux forfaitaire selon le nombre de caractères (numéros 3131 ou 3132). Nous remplissons le modèle de rapport de l'ASE et l'envoyons au médecin prescripteur. La signature du médecin est utile, mais pas obligatoire. Le rapport peut également être transmis à la compagnie d'assurance sans la signature du médecin. Les rapports sont normalement demandés par les compagnies d'assurance après les traitements 4x9 au plus tôt et sont alors absolument justifiés.

Lors de la rétroaction au médecin prescripteur, il est important de faire la distinction entre les cas dans lesquels un traitement plus long est clair dès le début et les cas dans lesquels la poursuite du traitement est décidée à chaque fois en fonction du succès de la thérapie. Surtout dans le cadre de l'assurance CTM, il y a souvent des clients dont le traitement ne peut être terminé après 9 traitements. Si vous avez un client pour lequel il est clair que plus de 9 traitements sont nécessaires pour qu'il puisse à nouveau atteindre les performances opérationnelles souhaitées dans sa vie quotidienne, un appel téléphonique ou un e-mail avec la demande d'une prescription de suivi est suffisant. Si vous expliquez en deux phrases à l'assistante du médecin pourquoi vous souhaitez poursuivre la thérapie, c'est certainement utile. Dans ce cas, aucun état n'est affiché. Si vous souhaitez néanmoins rédiger un rapport, celui-ci ne peut pas être facturé aux compagnies d'assurance.

Lorsqu'une bonne consultation entre les professionnels de la santé présents est particulièrement indiquée, les réunions de coordination sont importantes. Les objectifs peuvent être mieux atteints si tous les participants tirent la même corde. Pour cette raison, le numéro 3105 vous donnera la possibilité de régler ces réunions à l'avenir. En fonction du cas et de la disponibilité du médecin, vous conviendrez avec lui de la manière dont cet échange peut être garanti. Cela peut prendre la forme d'un appel téléphonique, d'une rencontre personnelle, d'un courriel ou d'une note. Vous pouvez donner des notes et des courriels au client pour la consultation. De cette façon, vous pouvez informer brièvement sur le déroulement de la consultation et clarifier directement les questions importantes.

Des rapports détaillés au médecin ou à d'autres thérapeutes sont généralement rarement nécessaires. Ce peut être le cas, par exemple, si un séjour à l'hôpital est imminent et que le déroulement et les objectifs de la thérapie à ce jour doivent être communiqués au thérapeute qui suit le traitement. Si cet échange interprofessionnel est nécessaire sous forme écrite pour que le traitement puisse être poursuivi de manière optimale par toutes les personnes soignantes, ce travail peut également être facturé sous le numéro 3105.

Si les rapports ne sont rédigés que pour présenter le travail d'un thérapeute, ce rapport ne peut pas être facturé aux compagnies d'assurance. Dans ce cas, le rapport est principalement à des fins de marketing et n'est pas nécessaire pour atteindre les objectifs avec le client.