

Guide d'utilisation de la nouvelle convention tarifaire CTM-ASE-CRS

Contenu

Introduction	2
Les principales modifications en bref	3
La convention tarifaire CTM-ASE-CRS.....	4
Convention tarifaire CTM-ASE-CRS.....	4
Champ d'application	4
Adhésion à la convention.....	4
Entrée en vigueur et résiliation.....	5
Les dispositions d'exécution	6
Prescription médicale	6
Formalités relatives à la prescription et à la rémunération.....	6
Obligations des fournisseurs de prestations.....	6
Déplacement et indemnité pour frais de déplacement.....	7
Facturation.....	7
Réglementation relative à la rémunération.....	8
Transfert électronique des données.....	8
Accord sur la valeur du point tarifaire	9
Accord sur la Commission paritaire de confiance et pour la qualité (CPCQ).....	10
Accord sur l'assurance qualité	11
La nouvelle structure tarifaire	12
Le nouveau formulaire de prescription	15
Procédure en cas de changement d'organisme payeur	16
Abréviations	18

Introduction

L'ancienne convention tarifaire entre l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE), la Croix Rouge Suisse (CRS) et la Commission des tarifs médicaux (CTM) sera remplacée par la nouvelle convention tarifaire au 01.03.2019. Cette convention concerne les prestations ergothérapeutiques qui sont remboursées par les assurances-accidents (AA), l'assurance-invalidité (AI) et l'assurance-militaire (AM). La convention tarifaire actuelle avec les caisses-maladie (tarifsuisse avec ASE/CRS) est quant à elle maintenue. Pour la facturation des prestations ergothérapeutiques via les caisses-maladie, l'ancien tarif reste applicable (positions 7601-7634, valeur du point tarifaire CHF 1.10). De ce fait, les ergothérapeutes indépendantes et les organisations d'ergothérapie travailleront avec deux systèmes tarifaires à l'avenir.

La nouvelle convention tarifaire entre l'ASE et la CRS d'un côté, et la CTM de l'autre, entraîne des changements considérables. La principale modification réside dans l'introduction d'une structure tarifaire entièrement nouvelle. Celle-ci se différencie dans une mesure considérable de celle de la convention tarifaire entre l'ASE/la CRS et tarifsuisse, ce qui requiert une adaptation et un processus d'apprentissage pour la mise en œuvre, tant de la part des fournisseurs de prestations (ergothérapeutes) que de celle des assureurs (AM, AI, AA).

Ce guide d'utilisation a pour but de donner aux ergothérapeutes ayant adhéré à la convention tarifaire par le biais de l'ASE ou de la CRS des instructions relatives à la manière de mettre en œuvre correctement la nouvelle convention tarifaire CTM-ASE-CRS et les documents qui s'y rapportent. Toutes les parties importantes de la nouvelle convention tarifaire sont ainsi traitées, chacune dans un chapitre dans lequel de brèves explications sont données sur les principaux points, avec des renvois vers des documents supplémentaires le cas échéant. La nouvelle convention tarifaire et les accords correspondants constituent dans leur ensemble les bases légales du nouveau tarif.

Pour assurer une meilleure lisibilité de ce document, nous renonçons à utiliser systématiquement le féminin et le masculin pour désigner des personnes (p. ex. : patiente et patient). Dans ce texte, le féminin est employé lorsqu'il est question des ergothérapeutes et le masculin pour toutes les autres désignations de personnes, mais ils font à chaque fois indifféremment référence à des femmes et des hommes, bien entendu.

Les principales modifications en bref

- La première série de séances intervient sans garantie de prise en charge des coûts pour l'AA et l'AM. L'ordonnance est remise en même temps que la facture.
- Dans la nouvelle structure tarifaire, le travail ergothérapeutique dans son ensemble est mieux représenté et mis en valeur, dans la mesure où la pondération des différentes positions relatives à des prestations est dans une large mesure supprimée. Toutes les positions correspondant à des prestations (sauf les mesures passives) sont décomptées avec le même nombre de points dans le nouveau tarif.
- Les prestations comprennent six positions pour des prestations, deux positions supplémentaires, deux positions pour les rapports, une position pour l'indemnité de déplacement et les positions pour la facturation des moyens auxiliaires ergothérapeutiques, des attelles, du matériel de pansement et de location.
- Décompte par période de cinq minutes : dans le nouveau tarif, les prestations ergothérapeutiques sont saisies à la minute et facturées par période de cinq minutes entamée. Le temps de déplacement est facturé à la minute.
- Avec l'introduction du nouveau tarif CTM, un nouveau formulaire de prescription entre en vigueur pour toutes les assurances sociales, et donc aussi pour les caisses-maladie. Nous aurons ainsi un formulaire de prescription homogène pour l'ensemble des assurances.
- Après chaque série de séances, la facturation se fera soit avec le formulaire dédié du distributeur de logiciels (p. ex. : ergopro, Caisse des médecins, etc.), soit avec le formulaire en ligne mis à disposition gratuitement par la CTM (à remplir via le service web¹). Autrement dit, les formulaires de facture créés par l'ergothérapeute elle-même ne seront plus acceptés.
- Pour assurer la qualité des résultats, le projet GAS annuel sera désormais aussi réalisé auprès des clients dont les prestations sont remboursées par l'AA, l'AI ou l'AM. Les cinq cas à soumettre peuvent désormais se composer de patients avec prise en charge par les caisses-maladie, l'AI ou l'AA, selon la clientèle d'un cabinet. La somme totale de cas continuera à s'élever à cinq, autrement dit au cas supplémentaire ne devra être soumis.
- En ce qui concerne la formation continue, il est obligatoire de suivre au moins 16 heures de cours par année civile chez un prestataire en mesure d'attester de ses qualifications et agréé par l'ASE. Il est de la responsabilité des ergothérapeutes de conserver les confirmations de formation continue correspondantes. L'ASE se charge de l'enregistrement des formations continues.

¹ Le lien menant au service web vous sera communiqué au printemps 2019.

La convention tarifaire CTM-ASE-CRS

Convention tarifaire CTM-ASE-CRS

La convention tarifaire CTM-ASE-CRS constitue le fondement légal de l'ensemble du tarif et renvoie aux dispositions supplémentaires. Elle stipule par exemple que seuls des fournisseurs de prestations reconnus (art. 46 ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) en relation avec art. 48 OAMal) ont le droit de facturer des prestations ergothérapeutiques. La convention tarifaire régleme l'adhésion au tarif, définit les exigences relatives au caractère économique et adéquat des prestations ergothérapeutiques et renferme des directives ayant trait à la protection des données. Elle établit en outre que désormais, les parties contractantes aspirent au décompte électronique de leurs prestations.

Champ d'application

La convention tarifaire est le document de référence concernant la rémunération des prestations ergothérapeutiques remboursées par l'AA, l'AM ou l'AI. En plus des dispositions contenues dans la convention tarifaire, les bases légales suivantes sont applicables en fonction de l'assurance :

- AI : loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance (OMAI) ainsi que les directives correspondantes de l'Office fédéral des assurances sociales
- AA : loi sur l'assurance-accidents (LAA), ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents (OMAA)
- AM : loi sur l'assurance-militaire (LAM) et ordonnance correspondante (OAM)

Dans le domaine de l'assurance-accidents, le nouveau tarif est valable pour les personnes qui sont assurées à titre obligatoire contre les accidents. Il s'agit des personnes exerçant une activité lucrative qui travaillent au moins huit heures par semaine. Le nouveau tarif n'est donc pas valable pour les clients ayant conclu une couverture accidents auprès de leur caisse-maladie. Pour ceux-ci, la convention tarifaire avec tarifsuisse reste applicable.

Adhésion à la convention

Pour adhérer à la convention tarifaire, les ergothérapeutes doivent passer par l'ASE ou la CRS en tant que partenaires tarifaires de cette convention. Les ergothérapeutes indépendantes ou les organisations d'ergothérapie qui étaient affiliées à l'ancienne convention tarifaire avec la CTM via l'ASE ou la CRS sont automatiquement affiliées à la nouvelle convention tarifaire. L'adhésion se fait par l'affiliation correspondante à l'ASE ou par le biais de la CRS.

Les nouvelles adhésions doivent être envoyées au moyen du formulaire prévu à cet effet au secrétariat de la Commission paritaire de confiance et pour la qualité (CPCQ), dont l'adresse est la même que celle du secrétariat de l'ASE. Si la demandeuse n'est membre ni de l'ASE, ni de la CRS, elle doit s'acquitter de frais d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais.

- ➔ *Le formulaire d'adhésion à la convention tarifaire CTM-ASE-CRS sera publié sur le site Internet de l'ASE à la mi-janvier.*

Entrée en vigueur et résiliation

La nouvelle convention tarifaire entrera en vigueur le 01.03.2019 et remplacera la convention existante de 1993 ainsi que l'ensemble des documents qui en font partie intégrante. Tout comme l'ancienne convention, il s'agit d'un tarif valable sur le plan suisse négocié entre l'ASE/la CRS d'une part et la CTM d'autre part en tant que partenaires tarifaires. Il n'y aura pas de délai de transition. Les prestations fournies avant le 01.03.2019 devront être facturées selon la convention de 1993.

Les documents supplémentaires suivants font partie intégrante de la convention tarifaire :

- les dispositions d'exécution ;
- l'accord sur la valeur du point tarifaire ;
- l'accord sur la Commission paritaire de confiance et pour la qualité (CPCQ) ;
- l'accord sur la Commission spécialisée Tarifs ;
- l'accord sur l'assurance qualité ;
- l'accord sur le monitoring des coûts.

Les dispositions d'exécution

Les dispositions d'exécution précisent les modalités de traitement des prescriptions médicales, indiquent les obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs et renferment des informations importantes sur le décompte de prestations et la facturation. Selon les explications qui précèdent, les fondements légaux s'appliquant pour l'AI ne sont pas les mêmes que pour l'AA et l'AM.

Prescription médicale

AA et AM : les prescriptions médicales s'appliquent pour une série de neuf séances au maximum. Au plus tard cinq semaines après la date de la prescription, le traitement ergothérapeutique doit avoir commencé. A défaut, l'ordonnance n'est plus valable. D'entente avec le médecin prescripteur, l'ordonnance peut être adaptée si cela débouche sur un traitement plus efficace.

En ce qui concerne l'AI, il convient comme jusqu'ici de se procurer une décision de l'office AI compétent, en plus de la prescription médicale. Ce sont les parents qui doivent en principe demander cette décision.

Formalités relatives à la prescription et à la rémunération

AA et AM : La première série de séances est dispensée sans garantie de prise en charge des coûts et la prescription est remise en même temps que la facture. Si des séances supplémentaires sont indiquées, le formulaire de prescription correspondant doit immédiatement être adressé à l'assurance. L'accord pour la série de séances supplémentaire est tacite si l'organisme de prise en charge n'intervient pas dans les dix jours ouvrables suivant la réception de l'ordonnance médicale.

AI : Pour l'AI, la durée de validité de la décision est considérée comme période de traitement.

Obligations des fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations sont tenus de soigner les clients assurés par les parties contractantes et de respecter l'accord sur l'assurance qualité. Les rapports écrits ne sont remboursés que s'ils ont été établis à la demande des assurances. Les fournisseurs de prestations sont par ailleurs tenus de renseigner gratuitement les assurances sur la base des dispositions légales correspondantes :

- art. 54a LAA : Le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit à prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.
- art. 25a LAM : Le fournisseur de prestations remet à l'assurance militaire une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet aussi toutes les indications dont elle a besoin pour se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique des prestations.
- Art. 6a LAI : ¹ En faisant valoir son droit aux prestations, l'assuré, en dérogation à l'art. 28, al. 3, LPG, ² autorise les personnes et les instances mentionnées dans sa demande à fournir aux organes de l'AI tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir ce droit et le bien-fondé de prétentions récursoires. Ces personnes et ces instances sont tenues de fournir les renseignements requis.

² Les employeurs, les fournisseurs de prestations au sens des art. 36 à 40 LAMal³, les assurances et les instances officielles qui ne sont pas mentionnés expressément dans la demande sont autorisés à fournir aux organes de l'AI, à la demande de celle-ci, tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir le droit de l'assuré aux prestations et le bien-fondé de prétentions récursoires. L'assuré doit être informé des contacts établis avec ces personnes et ces instances.

Déplacement et indemnité pour frais de déplacement

Il convient en principe de faire figurer sur le décompte le temps de déplacement en voiture à la minute près indiqué sur www.search.ch. Le temps de déplacement en voiture à la minute près s'applique aussi quand on parcourt à pied, à vélo ou en transports publics l'itinéraire pour se rendre chez le patient. Les traitements à domicile dans des localités sans voiture (p. ex. : Saas-Fee, Wengen) font figure d'exception. Dans ce cas, le temps de déplacement en transports publics est pris en compte, en y ajoutant le temps de marche le cas échéant.

Les frais kilométriques ne sont plus facturés, mais le temps de déplacement est pondéré à 100%, comme le traitement. Les trajets pour se rendre chez plusieurs patients habitant sur le même itinéraire doivent être facturés au prorata. Le temps entre le domicile du dernier client visité et le cabinet doit être réparti à parts égales entre tous les clients visités préalablement. La facturation des courses fictives² n'est pas autorisée.

- *Exemple : l'ergothérapeute roule pendant 10 minutes pour se rendre chez le client A, puis pendant 15 minutes pour se rendre chez le client B et 5 minutes chez le client C. A la fin, elle met 18 minutes pour retourner à son cabinet. Imputation :*
- *client A : 10 minutes + (18/3) minutes = 16 minutes*
 - *client B : 15 minutes + (18/3) minutes = 21 minutes*
 - *client C : 5 minutes + (18/3) minutes = 11 minutes*

Les déplacements pour se rendre dans des institutions pour lesquelles des conventions de prestations ont été passées avec l'ergothérapeute ne peuvent pas être facturés à la charge des assurances.

- *Exemple : Si le cabinet d'ergothérapie reçoit une prescription de neuf séances pour un client ayant subi un AVC et séjournant en maison de retraite, sans toutefois intervenir régulièrement dans cette institution dans le cadre d'une convention de prestations, le temps de déplacement peut être facturé. Si le cabinet d'ergothérapie dispose d'une convention de prestations avec l'institution et qu'elle y dispense régulièrement des traitements, p. ex. à raison d'une matinée par semaine, le temps de déplacement ne peut pas être décompté à la charge de l'assurance.*

Facturation

La facturation se fait après chaque série de séances au moyen d'un formulaire officiel. Celui-ci peut être soit établi directement à l'aide d'un logiciel de gestion, soit créé grâce au formulaire en ligne mis à disposition par la CTM³. Autrement dit, les formulaires de facture créés par l'ergothérapeute elle-même ne

² Pour une ergothérapeute, la facturation de courses fictives consiste à soigner plusieurs clients sur un même parcours donné et à imputer à tous les clients la totalité du trajet entre le cabinet et le domicile du client. Ainsi, des frais de déplacement supplémentaires seraient facturés aux assurances par rapport à ceux effectivement occasionnés.

³ Le lien correspondant sera mis à disposition au printemps 2019.

seront plus acceptés. Les ergothérapeutes qui n'établissent pas encore leurs décomptes par la voie électronique sont tenues d'utiliser le formulaire de facturation officiel. Ce dernier doit être imprimé puis envoyé aux assurances par voie postale. Les distributeurs de logiciels de gestion destinés aux ergothérapeutes s'adaptent aux critères de la CTM et garantissent la bonne transmission des factures par la voie électronique. Quand le traitement d'un client est terminé, la facturation doit intervenir peu de temps après la dernière séance.

Réglementation relative à la rémunération

Les assureurs s'engagent à régler les factures dans l'intervalle de 60 jours après leur réception ou après avoir reçu tous les documents nécessaires à l'évaluation du cas. S'ils sont dans l'impossibilité de respecter ce délai, ils doivent informer le fournisseur de prestations des raisons correspondantes. Pour les prestations légales, aucun remboursement supplémentaire ne peut être réclamé de la part de l'assuré. Le matériel ne rentrant pas dans les prestations légales, p. ex. le matériel utilisé pour des travaux manuels ou des aliments pour les groupes de cuisine, fait figure d'exception.

Séances manquées : l'ergothérapeute est habilitée à facturer à l'assuré les séances auxquelles il a omis de se présenter par sa propre faute.

- ➔ *Conseil : il est recommandé de faire figurer un délai d'annulation des rendez-vous sur les cartes de visite ou de rendez-vous.*

Transfert électronique des données

Une échéance a maintenant été définie pour le passage au décompte électronique, ce qui marque le lancement du projet correspondant. D'ici deux ans, le décompte des prestations devra exclusivement se faire par la voie électronique.

- ➔ *Il est donc vivement recommandé de s'équiper d'un logiciel de gestion pendant la période de transition. En plus de la facturation électronique, la garantie de prise en charge électronique des coûts soulagera également les fournisseurs de prestations à l'avenir, dans la mesure où ils n'auront plus à supporter les frais de port et d'impression.*

Accord sur la valeur du point tarifaire

Cet accord fixe la valeur du point tarifaire pour la facturation des prestations ergothérapeutiques. Dans le nouveau tarif, une valeur du point tarifaire de CHF 1.10 reste applicable.

L'accord intègre entre autres le fait que de nouvelles négociations sur la valeur du point tarifaire s'imposent en cas de variation de +5% ou -5% de l'indice national des prix à la consommation (ce qui correspond au renchérissement). Si tel est le cas, de nouvelles négociations sont automatiquement entamées. Ainsi, une situation de tarification inchangée en cas d'augmentation claire de l'indice national des prix à la consommation ne pourra plus se produire à l'avenir, contrairement à ce qui a été le cas entre 1993 et 2019.

La valeur du point tarifaire a délibérément été maintenue à CHF 1.10. Ce qui est déterminant pour le tarif, en plus de la valeur du point, c'est le nombre de points par période de cinq minutes. Les prestations que l'ergothérapeute peut facturer dépendent dans la même mesure des points tarifaires des différentes positions et de la valeur du point.

- ➔ *Exemple de calcul de prestations ergothérapeutiques avec le nouveau tarif CTM :*
*Une ergothérapeute prend une charge un client pendant 35 minutes. Pour cet intervalle de temps, elle peut ainsi facturer $7 * 8,32$ (nombre de points pour la position 3101 – Traitement du patient individuel) * 1.10 (valeur du point). Pour 35 minutes, l'ergothérapeute perçoit donc CHF 64.06. Attention, car il ne faut pas arrondir le montant à chaque position, mais uniquement une fois la facture finale établie.*

Accord sur la Commission paritaire de confiance et pour la qualité (CPCQ)

L'accord sur la Commission paritaire de confiance et pour la qualité (CPCQ) définit les tâches, les compétences et l'organisation de cette commission, qui fait office d'interlocuteur en cas de divergences de vues entre les fournisseurs de prestations affiliés à la convention et les organismes payeurs. La CPCQ se compose de deux représentants des fournisseurs de prestations et de deux représentants des assurances.

Pour les litiges survenant entre l'ASE/la CRS et la CTM et découlant de l'application de la convention tarifaire, il est possible de soumettre une demande à la CPCQ. Avant d'introduire une telle demande, il est recommandé de prendre contact avec l'ASE ou la CRS.

- ➔ *Le formulaire relatif au cas CPCQ CTM/ASE/CRS pourra être téléchargé dès la mi-janvier 2019 sur le site Internet de l'ASE.*

Accord sur l'assurance qualité

L'accord sur l'assurance qualité vise à mettre en œuvre l'assurance qualité de manière uniforme dans l'ergothérapie. Dans ce contexte, les ergothérapeutes et organisations d'ergothérapie sont tenues de garantir et de promouvoir la qualité des prestations ergothérapeutiques. Le code de déontologie et l'accord sur la qualité des résultats de l'ASE servent de documents de référence.

En ce qui concerne la garantie de la qualité des résultats, le projet GAS a fait ses preuves dans le cadre des conventions tarifaires passées avec tarifsuisse. C'est pourquoi le projet GAS annuel sera désormais réalisé auprès des clients dont les prestations sont remboursées par l'AA, l'AI ou l'AM. Dorénavant, les cinq cas à soumettre peuvent être composés de patients dont les prestations sont à la charge de la caisse-maladie, de l'assurance-accidents ou de l'assurance-invalidité, en fonction de la clientèle d'un cabinet.

Pour garantir la qualité structurelle, les exigences relatives aux locaux dans lesquels sont dispensées les prestations ergothérapeutiques sont définies. Elles englobent un accès sécurisé, une infrastructure adéquate, du matériel thérapeutique irréprochable ainsi qu'une bonne organisation de l'institution ou du cabinet. La qualité de l'institution ou du cabinet d'ergothérapie peut être vérifiée de façon aléatoire par la CPCQ au plus tôt cinq ans après l'entrée en vigueur du présent accord. Les directives correspondantes sont définies dans le document relatif à la qualité structurelle, qui constitue une annexe de la convention tarifaire.

En ce qui concerne la formation continue, il est obligatoire de suivre au moins 16 heures de cours par année civile chez un prestataire en mesure d'attester de ses qualifications spécialisées et agréé par l'ASE. L'ASE communiquera les critères correspondants relatifs aux formations continues au printemps 2019. Il est de la responsabilité des ergothérapeutes de conserver les confirmations de formation continue correspondantes. L'ASE peut vérifier les preuves de formation continue au plus tôt deux ans après l'entrée en vigueur du présent accord.

Si les directives relatives à l'assurance qualité ne sont pas respectées, la CPCQ peut prononcer des incitations ou des sanctions.

La nouvelle structure tarifaire

Par rapport à l'ancienne, la nouvelle structure tarifaire est nettement mieux représentative des prestations ergothérapeutiques. Les multiples facettes du travail de l'ergothérapeute gagnent de ce fait en transparence et des prestations importantes sont mieux valorisées.

Dans l'ancienne structure tarifaire, de nombreuses tâches étaient regroupées et facturées ensemble sous la position 7602 « Prestations ergothérapeutiques concernant les patients en l'absence de ceux-ci ». Par le passé, la position 7602 a souvent donné matière à discussion avec les assureurs, car il n'était pas possible de présenter en toute transparence les prestations décomptées pour celle-ci. De plus, comme cette position avait une pondération faible, les prestations facturées par ce biais étaient dévalorisées. La nouvelle structure tarifaire permet maintenant de facturer des prestations concrètes qui jusqu'à présent étaient uniquement remboursées partiellement pour la position 7602.

La prise en soins de clients est et reste l'activité principale de l'ergothérapie. Pour atteindre les objectifs efficacement et à long terme, le travail effectué en dehors du traitement à part entière est toutefois tout aussi important que les prestations ergothérapeutiques auprès du client. Dans la nouvelle structure tarifaire, le travail ergothérapeutique dans son ensemble est mieux représenté et valorisé. La pondération est dans une large mesure supprimée : dans le nouveau système tarifaire, toutes les prestations, sauf les mesures passives, sont décomptées avec le même nombre de points.

Les principaux éléments de la nouvelle structure tarifaire sont les suivants :

- Décompte par période de cinq minutes : dans le nouveau système tarifaire, les prestations ergothérapeutiques sont saisies à la minute et facturées par période de cinq minutes entamée.
 - ➔ *Conseil : nous recommandons d'entrer systématiquement les différentes positions tarifaires dans la saisie des prestations si possible pendant ou juste après leur exécution. Cela permet de garantir que le temps de travail effectif est facturé. Ce faisant, il faut imputer les prestations qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs fixés avec le client.*

Le passage à une périodicité de cinq minutes implique pour les ergothérapeutes un changement dans la saisie des prestations. Cela fait longtemps que les médecins et les autres professions de la santé travaillent selon ce système. Grâce à la facturation par période de cinq minutes, le problème du temps de travail « caché » ne se pose plus. Elle permet d'évaluer avec précision le nombre de minutes facturables effectuées et le volume de minutes non productives.

- ➔ *Conseil : si un logiciel de gestion peut faciliter la tâche à ce niveau, il est dans l'intérêt des ergothérapeutes elles-mêmes de changer d'habitude de travail et d'inculquer une certaine discipline à l'ensemble des collaboratrices pour que toutes les prestations de la journée soient saisies correctement. La saisie des prestations est en effet déterminante pour la facturation.*

➔ *Conseil : l'évaluation des heures non productives est importante. Il est préférable de confier certaines tâches non productives à un auxiliaire ou à une personne mieux habilitée à les accomplir. Cela permet à l'ergothérapeute de dégager plus de temps pour le travail auprès des clients pouvant être facturé.*

- Position 3101 : traitement du patient (individuel) : la position 3101 vaut pour le traitement individuel du client, y compris les tâches s'y rapportant directement telles que les notes sur la progression du traitement, les formulations des objectifs et les tâches préparatoires. Le temps facturé pour cette position, additionné aux autres prestations décomptées pour le client (p. ex. : positions 3103, 3104) ne peut dépasser 120 minutes par jour. Si une co-thérapie est indiquée, la deuxième thérapeute peut décompter le temps de travail sous la position 3121.

- Position 3102 : traitement du patient (en groupe) : dans la nouvelle structure tarifaire, une thérapeute peut décompter des thérapies en groupe avec deux à dix clients. Le règle de la division s'applique alors : les prestations peuvent être décomptées au prorata du nombre de participants. Si des prestations individuelles (selon les objectifs formulés) sont fournies avant ou après la thérapie pour un membre du groupe, le temps effectif correspondant peut-être imputé au client concerné. Ce système débouche toujours sur une tarification homogène par rapport au temps de travail effectif. Le temps facturé via cette position, additionné aux autres prestations décomptées pour le client de la thérapie en groupe ne peut dépasser 210 minutes. Sous la position 3122, il est possible de proposer une thérapie en groupe avec une deuxième thérapeute.

➔ *Exemple de calcul de prestations ergothérapeutiques en groupe :*

une ergothérapeute a une séance de 120 minutes avec un groupe de trois patients. Pour le client A, les objectifs sont formulés au préalable (5 minutes), pour le client B, ils sont évalués après la séance en groupe (10 minutes) et pour le client C, il n'y a pas de tâches supplémentaires.

L'ergothérapeute peut alors établir le décompte suivant :

*client A : $(24 * \text{position 3102} * \text{valeur du point tarifaire})/3 + (1 * \text{chiffre 3102} * \text{valeur du point})$*

*client B : $(24 * \text{position 3102} * \text{valeur du point tarifaire})/3 + (2 * \text{chiffre 3102} * \text{valeur du point})$*

*client C : $(24 * \text{position 3102} * \text{valeur du point tarifaire})/3$.*

➔ *Conseil : un logiciel de gestion vous facilite la tâche pour les calculs. Il vous suffit d'entrer le nombre de personnes ayant assisté à la thérapie en groupe de la journée pour que le tarif correct soit calculé automatiquement.*

- Travail d'analyse et de coordination en l'absence du patient : sous cette position sont décomptés l'organisation des discussions, l'établissement de programmes d'exercice et l'analyse des évaluations ou les évaluations des risques à domicile sans la présence du client.
- Rapport ergothérapeutique (court/long) : seuls les rapports établis à la demande des assureurs sont remboursés. Des frais forfaitaires de CHF 30.- peuvent être facturés pour les rapports courts, et de CHF 60.- pour les rapports longs. Le forfait pour le rapport court peut être facturé quand le rapport

comprend entre 660 et 2100 caractères (espaces non compris). Seules les réponses aux questions posées par l'assureur sont prises en compte pour le comptage des caractères, qui n'englobe ni les informations personnelles sur le patient, ni ses coordonnées, ni la liste des diagnostics précédents, ni les salutations et formules de politesse, ni le titre préimprimé. Le long rapport compte entre 2101 et 3600 caractères.

- ➔ *Remarque : les assureurs veulent des rapports qui soient si possible brefs et concis. Il est recommandé d'utiliser le modèle de rapport établi par l'ASE. Il contient les questions qui revêtent de l'intérêt pour les assurances et il est possible d'y reporter à la fois les objectifs formulés lors du traitement et l'évaluation des objectifs. Le temps qui est consacré à la saisie des objectifs d'un traitement et à l'évaluation de leur réalisation est décompté dans le cadre du traitement du patient, car ce travail est intégré au processus de l'ergothérapie normal. Ainsi, grâce à sa structure standardisée, le modèle facilite la rédaction de rapport et réduit considérablement la charge de travail correspondante.*
- ➔ *Conseil : dans certains domaines, il est également recommandé de formuler des modules de texte pour l'établissement de rapports.*

- Indemnité de déplacement : désormais, le temps de déplacement se facture à la minute et est également pondéré à 100 %. En contrepartie, l'indemnité pour frais de déplacement est supprimée. Vous trouverez les bases détaillées concernant l'indemnité de déplacement dans les dispositions d'exécution.
- Moyens auxiliaires ergothérapeutiques, attelles, matériel de pansement, locations : La catégorie moyens auxiliaires ergothérapeutiques, attelles, matériel de pansement, locations est nouvelle aussi. Les directives relatives aux prix sont décrites en détail dans la structure tarifaire. L'ASE a établi une liste de matériel en collaboration avec la SSRM, que les cabinets peuvent utiliser comme modèle, et que vous trouverez également ci-joint. Elle indique quels produits rentrent dans les différentes catégories et quels prix maximaux sont applicables pour les différents produits. Le prix du matériel doit être adapté en fonction des coûts effectivement occasionnés par les produits. Il doit être possible d'apporter la preuve détaillée des prix facturés, conformément aux directives et si les assurances en font la demande. Les prix maximaux mentionnés ont uniquement une valeur indicative par rapport au caractère économique de l'achat et à l'utilisation du matériel d'ergothérapie et il ne faut pas se contenter de les reprendre.
 - ➔ *Les lignes directrices sur les prix sont décrites en détail dans le tarif. Cette liste indique quels produits entrent dans les différentes catégories et quels prix maximums s'appliquent aux différents produits. Les prix des matériaux doivent être ajustés de chaque pratique aux produits réellement utilisés. Les prix facturés doivent pouvoir être prouvés en détail selon les directives à la demande des compagnies d'assurance. Par conséquent, les prix maximaux indiqués ne peuvent pas être repris de cette manière, mais sont valables exclusivement comme une orientation unique concernant l'achat et l'utilisation économique du matériel ergothérapeutique.*

Le nouveau formulaire de prescription

Avec l'introduction du nouveau tarif CTM, un nouveau formulaire de prescription entre en vigueur pour toutes les assurances sociales, et donc aussi pour les caisses-maladie. En ce qui concerne le type de prescription, une distinction est faite désormais entre la LAMal et la LAA / l'AM et l'AI, étant donné que plusieurs possibilités d'ordonnance sont mises à la disposition des organismes payeurs. Cela permet de clarifier la situation et de renoncer à certains formulaires.

Des restrictions dans la vie quotidienne peuvent ainsi avoir été causées par une maladie, un accident ou une infirmité congénitale. Ainsi, en fonction de la cause, l'organisme payeur responsable peut varier. Lors de l'établissement de la prescription médicale, la case correspondant à la cause doit être cochée.

Le terme « invalidité » a été remplacé par « infirmité congénitale » (IC). Il s'agit donc de la cause du diagnostic, et pas de l'assurance sociale qui s'occupe de la prise en charge. Le terme « AI » utilisé jusqu'à présent était imprécis et pouvait donc être source de malentendus.

➔ *Remarques : le diagnostic est en principe mentionné sur la prescription médicale. Il est uniquement possible de l'omettre dans des cas exceptionnels (p. ex. : pour une personnalité publique).*

Désormais, les informations à l'intention de l'ergothérapeute ne peuvent plus être cochées sur l'ordonnance, mais la remarque suivante figure en pied de page :

Remarque à l'intention du médecin prescripteur : les informations pour l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, schéma thérapeutique ou indications similaires) sont à transmettre séparément.

Procédure en cas de changement d'organisme payeur

Quand les prestations ont déjà été décomptées, il arrive que les assurances mènent elles-mêmes les investigations relatives à l'avance de prestations. C'est ce qui entraîne le moins de travail pour les ergothérapeutes. Si l'assurance ayant effectué des prestations préalables fait un remboursement à l'ergothérapeute, celle-ci doit adresser une nouvelle facture à la nouvelle assurance en appliquant le tarif respectivement en vigueur.

Procédures :

- a) Obligation de la caisse-maladie d'allouer des prestations préalables et passage à l'AI (soit parce que la caisse-maladie doit allouer des prestations préalables, soit parce qu'une IC (Infirmité Congénitale) a été reconnue par la suite)
- b) De l'assurance-accidents à la caisse-maladie

Obligation de la caisse-maladie d'allouer des prestations préalables : quand le traitement d'un client est pris en charge par la caisse-maladie dans le cadre de l'obligation d'allouer des prestations préalables, puis que l'AI devient compétente, les prestations allouées doivent être remboursées rétroactivement par l'AI.

Conversion : le client A a au total reçu 5 * 1 heure de traitement, avec à chaque fois 10 minutes pour la préparation et le suivi. Le temps de travail total est donc de 350 minutes. Selon l'ancien tarif, 375 minutes peuvent être décomptées (du fait des périodes d'un quart d'heure).

Les prestations suivantes ont été facturées à la caisse-maladie :

20 * chiffre 7601 * valeur du point tarifaire

5 * chiffre 7602 * valeur du point tarifaire

Cette prestation doit maintenant être transférée dans le système tarifaire de la CTM. Vu que toutes les positions sont pondérées de la même manière dans le tarif de la CTM, toutes les prestations (350 minutes) peuvent être converties en périodes de cinq minutes puis facturées sous la position 3101 :

70 * chiffre 3101 * valeur du point tarifaire

De l'assurance-accidents à la caisse-maladie : s'il s'avère en cours de traitement que la caisse-maladie est tenue d'allouer des prestations en lieu et place de l'assurance-accidents, il faut lui demander la restitution des prestations allouées.

Conversion :

Le client B a bénéficié de 3 * 30 minutes de traitement. De plus, une attelle a été fabriquée en l'absence du client (10 minutes) et mesures passives ont été dispensées 2 * (de chacune 10 minutes).

18 * chiffre 3101 * valeur du point tarifaire

2 * chiffre 3104 * valeur du point tarifaire

4 * chiffre 3106 * valeur du point tarifaire

Cette prestation doit maintenant être transférée dans le système tarifaire de tarifsuisse.

Toutes les prestations facturées sous le chiffre 3101 passent à 7601, tandis que toutes les autres positions, sauf les mesures passives et le temps de déplacement, deviennent 7602. Le comptage se fait au quart d'heure, et tout quart d'heure entamé est dû.

6 * chiffre 7601 * valeur du point tarifaire

1 * chiffre 7602 * valeur du point tarifaire

2 * chiffre 7603 * valeur du point tarifaire

Abréviations

ASE	Association Suisse des Ergothérapeutes
IC	Infirmité congénitale
OMAA	Ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents
OMAI	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité
AI	Assurance-invalidité
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
CTM	Commission des tarifs médicaux
AM	Assurance militaire
LMA	Loi sur l'assurance militaire
OAM	Ordonnance sur l'assurance militaire
CPCQ	Commission paritaire de confiance et pour la qualité
CRS	Croix-Rouge suisse
AA	Assurance-accidents
LAA	Loi sur l'assurance-accidents
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents