vbb abems
Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren
Association Bernoise des établissements médico-sociaux

Weihergasse 7a | 3005 Bern
Fon 031 808 70 70 | Fax 031 808 70 75
info@vbb-abems.ch | www.vbb-abems.ch

Principales informations relatives au nouveau contrat avec tarifsuisse concernant les prestations accessoires
(Médecins, médicaments, prestations paramédicales, analyses médicales)

Le contrat est valable à partir du 1er janvier 2015, mais les nouveaux tarifs seulement à partir du 1er juillet 2017. Il n'y a pas de compensation rétroactive, cf. le préambule à la page 2.

Le nouveau contrat prévoit une nouveauté : chaque type de prestations (médecin, médicaments, prestations paramédicales, analyses médicales) présente le choix entre un décompte individuel ou via forfait.

Les forfaits peuvent être adaptés au 1er janvier sur l'année suivante. La modification doit être annoncée au plus tard le 30 septembre de l'année précédente avec le formulaire en annexe (art. 3, chiffre 13).

Les points suivants sont à observer lors d'un décompte individuel :

- Prestations de médecins: celles-ci ne pourront pas être rémunérées via RCC du EMS, vu que Tarmed ne présente pas de base tarifaire pour les EMS selon le tribunal administratif fédéral. Les prestations de médecins sont facturées via le RCC du médecin, de préférence directement à la caisse maladie.

- Thérapies : comme pour le médecin, facturation par le biais du RCC du physiothérapeute, de préférence directement à la caisse maladie.

- Médicaments: peuvent être facturés individuellement, pour autant qu'une autorisation cantonale d'exploiter une pharmacie ait été accordée.

- Analyses médicales: le décompte de laboratoires externes va directement à la caisse maladie.

Les forfaits sont valables nouvellement pour 4 degrés. En effet, des calculs ont révélé que de cette manière, l'on atteint un meilleur rendement qu'avec 12 degrés. Ils s'élèvent à (appendice 3) :

Degrés de soins	**Prestations médicales** en CHF	**Prestations paramédicales** en CHF	**Analyses médicales** en CHF
1 - 3	1.45	1.35	0.25
4 - 6	3.60	3.40	0.70
7 – 9	5.75	5.45	1.10
10 - 12	7.90	7.45	1.50

Ces forfaits sont valables sans limite de temps.

Le forfait pour médicaments n'est valable que jusqu'au 31 décembre 2017 et s'élève à (appendice 2):

Degrés de soins	**Forfait journalier** en CHF
1 - 3	1.95
4 – 6	4.90
7 – 9	7.80
10 – 12	10.75

Ceci parce que les assureurs maladie doivent livrer des données détaillées sur les médicaments à l'Office fédéral de la santé publique et cela – selon tarifsuisse - n'est possible que par le biais d'une facturation individuelle. Nous nous efforcerons de prolonger le forfait au-delà de 2017. Une réussite se présente toutefois très difficile. Une résiliation du contrat n'est possible qu'au 31.12.2018, mais une disposition du contrat offre une possibilité de résiliation, si le forfait pour médicaments ne serait plus maintenu dès le 1.1.2018 (art.3, chiffre 11).

A observer en outre:

Tous les forfaits facturés doivent figurer séparément sur le décompte.
La facturation se fait au tiers payant (facturation à l'assureur). Les indications sur la facture se fondent sur l'art. 14 du contrat.

Les prestations suivantes sont comprises dans les forfaits, pour autant qu'elles ne puissent pas être facturées séparément :

- Toutes prestations médicales fournies internes et externes
- Toutes prestations fournies internes et externes de physiothérapie, ergothérapie, logothérapie, conseils de diabétologie et nutritionnels
- Tous les médicaments administrés internes et externes
- Toutes les analyses médicales effectuées internes et externes

Les prestations mentionnées ci-après **ne sont pas comprises dans le forfait** et peuvent être facturées séparément par le prestataire.

- Examens diagnostics externes ambulatoires externes (p.ex. technique de visualisation) ainsi que des interventions chirurgicales ambulatoires
- Traitement médical spécialisé et consultation d'un spécialiste
- Thérapies oncologiques: radiothérapie, médicaments spécifiques, antinéoplasiques, stéroïdes en relation avec la thérapie oncologique
- Médicaments concernant la maladie VIH
- Transports d'urgences et transferts ainsi que transports en position couchée en rapport avec des examens ambulatoires externes et interventions selon art. 26 OPAS.

Système de thérapie par pression négative V.A.C.
Des contrats existent entre les fournisseurs de ces prestations et les assureurs réglant le remboursement. Le fournisseur remet la facture directement à l'assureur. Les systèmes de traitement de plaies par pression négative ne sont pas rémunérés par le biais des forfaits journaliers.

Prestations SVK (Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie)
Les domaines de l'alimentation artificielle, hémodialyse, dialyse péritonéale et système mécanique de ventilation à domicile sont réglés par des contrats conclus entre la SVK et les producteurs ainsi que d'autres partenaires. Ces prestations ne sont pas rémunérées par le biais des forfaits journaliers.

Pour moyens et appareils (LiMA) restent valables les tarifs pour les 12 degrés selon dispositions de la SAP. A ce sujet, nous attendons l'arrêt du tribunal administratif fédéral qui nous permettra de conclure un contrat avec tarifsuisse.

Le contrat vaut pour les assureurs, qui sont mentionnés en pages 1 et 2 du contrat.

La CSS ne fait plus partie de tarifsuisse. Nous visons un contrat pour le 1.1.2018 en négociant des tarifs pour 4 degrés également. Les forfaits pour les médicaments devraient être maintenus. D'ici là, les tarifs pour 12 degrés font foi.

Avec les assureurs HSK (Helsana, Sanitas, CPT) le contrat actuel reste valable et donc les tarifs pour 12 degrés. Là aussi, nous visons un contrat avec le modèle de 4 degrés dès 2018.

Berne, 6 juin 2017