

Cadre tarifaire

FAQ thérapeutes

1. « Pourquoi cette mesure ? »

La mise en place d'un cadre tarifaire pour les médecines alternatives répond à l'augmentation significative des coûts de la santé. Contrairement à d'autres systèmes, le tarif propre aux médecines alternatives, le tarif 590 ne fixe pas de limites de prix ou de quantité. Le Groupe se positionne ainsi en acteur contribuant à une évolution durable du système de santé et souhaite ainsi délivrer une gestion maîtrisée de l'évolution des coûts liés aux assurances complémentaires.

2. « Est-ce que toutes les prestations seront moins remboursées ? »

Non, seules les prestations facturées au-delà des plafonds définis dans le cadre tarifaire verront leur remboursement limité. Les montants et durées indiqués dans le tableau représentent les plafonds reconnus par le Groupe Mutuel. Si la facturation dépasse ces plafonds, le différentiel sera à votre charge. Les prestations conformes au cadre ne seront pas impactées.

3. Qu'est-ce qu'un niveau de base ? Et un niveau supérieur ?

Le document distingue deux niveaux :

- **Niveau supérieur** : Diplôme fédéral, Certificat de branche OrTra TC, Certificat de branche et certificat OrTra Artecura, Certificat OrTra MA, Brevet fédéral de massage médical, Pratique professionnelle du massage médical vdms-asmm, Ostéopathie : master suisse, diplôme CDS ou reconnaissance CRS, Naturopathe ASCA (méthodes N° 211, 231, 545), Naturopathe RME (méthodes N° 22, 131, 185), Naturopathe APTN, Membres NVS A
- **Niveau de base** : Aucun des niveaux de formation mentionnés ci-dessus.

Un thérapeute disposant d'un niveau « supérieur » est reconnu à ce niveau pour toutes les thérapies pour lesquelles il est accrédité.

4. Comment savoir si je suis considéré au niveau de base ou supérieur?

Vous pouvez vous fier à la liste communiquée par le Groupe Mutuel. Si vous possédez au moins l'une des reconnaissances définies comme supérieure, alors vos prestations seront remboursées au niveau supérieur pour l'ensemble des thérapies pour lesquelles vous êtes reconnus.

5. « Comment ont été fixés les plafonds de prise en charge et les catégories ? »

Les plafonds ont été définis à partir :

- Des données de facturation récentes (2023 à 2025) pour l'ensemble des produits couvrant la médecine alternative.
- De consultations avec les organes de reconnaissance (RME, ASCA, APTN, NVS/SPAK). Aussi, des contacts spontanés ont été initiés avec la CAMSuisse, la coopération d'organisations professionnelles. Pour les massages en particulier, une prise de contact a également été effectuée avec la VDMS.
- D'une volonté de prévenir les facturations excessives tout en ne pénalisant pas les pratiques appropriées.

6. Pourquoi avez-vous mis l'anamnèse à 10 minutes maximum? Je fais 30 minutes lors de la première séance de naturopathie (par exemple) et cela est essentiel au bon déroulement de l'ensemble du traitement.

Cette décision a été prise basé sur divers critères, incluant les données de facturation et des avis de professionnels, mais surtout la définition de l'anamnèse dans le tarif 590 et reflétée dans la FAQ de l'équipe des assureurs et organisations professionnelles. La description du Tarif 590 indique clairement : "qu'il s'agit de la récolte de données personnelles, antécédents médicaux, thérapies ou traitements antérieurs, médicaments, risques, etc., examens ainsi que diagnostics et résultats **indépendants de la Méthode et de la discipline.**" Ainsi, il en ressort que l'anamnèse ne devrait pas être plus longue pour une thérapie A que pour une thérapie B. Dès que les questions portent sur des aspects liés à la méthode/discipline, il faut alors utiliser la position tarifaire de la méthode/discipline pour la facturation.

7. J'habite à Zürich, pourquoi ai-je les mêmes plafonds que les thérapeutes pratiquant dans la campagne romande, qui ne sont pas confrontés aux mêmes coûts ?

Il est parfois reproché aux assurances maladies d'avoir des systèmes opaques. Avec cette mesure, nous souhaitons avoir quelque chose de très lisible à l'échelle nationale, afin d'en simplifier la lecture. Notez également que les plafonds fixés vont au-delà des pratiques de facturation usuelles dans les grandes villes également et ont pour vocation d'encadrer les prestations et réduire les inégalités.

8. « Pourquoi que 5 thérapies en > 1h? Pourquoi celles-là et pas d'autres ?»

Le Groupe Mutuel a défini cette catégorie en fonction de plusieurs éléments clés : données de facturation récentes (2023-2025), avis externes, consultations de registres et associations, ainsi que l'appui de certaines revues scientifiques.

En détails :

1. **Tomatis (1014)**: l'écoute quotidienne dure typiquement ~90 minutes, réparties sur plusieurs jours (programmes de 10-13 jours, etc.). L'efficacité rapportée dépend de la dose cumulée et d'un temps continu d'écoute pour faciliter la plasticité auditive et neurosensorielle.
2. **Rebalancing (1060)** : Les techniques manuelles profondes et le travail fascial demandent un temps suffisant pour atteindre couches tissulaires différentes et ensuite laisser un temps d'intégration (physiologique et neurovégétatif). Des séries de traitements structurés reposent sur des séances longues et non fragmentées ; réduire la durée risquerait d'affaiblir l'effet cumulatif attendu. Cela se traduit dans les données de facturation, qui indiquent une durée moyenne supérieure à 60 minutes.
3. **Oxygénothérapie (1099)**: Plusieurs guides cliniques et revues scientifiques rapportent des séances d'environ 60–90 minutes comme norme pour indications reconnues. L'efficacité biologique (diffusion tissulaire d'O₂, angiogenèse, effet antimicrobien) est dose-et-temps dépendante. Couper à 60 min sans justification clinique peut rendre le traitement sous-dosé.
4. **Kinésiologie (1060)**: La kinésiologie est une modalité individualisée et non standardisée ; les études et revues sur modalités individualisées soulignent la variabilité temporelle nécessaire pour assurer validité de la réévaluation et effet cumulatif. Les praticiens recommandent fréquemment des créneaux 60–90 min pour une session complète. Par ailleurs, les données de facturations au Groupe Mutuel indique des séances dépassant fréquemment l'heure.
5. **Art-thérapie (1217)** : ce code correspond, dans la logique du Tarif 590, à l'art-thérapie clinique au sens large, c'est-à-dire une intervention psychothérapeutique médiatisée par l'art. Vu que cette position représente un acte thérapeutique global avec un temps de création et un d'élaboration verbale, intégration, analyse des symboles et transfert, la durée requise peut aller jusqu'à 90 minutes selon la situation du patient. Les autres positions apparentées (thérapie par les marionnettes, la chromothérapie ou la thérapie par la couleur) sont techniquement monophasiques — la séance repose principalement sur l'exécution d'un exercice, une mise en scène ou un environnement lumineux/couleur, avec un temps d'échange limité.
Ces pratiques ne comportent pas de phase de verbalisation ou d'analyse approfondie, ce qui justifie un temps d'exécution plus court (45 à 60 min).

10. "Vous mettez certaines reconnaissances d'associations au même niveau que le brevet fédéral ? Comment est-ce possible ? Est-ce équivalent à vos yeux ?"

Le Groupe Mutuel a décidé de définir deux catégories distinctes afin de mettre en valeur certains diplômes et certaines reconnaissances. Il n'est pas ici question d'indiquer qu'une reconnaissance d'association est au même niveau qu'un diplôme fédéral, mais plutôt de mettre en avant le fait que ces reconnaissances sont mieux valorisées que les diplômes de base.

Ceci renforce également l'important lien avec les associations. Des cahiers des charges pertinents existent pour être Naturopathe ASCA, RME ou APTN ainsi membre NVS A, et ont pour vocation de garantir des prestations de qualité supérieures aux prestations effectuées avec un diplôme dit "de base".

11. Il est médicalement justifié de faire des séances plus longues pour ce patient. Merci de m'accorder le droit de dépasser les plafonds de durée.

Cette mesure est une mesure administrative. Ainsi, les thérapeutes restent libres de facturer au-delà des plafonds, mais doivent indiquer à leurs patients que le différentiel sera entièrement à leur charge.