8 TARMED

8.1. Généralités

Le TARMED est le tarif à la prestation qui s'applique dans toute la Suisse depuis le 01/01/2004, indépendamment du prestataire de service, pour les prestations médicales ambulatoires dans des cabinets médicaux et à l'hôpital.

> Cette nouvelle structure tarifaire unique pour toute la Suisse permet une meilleure transparence et autorise des analyses et comparaisons des coûts.

Pas décompté avec le TARMED mais figurant éventuellement sur la facture conjointement avec le TARMED:

- **Liste des analyses (LA)** *www.bag.admin.ch/al*
- **Médicaments (LS)** *www.sl.bag.admin.ch*
- **Moyens et appareils (LiMA)** *www.bag.admin.ch/migel*
- **Prestations thérapeutiques** comme la physiothérapie, l'ergothérapie, les conseils diététiques, etc.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.2. Révision de TARMED à partir du 01/01/2018

ATTENTION
Les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur une structure tarifaire unique applicable dans toute la Suisse. Le Conseil Fédéral met par conséquent ses compétences (d'assistance) subsidiaires à profit pour l'ajustement des structures tarifaires des prestations individuelles. Il adapte le tarif TARMED nécessitant une révision en date du 01/01/2018 et le fixe simultanément comme structure tarifaire unique applicable dans toute la Suisse. Cette intervention du Conseil Fédéral se base sur un article de la Loi fédérale relative à l'assurance maladie (LAMal). La nouvelle version du TARMED 01.09 élaborée par le Conseil fédéral concerne en conséquence uniquement le secteur de l'assurance maladie. Tous les postes du tarif concernant exclusivement le domaine AA/AM/AI ont été supprimés dans la nouvelle version 01.09. La Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) a décidé de ne pas s'aligner sur la version TARMED 01.09 du 01/01/2018. Elle ne souhaite l'introduire de manière prévisionnelle qu'à partir du 01/04/2018 et veut ensuite la compléter avec des prestations supplémentaires pertinentes pour la CTM (AA/AM/AI) (Code tarif 007).

Cela rend une solution transitoire nécessaire pour le domaine AA/AM/AI:

Cabinets médicaux
Jusqu'au 31/03/2018 inclus, seules les prestations de la version TARMED

1.08_BR seront acceptées.

Hôpitaux
La CTM (Commission des tarifs médicaux LAA) laisse les hôpitaux libres de décider d'après quelle version TARMED ils souhaitent facturer à compter du 01/01/2018. Les positions tarifaires dans le domaine des prestations AA/AM/AI, qui ont été supprimées de la version 01.09, peuvent être facturées ultérieurement par les hôpitaux concernés à compter du 01/04/2018 rétroactivement jusqu'au 01/01/2018 sur la base du nouveau tarif AA/AM/AI.

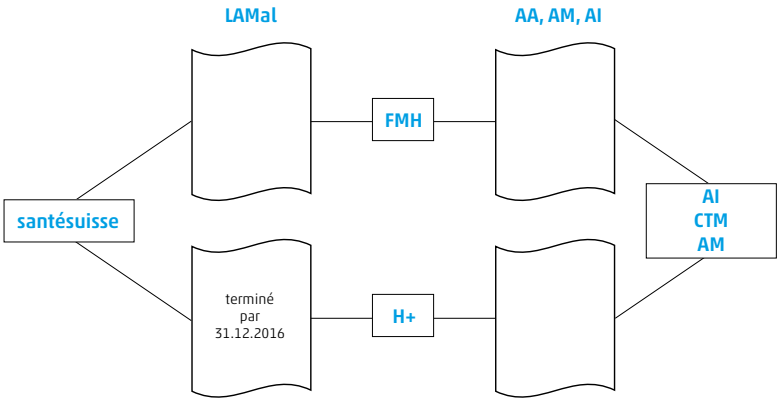
8.3. Bases légales

Les bases légales sont fixées dans les lois respectives sur les assurances. Toutes les prestations fournies doivent être efficaces, appropriées et économiques (EAE).

8.4. Bases contractuelles

Des contrats-cadres ont été conclus pour le lancement et l'application du TARMED et pour le traitement uniforme des prestations à payer. Des contrats dans le domaine LAMal et d'autres dans le domaine AA/AM/AI ont été conclus.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag



Les contrats cadres et leurs annexes comprennent autre autre des des conventions sur

- le transfert électronique des données
- un formulaire de facturation unique
- la neutralité des coûts
- les diagnostics/codes diagnostiques
- Commission paritaire d'interprétation (CPI)
- Commission paritaire de confiance (CPC)
- Exigence de qualité
- Concept des valeurs intrinsèques

En plus des contrats-cadres, il existe **des contrats d'affiliation cantonaux** entre les associations cantonales de la FMH et santésuisse dans le secteur des assurances hospitalières. Ces contrats fixent les détails du déroulement d'opérations comme p. ex. le mode de paiement et les valeurs des points tarifaires.

8.5. Organisation et commissions

Les commissions (PaKoDig, CIP, CPT) se composent respectivement de deux à trois représentants des fournisseurs de prestations (H+ et FMH) et des services payeurs (santésuisse et CTM/AM/AI). Mais seuls deux membres ont le droit de vote par commission. Une troisième personne au sein de la commission joue uniquement le rôle d'assesseur. En outre, 2 personnes de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) sont également représentées. Ces dernières n'ont qu'un statut d'observateurs.

Commission de contrôle paritaire de la banque de données des valeurs intrinsèques (PaKoDig)
La PaKoDig est chargée du contrôle de la banque de données des valeurs intrinsèques et de la reconnaissance des unités fonctionnelles. Elle affecte entre autres les différentes valeurs intrinsèques aux numéros GLN des médecins habilités. Elle fixe également les exigences à remplir par un bloc opératoire en matière d'infrastructure et de personnel pour qu'il puisse être pris en compte pour la prestation correspondante.

Commission paritaire d'interprétation (CPI)
Si les fournisseurs de prestations et assureurs ne sont pas du même avis, la CPI du TARMED interprète leurs positions. Elle n'a pas le droit de modifier le tarif ou sa structure. Si la CPI conclue qu'une modification est nécessaire, elle transmet le dossier correspondant à la CPT. Sur les sites Internet des partenaires sociaux de TARMED, vous trouverez un aperçu de toutes les décisions de la CPI.

En principe, tous les fournisseurs de prestations et assureurs peuvent s'adresser à la CIP. Afin d'éviter que les mêmes demandes soient déposées plusieurs fois, il est recommandé d'envoyer les demandes via une organisation faîtière (FMH, H+, etc.). Ces organisations se chargent de remplir le formulaire de demande ou apportent leur concours pour le remplir.

Commission paritaire tarifaire (CPT)
L'objectif de la CPT consiste à évaluer toutes les modifications touchant à la structure des tarifs de TARMED.

8.6. Forum Échange de données

Organisation et objectif

Le Forum Échange de données est un groupement de représentants des fournisseurs de prestations et des prestataires de service. Il vise à harmoniser les standards des échanges électroniques de données au sein du système de santé suisse entre les fournisseurs de prestations et les services payeurs. L'objectif consiste à fixer des principes pour les standards de transmission, les données de base de référence ainsi que les critères en matière de sécurité.

Codes tarifaires/Numéros tarifaires

Le Forum Échange de données octroie des numéros tarifaires pour les différents tarifs ou groupes de prestations. Ils sont surtout importants pour les décomptes électroniques. Ci-après, vous trouverez un extrait des principaux codes tarifaires.

Code tarifaire	Désignation du tarif
001	TARMED
002	Forfaits TARMED
007	Tarif médical AA/AM/AI
317	Liste fédérale des analyses
400	Catalogue des médicaments Pharmacode
402	Catalogue de médicaments GTIN (LS / HL / LPPA / LiMA)
410	Liste des médicaments avec tarif (LMT)

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

452	LiMA Liste des moyens et appareils
940	Tarif hospitalier pour d'autres prestations
999	Prestations qui ne sont contenues dans aucun des tarifs cités

Vous pourrez consulter une liste complète de tous les codes sur le site Internet du Forum Échange de données.

En général, les logiciels des cabinets médicaux sont programmés de sorte que les prestations se voient affecter automatiquement le code tarifaire correct. Sur la facture, les codes tarifaires sont listés dans la colonne «Tarif».

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
		Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.															
21.08.2014	001	00.0140			1	1.00	9.57	1.00	0.82	8.19	1.00	0.82	1	1	0	0	14.57
		Behandlung durch den Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie, pro 5 Min.															
21.08.2014	001	00.1570			2	8.00	11.48	1.00	0.82	9.34	1.00	0.82	1	1	0	0	136.58
		Haut-Test, konfektioniert, perkutan (Prick, Scratch), bis 30 Tests															
21.08.2014	001	04.0100			2	1.00	9.57	1.00	0.82	51.74	1.00	0.82	1	1	0	0	50.28
		Test mit individuellem Testmaterial, perkutan, Grundleistung															
21.08.2014	001	04.0125			2	1.00	19.13	1.00	0.82	20.70	1.00	0.82	1	1	0	0	32.66
		+ Aufbereitung von Testmaterial für Tests mit individuellem Testmaterial, pro 10 Min.															
21.08.2014	001	04.0076	04.0125		2	1.00	9.57	1.00	0.82	20.70	1.00	0.82	1	1	0	0	24.82
		Messung ausgeatmetes Stickstoffmonoxid (eNO)															
21.08.2014	001	15.0285			2	1.00	19.76	1.00	0.82	39.67	1.00	0.82	1	1	0	0	48.73
		Behandlung durch den Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie, pro 5 Min.															
18.09.2014	001	00.1570			2	5.00	11.48	1.00	0.82	9.34	1.00	0.82	1	1	0	0	85.36
		Test mit individuellem Testmaterial, perkutan, Grundleistung															
18.09.2014	001	04.0125			2	1.00	19.13	1.00	0.82	20.70	1.00	0.82	1	1	0	0	32.66
		+ Aufbereitung von Testmaterial für Tests mit individuellem Testmaterial, pro 10 Min.															
18.09.2014	001	04.0076	04.0125		2	1.00	9.57	1.00	0.82	20.70	1.00	0.82	1	1	0	0	24.82
		Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text															
19.09.2014	001	00.2285			2	1.00	21.04	1.00	0.82	18.03	1.00	0.82	1	1	0	0	32.03
		+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text															
19.09.2014	001	00.2295	00.2285		2	1.00	17.22	1.00	0.82	14.75	1.00	0.82	1	1	0	0	26.22
		AVAMYS Nasenspray 27.5 mcg/Dosis 120 Dos															
18.09.2014	400	3722320			2	1.00	24.95		1.00						0	0	24.95

Les assureurs utilisent souvent des codes tarifaires dans les règles pour la vérification électronique des factures. Le personnel médical, qui travaille dans le domaine de la facturation, devrait connaître le code tarifaire ou le numéro de tarif. Les rejets avec les énoncés suivants ou similaires ne sont pas rares (uniquement à titre d'exemples):

«Le tarif 400 nécessite la saisie d'un Pharmacode»
«La valeur de point tarifaire pour le tarif 001 est de -.82»
«Tarif 452: Montant maximal dépassé»

Formulaire de facturation

Pour le décompte des prestations du TARMED, il faut obligatoirement utiliser le «formulaire de facturation uniforme» prévu à cet effet. Le Forum Échange de données a autorisé pour cela un formulaire pour les médecins et un pour les hôpitaux. Entre-temps, il existe plusieurs versions de ces formulaires, qui peuvent être téléchargées sur le site Internet du Forum Échange de données. Des modifications ont été apportées à chaque nouvelle publication de ces formulaires. Les fournisseurs de prestations peuvent choisir eux-mêmes la version avec laquelle ils décomptent les prestations.

Nous présentons ici comment il faut lire un tel formulaire de facturation en présentant l'exemple du formulaire «Release 4.0».

La façon de lire une facture TARMED:

Source : santésuisse

Facture TP

Release • 4.0 **M**

	Document	• 101 7333.0 24.02.2004 14:11:00.00				Page • 01
1	**Auteur facture**	N° EAN	• 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel	
		N° RCC	• L555555	Tel: 061 111 11 11	Fax: 061 111 11 11	E-mail:
2	**Four. de prestations**	N° EAN	• 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel	
		N° RCC/No NIF	• L555555	Tel: 061 111 11 11	Fax: 061 111 11 11	E-mail:

3	**Patient**	Nom	• Muster	No EAN •
		Prénom	• Peter	
		Rue	• Mustergasse 1	
		NPA	• 4099	
		Localité	• Basel	4 HMO Gesundheitsplan
		Date de naissance	• 10.10.1942	Kirschgartenstr. 7
		Sexe	• M	4051 Basel
		Date cas	•	
		N° cas/décision	•	
		N° AVS	•	
		N° assuré	• 100.100.000.	
		N°/Nom entreprise	•	
		Canton	• BS	
		Copie de facture	• Non	
		Type de remb.	• TP	
		Loi	• LAA	
		Motif traitement	• Accident	
		Traitement	• 22.01.2004	5 N° facture • 7333
		Lieu fourn. prest.	• Cabinet médical	Date facture/rappel • 24.02.2004

Mandataire	N° EAN / N° RCC	• 6
Diagnostic	• N9 7	
Liste EAN	• 1/7601000128584	
Commentaire	HMO ÖKK	

Date 8	Tarif 9	Code	Code réf.	Sé	Cò	Quantité	Pt PM/Prix 11	f PM	VPt PM 12	Pt PT 13	fPT	VPt PT 14	E	R 15	P	T	Montant 16
		Consultation, première période de 5 min (consultation de base)															
• 22.01.2004	001	00.0010				1 10	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
		+ Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)															
• 22.01.2004	001	00.0020	00.0010			1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
		+ Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)															
• 22.01.2004	001	00.0030	00.0010			1	4.78		0.93	4.10		0.93	1	1	0	3	8.26

1 Médecin qui établit la facture
2 Médecin qui fournit la prestation (le plus souvent identique à 1)
3 Données personnelles du patient
4 Adresse du destinataire de la facture
5 Numéro de la facture et date de la facture
6 Médecin, le cas échéant, qui a demandé le traitement
7 Code du diagnostic selon la liste des diagnostics
8 Dates des traitements
9 Numéro du tarif appliqué (par ex. : 001 = Tarmed, 316 = liste des analyses de laboratoire)
10 Quantités facturées par position de tarifs
11 Valeur du point de la prestation médicale. Par ex. : « Consultation, premières 5 minutes » , vaut 9,57 points
12 Valeur du point de la prestation médicale (actuellement la valeur est de CHF 0,93)
13 Valeur du point de la prestation technique
14 Nombre de points de la prestation technique
15 Code de la prestation prise en charge (0 = prestation prise en charge selon la LAMal, 1 = prestation non prise en charge)
16 Le montant en CHF des diverses positions du tarif se calcule de la manière suivante : (valeur du point de la prestation médicale x nombre de points de la prestation méd.) + (valeur du point de la prestation technique x nombre de points de la prestation technique).
17 Totaux partiels des divers domaines en CHF
18 Montant total de la facture en CHF

17	TARMED PM	22.25	(23.92)	Physio	0.00	LiMA	0.00	Autres	0.00	
	TARMED PT	19.05	(20.48)	Laboratoire	0.00	Médic.	0.00	Cantonal		

18	• **Montant total**	**CHF**	**41.30**	**dont pr.obl.**	**41.30**	**Acompte**	**0.00**	**Montant dû**	**41.30**

010000041302>8132530000000000075000073337+ 012000159>

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.7. Le tarif

Généralités

Le système TARMED comprend toutes les prestations médicales usuelles, soit actuellement environ 4.600 positions. La valeur de toutes les prestations sont exprimées en points tarifaires. Le TARMED Browser sert d'ouvrage de référence.

Le tarif est représenté dans des versions contenant respectivement des ajustements actualisés suite à de nouvelles conditions cadres ou de nouvelles lois. En général, la version la plus actualisée peut être téléchargée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ou être demandée à des organisations faîtières (FMH, H+, etc.).

Il faut tenir compte du fait que, pour des raisons de coûts, tous les partenaires ont décidé de ne publier qu'une seule nouvelle version du TARMED par an.
Tout ce qui change/est décidé entre les différentes versions, est fixé dans les décisions de la CIP.

Structure du TARMED Browser

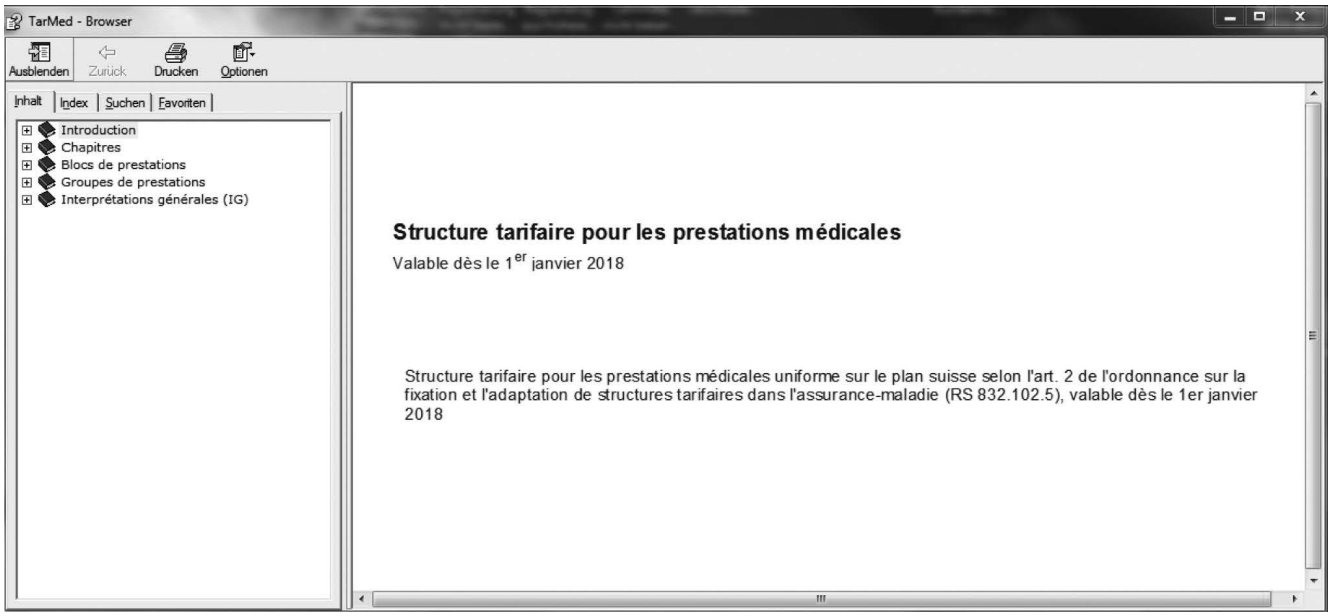


Illustration: Page d'accueil du TARMED Browser Version 01.09., valable à partir du 01.01.2018

Introduction

Abréviations/Acronymes dans le TARMED

Ici, vous trouverez la signification des abréviations utilisés dans le Browser TARMED.

Chapitres

Le TARMED contient actuellement 36 chapitres. Un chapitre résume toutes les prestations d'un secteur précis: Le chapitre 00 comprend les prestations de base et les chapitres 01 à 39 les prestations spécifiques. La plupart des chapitres sont en outre divisés en sous-chapitres qui permettent de procéder à un classement supplémentaire des prestations.

Les chapitres et leurs sous-chapitres visent surtout à obtenir une plus grande clarté du tarif:
Les chapitres et sous-chapitres contiennent des règles de décompte et d'interprétation valables pour toutes les positions tarifaires citées dans le chapitre/sous-chapitre respectif mais qui n'ont pas besoin d'être citées pour chacune des positions.

Les interdictions de cumul («non cumulable avec», «cumulable uniquement avec», etc.) restent également mieux ordonnées grâce aux chapitres et sous-chapitres: Afin de ne pas avoir à citer chaque chiffre tarifaire, il est possible de fixer des interdictions de cumul au niveau des chapitres ou des sous-chapitres.

En outre, les chapitres et leurs sous-chapitres aident à chercher une prestation ou un chiffre tarifaire précis. Quand on sait à quelle spécialité appartient une prestation, la recherche du numéro tarifaire afférent peut être limitée au chapitre correspondant. C'est très utile pour la version offline du TARMED Browser car la fonction de recherche affiche alors des résultats correspondant exactement au terme de recherche saisi. Des parties de mots concordants ne sont pas affichées dans les résultats de recherche. Pour la recherche «Mammaire», le chiffre tarifaire 39.1830 ne s'affiche pas car le terme de «Mammaire» n'y figure pas en tant que tel (uniquement opération mammaire).

Si on ne connait pas l'énoncé exact d'une prestation, la fonction de recherche est souvent inutile et il faut procéder à une recherche «manuelle» dans les chapitres.

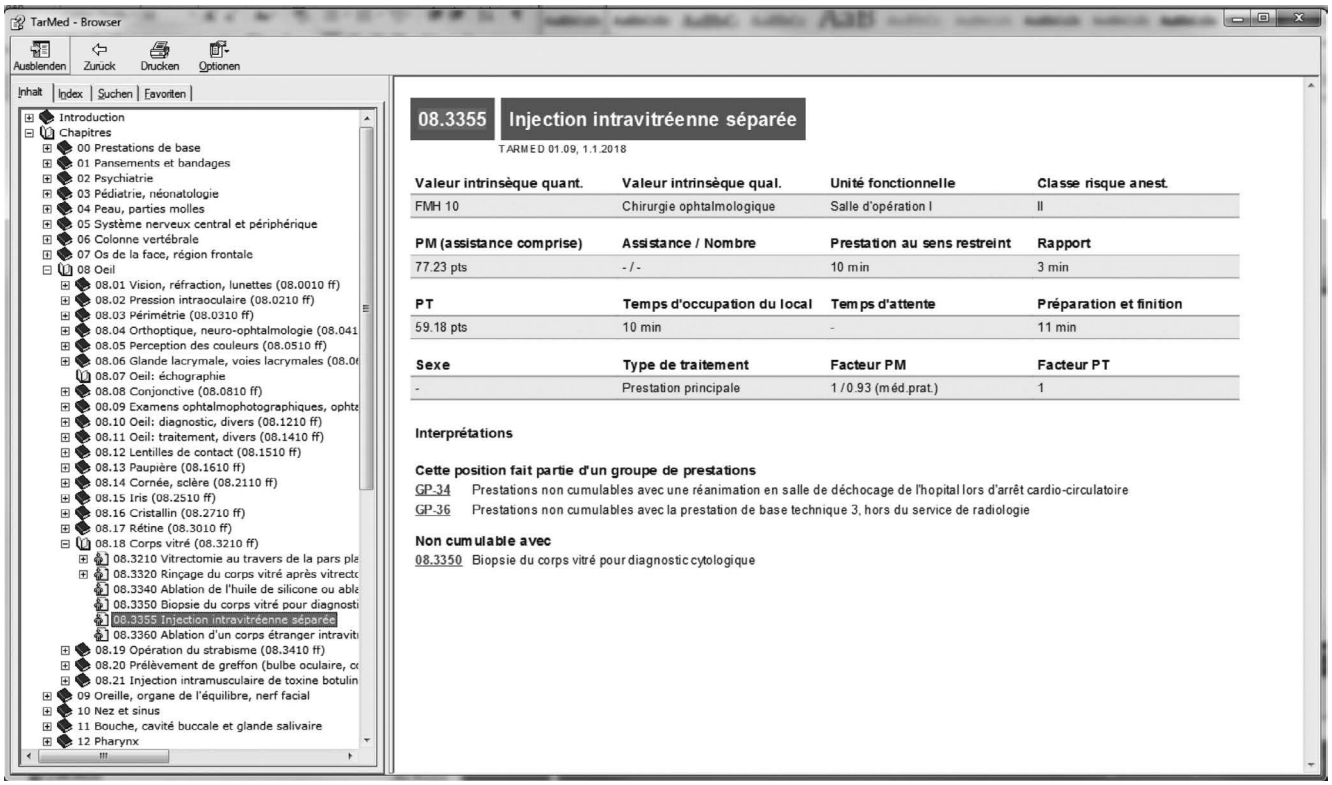
2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exercice 8.7.1

Exercice

Dans le TARMED Browser, cherchez le chiffre avec lequel vous pourrez décompter une injection de Lucentis.

Le chiffre tarifaire correct pour une injection de Lucentis est 08.3355. Vous le trouverez dans le chapitre 08 «Ophtalmologie», sous-chapitre 08.18 «Corps vitré». Il faut chercher le chiffre «manuellement» dans le chapitre ou le sous-chapitre ou saisir l'énoncé correct pour la recherche (intravitréenne et/ou injection) et ensuite consulter tous les résultats de recherche du chapitre 8 dans la barre de navigation du TARMED Browser.



Blocs de prestations

Tous les blocs de prestations existants (BP) sont cités dans cette partie du TARMED. Les blocs de prestations regroupent les prestations qui peuvent être cumulées les unes avec les autres dans une même séance mais pas avec une autre prestation du tarif. Vous trouverez d'autres règles et exceptions dans les IG-45.

Groupes de prestations

Les groupes de prestations (GP) sont des listes de prestations présentant une caractéristique tarifaire commune précise. Les dispositions concernant les différents groupes de prestations sont fixées dans les IG-47.

http://www.tarmed-browser.ch/fr/groupes-de-prestations

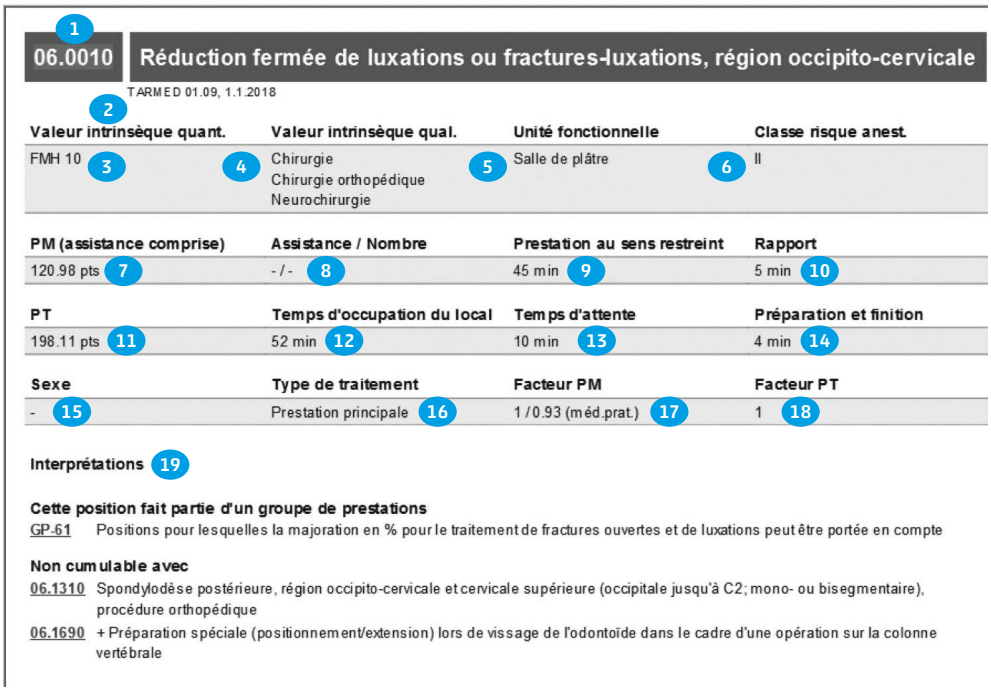
Structure des différents tarifs

Numérotation des prestations du TARMED

Les positions tarifaires du TARMED se composent de six chiffres, sachant que les deux premiers sont séparés par un point des chiffres suivants. Ils représentent le chapitre dans lequel se trouve la position tarifaire.
Exemples : La position **00**.0010 «Consultation, 5 premières minutes» se trouve dans le chapitre **00** «Prestations de base», **04**.0950 «Extraction d'un ongle» dans le chapitre **04** «Peau, tissus mous»

Quelles sont les informations qui figurent dans la position tarifaire du TARMED Browser?

Les exigences, permettant de procéder à un décompte, sont citées en détail dans le TARMED. Afin de pouvoir lire ces informations dans le tarif, il faut connaître la signification des champs dans le Browser. Ci-après, vous trouverez l'explication pour les différentes informations pour la position tarifaire 06.0010:



1 **06.0010** **Réduction fermée de luxations ou fractures-luxations, région occipito-cervicale**

TARMED 01.09, 1.1.2018

2

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 10 3	4 Chirurgie Chirurgie orthopédique Neurochirurgie	5 Salle de plâtre	6 II

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
120.98 pts 7	- / - 8	45 min 9	5 min 10

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
198.11 pts 11	52 min 12	10 min 13	4 min 14

Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
- 15	Prestation principale 16	1 / 0.93 (méd.prat.) 17	1 18

Interprétations 19

Cette position fait partie d'un groupe de prestations

GP-61 Positions pour lesquelles la majoration en % pour le traitement de fractures ouvertes et de luxations peut être portée en compte

Non cumulable avec

06.1310 Spondylodèse postérieure, région occipito-cervicale et cervicale supérieure (occipitale jusqu'à C2; mono- ou bisegmentaire), procédure orthopédique

06.1690 + Préparation spéciale (positionnement/extension) lors de vissage de l'odontoïde dans le cadre d'une opération sur la colonne vertébrale

Exercice

Exercice 8.7.2

Lisez la page du TARMED avec la position tarifaire 06.0010.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Expliquez les différents champs

	Description	Explication
1	**Numéro de la position Texte de la position**	Dans le TARMED, chaque prestation a un numéro de position et un titre où le contenu de la position est décrit de façon succincte.
2	**Version**	Ici, vous trouverez la version dans laquelle les informations ont été saisies.
3	**Valeurs intrinsèques quantitatives**	Les valeurs intrinsèques quantitatives sont des paramètres servant uniquement au calcul. À partir du 1er janvier 2018, le même paramètre de valeurs intrinsèques (taux horaire) est appliqué pour tous les niveaux (de FMH 5 à FMH 12). De plus amples informations sous «Valeurs intrinsèques quantitatives / Facteur d'échelle PM» sur la page 147
4	**Valeurs intrinsèques qualitatives**	Les valeurs intrinsèques qualitatives indiquent les titres de formation continue (titre de spécialiste, certificats de capacité/d'aptitude technique) qui autorisent un fournisseur de prestations à décompter une prestation aux assurances sociales. De plus amples informations sous «Valeurs intrinsèques qualitatives» sur la page 146
5	**Unité fonctionnelle**	Par unité fonctionnelle, on entend les exigences en matière technique, de locaux et de personnel pour fournir la prestation respective. De plus amples informations sous «Unités fonctionnelles» sur la page 147
6	**Classe de risque d'anesthésie**	Si une prestation justifie une anesthésie, vous trouverez ici la classe de risque maximale que vous pourrez décompter. De plus amples informations sous «Classe de risque d'anesthésie» sur la page 148
7	**PM (y compris assistance)**	Nombre de points tarifaires pour les prestations médicales. Le calcul s'effectue à partir de la somme de minutage de la prestation au sens restreint, préparation et finition et rapport multiplié par le ratio des coûts des valeurs intrinsèques quantitatives.
8	**Assistance / Dotation**	Nombre de points tarifaires prévus pour l'assistance (honoraire d'assistance). Ces points tarifaires ne doivent pas être décomptés en supplément. Ils sont déjà inclus dans les PM de la position respective. Ne valent pas comme assistance le personnel du cabinet ainsi que l'équipe chirurgicale. Dotation: Correspond au nombre des assistants indemnisés. L'indemnisation s'effectue indépendamment du nombre des assistants qui sont effectivement intervenus. Cf. également les IG-35.
9	**Prestation au sens restreint**	Prestation au sens restreint: Durée moyenne pour l'exécution de la prestation (préparation/finition et rapport).
10	**Rapport**	Ce champ contient la durée moyenne nécessaire pour rédiger le rapport. Le temps nécessaire est déjà inclus dans la PM! Cf. ici aussi le «Rapports» sur la page 169 et les IG-14.
11	**PT**	Nombre de points tarifaires pour les prestations techniques: Ils comprennent les frais de personnel, les frais d'exploitation, la ventilation des coûts et les frais d'amortissement des installations. Vous trouverez de plus amples détails dans les IG-42. Sont également déjà inclus dans le calcul l'occupation des locaux et les périodes d'alternance.
12	**Occupation des locaux**	Durée de l'occupation de l'infrastructure pour l'exécution des prestations pour le patient. La durée nécessaire est contenue dans les PT.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

	Description	Explication
13	**Alternance**	Période nécessaire pour l'ajustement/la préparation de l'infrastructure entre deux patients. La durée nécessaire est en principe comprise dans les prestations techniques de base. Cf. également les IG-37
14	**Préparation et finition**	Durée nécessaire pour la préparation et finition d'un examen/du traitement. Elle comprend par exemple les préparatifs du chirurgien (se laver les mains, s'habiller, etc.), les préparatifs pour le patient (y compris le marquage de l'endroit à opérer, la désinfection et l'installation du cautère, de l'optique et de l'aspirateur) ainsi que la préparation et finition pour l'anesthésie.
15	**Sexe**	Dans la mesure où une prestation est réservée à un seul sexe, les dispositions correspondantes sont fixées ici.
16	**Type de prestation**	Les différents types de prestations du TARMED sont les prestations principales, les prestations supplémentaires et les prestations de référence. Vous trouverez de plus amples explications au chapitre «Types de prestations» sur la page 145.
17	**Facteur d'échelle PM**	Grâce au facteur d'échelle PM, les points tarifaires PM peuvent être augmentés (facteur >1) ou réduit (facteur <1). Cet élément a été introduit à compter du 1er janvier 2018 pour les médecins ayant le seul titre de « médecin généraliste ». Pour toutes les prestations fournies par un médecin généraliste, les points tarifaires PM ne peuvent être facturés qu'avec 0,93 pour chaque prestation. Cette réduction correspond à l'amélioration injustifiée de ces médecins due à l'uniformisation du paramètre de calcul de valeurs intrinsèques pour valeurs intrinsèques quantitatives.
18	**Facteur d'échelle PT**	Le facteur d'échelle PT est de 1. Si dans certains cas les prestations techniques doivent être réduites ou augmentées, alors cela est possible grâce au facteur d'échelle.
19	**Interprétations**	Ici figurent des explications/précisions concernant la prestation ainsi que des informations importantes pour le décompte. Dans la mesure où une décision CIP a été prise, elle est en général intégrée dans une version ultérieure du TARMED Browser.

Sous **19) Interprétations** figurent en outre différents règlements et différentes limites:	
Age	Si une prestation n'est autorisée que pour une certaine tranche d'âge, on trouve ici l'âge et une limite de tolérance (plus/moins nombre de jours).
Quantité	Les limites de quantité peuvent être valables «par séance», «par jour», «par mois», «par an» ou «par cas», «par patient», «par coté», etc.
Côté	Si le terme «Côté» figure dans les interprétations, ce qui suit s'applique: Pour cette position, il faut toujours indiquer de quel côté la prestation a été fournie.
Non cumulable avec **Uniquement cumulable avec**	La position indiquée ne doit pas ou pas seulement (en fonction de la formule employée dans le règlement) être décomptée avec les chapitres, sous-chapitres, groupes de prestations, positions tarifaires etc. cités ici. Les règles de cumul d'une prestation principale s'appliquent également aux prestations supplémentaires.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Types de prestations

Prestations principales et prestations supplémentaires

Toutes les prestations citées dans le TARMED sont divisées en prestations principales et prestations supplémentaires. Les prestations principales peuvent être décomptées seules. Les prestations supplémentaires ne peuvent être décomptées qu'avec une prestation principale, sachant qu'on distingue en fonction de la prestation supplémentaire si cette dernière doit être affectée ou non. Cf. également les IG-6.

Qu'est-ce qu'on entend par «prestation de référence»?

La prestation de référence est la position du TARMED de la prestation (principale) à laquelle se réfère une prestation supplémentaire. Il faut obligatoirement indiquer la prestation de référence lors de la facturation des prestations supplémentaires. Elles sont citées dans la colonne «Chiffre de référence» directement après le «Chiffre tarifaire»:

Tarif	Code	Code réf.	Sé	Cò	Quantité	Pt PM/Prix	f PM	VPt PM	Pt PT	fPT	VPt PT	E	R	P
9	**Consultation, première période de 5 min (consultation de base)**					11		12	13		14		15	
001	00.0010		1		1 10	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0
	+ Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)													
001	00.0020	00.0010	1		1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0
	+ Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)													
001	00.0030	00.0010	1		1	4.78		0.93	4.10		0.93	1	1	0

Prestation de référence

Une prestation de référence est une prestation principale pour laquelle il faut obligatoirement indiquer une prestation de référence lors de la facturation. Les prestations d'anesthésie (28.0120 sqq.) sont par exemple de telles prestations de référence. L'anesthésie est effectuée dans le cadre d'une opération et doit donc se référer à une prestation de ce type.

Composant de «Prestations générales de base»/Pro Memoria

Certaines prestations du TARMED ne contiennent pas de points tarifaires et le titre de la position contient la mention suivante: Composant de «prestations générales de base». Cela signifie qu'il n'y a pas eu de facturation de prestations pour ces interventions. Le temps nécessaire peut être décompté via les positions tarifaires de la consultation ou de la visite figurant au chapitre 00.01 «Prestation générale de base».

Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de prestations de ce type:

00.0710	Ponction, veineuse, pour prélèvement sanguin, toutes les localisations
01.0030	Bandages confectionnés, non durcissant/Attelles confectionnées, catégorie I
04.1140	Rinçage de la plaie par un spécialiste
08.0810	Retirer des corps étrangers en cas de conjonctivite, sans incision, par œil
09.0920	Nettoyage du conduit auditif
20.0790	Retirer un cathéter de dialyse péritonéale/drain péritonéal

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Valeurs intrinsèques et acquis

Le TARMED tient compte des formations et formations continues des médecins. Ainsi, tous les fournisseurs de prestations ne sont plus en droit de fournir la totalité des prestations. Ils doivent au contraire avoir suivi des formations et formations continues précises. En échange, les prestations exigeant une formation supplémentaire sont rémunérées à un taux plus élevé que les prestations autorisées pour tous les médecins.

Il existe un concept pour les valeurs intrinsèques, qui peut être consulté par exemple sur le site Internet du SCTM en cliquant sur la rubrique « Valeurs intrinsèques et Droit acquis»: *www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/tarmed/*

Valeurs intrinsèques qualitatives
Les valeurs intrinsèques qualitatives reposent sur la règlementation de la formation postgraduée (RFP) de la FMH. Les valeurs intrinsèques qualitatives indiquent les titres de formation postgraduée – titres de spécialistes, points forts, certificat de capacité/d'aptitude technique selon le RFP – qui autorisent à décompter une prestation aux assurances sociales. Les valeurs intrinsèques qualitatives «tous» autorisent tous les médecins à décompter la prestation correspondante.

Lors de la remise des diplômes, tous les médecins se voient attribuer un GLN (Global Location Number) par l'OFSP. Pour les médecins titulaire d'un diplôme étranger, le GLN est attribué lors de la reconnaissance du diplôme. Le GLN sert à identifier clairement une personne médicale, ce qui est entre autre nécessaire pour la facturation électronique.

L'OFSP est tenu, lors de l'attribution du GLN, de saisir les formations du médecin dans le registre des professions médicales. La FMH y enregistre les formations postgraduées des médecins et les autorités cantonales enregistrent les autorisations de pratiquer. Ainsi, le registre des professions médicales est un ouvrage de référence fiable pour contrôler les valeurs intrinsèques qualitatives: *www.medregom.admin.ch*

La PaKoDig fournit également des renseignements sur les valeurs intrinsèques qualitatives. Pour toute question, veuillez contacter les interlocuteurs compétents de la FMH ou de H+.

Exercice

Exercice 8.7.3

Que signifient les abréviations citées? Recherchez sur Internet à quoi correspondent les codes ci-dessous.

EAN	*International Article Number, à l'origine European Article Number (l'abréviation n'a pas changé) : correspond aujourd'hui au GLN*
GLN	*Global Location Number : Numéro d'identification des personnes médicales enregistrées respectivement/ou de toute personne physique ou morale*
RCC	*Registre des codes-créanciers : Liste des fournisseurs de prestations des assureurs suisses. (Pour faire la demande d'un numéro RCC, il est nécessaire de fournir un GLN.)*

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Valeurs intrinsèques quantitatives / Facteur d'échelle PM
Les valeurs intrinsèques quantitatives sont des paramètres servant uniquement au calcul. À partir du 1er janvier 2018, le même facteur de valeurs intrinsèques (taux horaire 0.985) est appliqué pour tous les niveaux (de FMH 5 à FMH 12). Cette uniformisation permettrait d'améliorer le statut des médecins avec le titre de « médecin généraliste », ce que l'on veut éviter en raison du raccourcissement significatif de la période de formation par rapport aux autres médecins. Pour cette raison, le facteur d'échelle PM a été introduit. Ainsi les PM seront réduites chez les « généralistes » (taux horaire 0.93).

Acquis
La garantie des acquis garantit que le médecin peut exercer son métier dans le cadre habituel des prestations comprises dans le TARMED: Le médecin peut continuer à décompter des prestations qu'il a fourni régulièrement et qualitativement avant l'entrée en vigueur de la structure du tarif du TARMED, même s'il ne possède pas de titre postgradué correspondant ou les valeurs intrinsèques qualitatives. Seuls les médecins, qui font valoir ce droit en l'espace de trois ans après l'entrée en vigueur du TARMED, peuvent profiter de ce règlement.

Unités fonctionnelles

Reconnaissance
Par unité fonctionnelle, on entend les exigences en matière technique, de locaux et de personnel pour fournir une prestation. Des critères de délimitation sont nécessaires pour certaines prestations car elle pourraient également être effectuées dans le cabinet dans des unités inférieures du TARMED. C'est pourquoi les unités suivantes ont besoin d'une reconnaissance:

1. Salle d'opération de cabinet médical, OP I, OP II et OP III
2. Soins intensifs
3. Intermediate Care (unité de surveillance continue)
4. Service des urgences
5. Prestations non-médicales en psychiatrie hospitalière (chap. 02.02)
6. Psychiatrie, prestations ambulatoires non-médicales (chap. 02.04)
7. Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical
8. Étude du sommeil
9. Unité d'exploitation Institut de radiologie
10. Thérapie interventionnelle de la douleur

Si un fournisseur de prestation remplit les conditions requises pour une unité, il doit la notifier à la FMH ou H+ au moyen d'une formulaire d'auto-déclaration. La PaKoDig contrôle l'exactitude des déclarations au moyen d'échantillonnages.

Des informations supplémentaires figurent dans le «Concept sur la reconnaissance des unités selon le TARMED», qui peut être consulté sur les sites Internet des partenaires de TARMED.

Salle d'opération du cabinet médical
Toutes les interventions chirurgicales pouvant s'effectuer en OP I peuvent également être exécutées dans une salle OP d'un cabinet médical reconnu. Dans ce cas, la PT est réduite de 40% et correspond donc à 60% de la PT en vigueur pour la prestation correspondante dans l'unité OP I. La réduction PT s'effectue avec la position tarifaire 35.0020.
Dans ce cas, il est possible de facturer en plus la position tarifaire 35.0010 «Prestation technique de base OP reconnu dans un cabinet».

Exemple

35.0010	Prestation de base technique pour salle d'opération de cabinet médical accréditée					35.0010
Valeur intrinsèque quantitative -	**Valeur intrinsèque qualitative** Pas de valeur intrinsèque qualitative		**Unité fonctionnelle** Salle d'opération de cabinet médical		**Classe de risque anesthésique** -	
PM (assistance comprise) -	**Assistance** -	**Nombre d'assistants** -	**Prestation au sens restreint** -	**Préparation et finition** -	**Rapport** -	**Temps supplémentaire médical lié à la prestation** -
PT 107.79 pts	**Temps d'occupation du local** -				**Temps d'attente** 25 min	
Sexe -	**Type de prestation** Prestation de référence	**Type de traitement** -	**Facteur de supplément, de réduction PM** 1.00		**Facteur de supplément, de réduction PT** 1.00	

Interprétation médicale
Ne vaut que pour des prestations de l'unité fonctionnelle salle d'opération I.

Classe de risque d'anesthésie

Il existe quatre classes de risque d'anesthésie (I, II, III et IV). La répartition en classes de risque s'effectue en fonction de la prestation médicale. Pour toutes les prestations, où une anesthésie peut être effectuée par un spécialiste, le TARMED indique une classe de risque d'anesthésie. Ces anesthésies sont indemnisées avec trois groupes de positions tarifaires :

- Suivi péri-opératoire par le spécialiste en anesthésie
- Introduction et évacuation par le spécialiste en anesthésie
- Travail du spécialiste en anesthésie pendant le traitement opératoire (durée de l'anesthésie)

Les exceptions et informations supplémentaires figurent dans l'interprétation du chapitre 28 du TARMED.

Si le spécialiste effectue une surveillance et sédation/analgésie (Monitored Anesthesia Care, MAC), la classe de risque d'anesthésie citée dans le TARMED ne s'applique pas. Dans ce cas, seul le MAC peut être facturé. Le MAC peut également être décompté pour toutes les prestations pour lesquelles aucune classe de risque d'anesthésie n'est citée, dans la mesure où les conditions requises sont remplies. Ces conditions figurent dans l'interprétation des prestations MAC 28.0010, 28.0070 et 28.0120.

Séance

De nombreuses positions du TARMED sont limitées par quantité par séance. Selon l'IG-8, une séance équivaut à la durée de la prise de contact à la fin du contact, pendant laquelle un patient bénéficie d'une prestation du fournisseur de prestation.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Prestations fournies par le personnel non médical

Toutes les prestations fournies par du personnel non médical sont des éléments intégrés aux prestations techniques (PT). Quelques rares prestations, qui peuvent explicitement être effectuées par du personnel non médical, font ici figure d'exception. Ces prestations sont citées dans le bloc de prestations BP-01. Elles ne peuvent être facturées que combinées entre elles et jamais avec une autre prestation du TARMED. Si une consultation a lieu simultanément chez le médecin, les prestations valent donc comme étant déjà rémunérées.

Contenu du bloc de prestations 01:

00.0150	Administration de médicaments par du personnel non médical (uniquement délivrance d'Antabuse!)
00.0155	Administration non médicale de médicaments pour le traitement de substitution lors de dépendance aux opiacés (par ex. la méthadone ou buprénorphine)
00.0160	Prélèvement urinaire surveillé par du personnel non médical pour des patients toxicomanes/alcooliques
00.0750	Injections/infusions par du personnel non médical
00.1345	Nettoyage de plaies/changement de bandages par du personnel non médical, par unité de 5 min.
01.0265	Retrait de bandages durcissants de la catégorie II par du personnel non médical, les 5 premières min.
01.0275	Retrait de bandages durcissants de la catégorie III par du personnel non médical, les 5 premières min.
04.1170	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie de 5 cm^2 à 10 cm^2
04.1175	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie de 10.1 cm^2 à 20 cm^2
04.1180	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie supérieure à 20 cm^2

Outre le bloc de prestations BP-01, il est possible de facturer les travaux suivants du personnel non médical:

00.0715 Ponction veineuse
00.0716 Ponction capillaire
19.0170 Test respiratoire avec urée 13C pour détecter la présence de bactéries Heliobacter pylori

Prestation exclusive

Les positions tarifaires, désignées par le terme de prestation exclusive, peuvent être combinées aux prestations supplémentaires qui leur sont directement affectées. Sinon, ce sont les règles de cumul du groupe de prestations GP-01 qui s'appliquent à ces prestations.

Matériel à usage courant

Le matériel à usage courant est facturé selon le TARMED (IG-20) pour autant que son prix d'achat (TVA incluse) dépasse CHF 3.- par unité. Le prix par unité est facturé sur la base de la quantité d'achats annuels après déduction des réductions et des escomptes. Si des prix inférieurs ont été convenus dans un contrat, ces derniers s'appliquent.
Le matériel à usage courant d'un prix jusqu'à et de CHF 3.– est considéré comme rémunéré avec la prestation technique (PT) et ne peut pas être facturé séparément.

Remise des médicaments

Le temps consacré à la remise des médicaments fait partie intégrante de la consultation. On décompte ainsi par exemple le temps pour le déplacement pour se rendre à la pharmacie du cabinet, l'enlèvement des médicaments dans la pharmacie du cabinet, l'étiquetage des médicaments avec les instructions relatives au dosage, les explications et les conseils aux patients concernant la prise des médicaments, etc.
Seuls les médicaments/produits de la liste des spécialités (LS) et de la liste des médicaments avec tarif (LMT) doivent être décomptés aux assurances maladie (LAMal, LAA, LAM, LAI). Les médicaments, qui ne figurent pas dans la liste des spécialités (LS), valent comme «traitements non obligatoires» et doivent être facturés directement au patient via une facture séparée.

IMPORTANT
Le patient doit être informé à ce sujet !

Pour les prestations diagnostiques, où un médicament est utilisé comme auxiliaire pour l'examen/le traitement, il faut toujours tenir compte des interprétations générales. Ainsi, il est par exemple possible de décompter en supplément des médicaments utilisés dans le cadre d'une prestation diagnostique spéciale (produits de contraste, médicaments pour tests endocriniens/métaboliques). Par contre, les médicaments, directement liés à une prestation diagnostique (collyres, gouttes auriculaires, anesthésiques de surface, lubrifiant etc.) font partie intégrante de la prestation technique.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Systématique de l'application des règles

De nombreuses règles figurent à différents endroits dans le TARMED. Ainsi, certaines règles peuvent parfois se contredire. Dans ce cas, l'IG-51 fixe la hiérarchie:

Echelon supérieur:	Assurance-maladie sociale (IG 36)
2ème échelon:	Règles/interprétations générales (IG) du tarif (par ex. IG-1)
3ème échelon:	Règles/interprétations figurant dans les chapitres (par ex. 00)
4ème échelon:	Règles/interprétations figurant dans les sous-chapitres (par ex. 00.01.01)
Echelon inférieur:	Règles/interprétations figurant dans les positions tarifaires (par ex. 00.0010)

Lorsqu'il existe diverses règles sur un même sujet à plusieurs échelons c'est la règle figurant à l'échelon le plus bas qui s'applique.

Exemples

1. Si une règle est fixée pour un fait précis dans un chapitre et qu'il existe des contradictions dans le sous-chapitre, c'est la règle dans le sous-chapitre qui s'applique car le niveau de hiérarchie du sous-chapitre est inférieur à celui d'un chapitre.
2. S'il existe une règle au niveau de l'IG et une autre sur le même thème dans le chapitre, c'est la règle du chapitre qui s'applique car celui-ci est d'un niveau hiérarchique inférieur.

Exercice

Un médecin, disposant d'une formation de spécialiste en acupuncture TCM, tient une consultation d'acuponcture et la décompte correctement en appliquant les positions tarifaires 00.1710, 00.1720 et 00.1730. Il facture en outre les aiguilles nécessaires pour l'acupuncture. Le médecin s'appuie ici sur l'IG-20, qui dit que le matériel à usage courant d'un prix unitaire supérieur à CHF 3.- peut être décompté séparément.
L'assurance rejette les frais en renvoyant à l'interprétation de la position tarifaire 00.1710, où il est dit que *«....Valent comme déjà décomptés avec la position tarifaire: apposer les aiguilles, le matériel, la préparation ou le traitement des aiguilles. ...»*

Qui a raison et pourquoi?

Étant donné que, dans le cas présent, la position tarifaire 00.1710 est le niveau de hiérarchie inférieur, c'est cette règle qui s'applique. C'est donc l'assurance qui a raison.

Echelon supérieur:	***Assurance-maladie sociale (IG 36)***
2ème échelon:	***Règles/interprétations générales (IG) du tarif (par ex. IG-1)***
3ème échelon:	***Règles/interprétations figurant dans les chapitres (par ex. 00)***
4ème échelon:	***Règles/interprétations figurant dans les sous-chapitres (par ex. 00.01.01)***
Echelon inférieur:	***Règles/interprétations figurant dans les positions tarifaires (par ex. 00.0010)***

Lorsqu'il existe diverses règles sur un même sujet à plusieurs échelons c'est la règle figurant à l'échelon le plus bas qui s'applique.

➔ l'interprétation au niveau de la position tarifaire 00.1710 fait partie de ce niveau.

Suppléments pour les prestations des médecins de famille

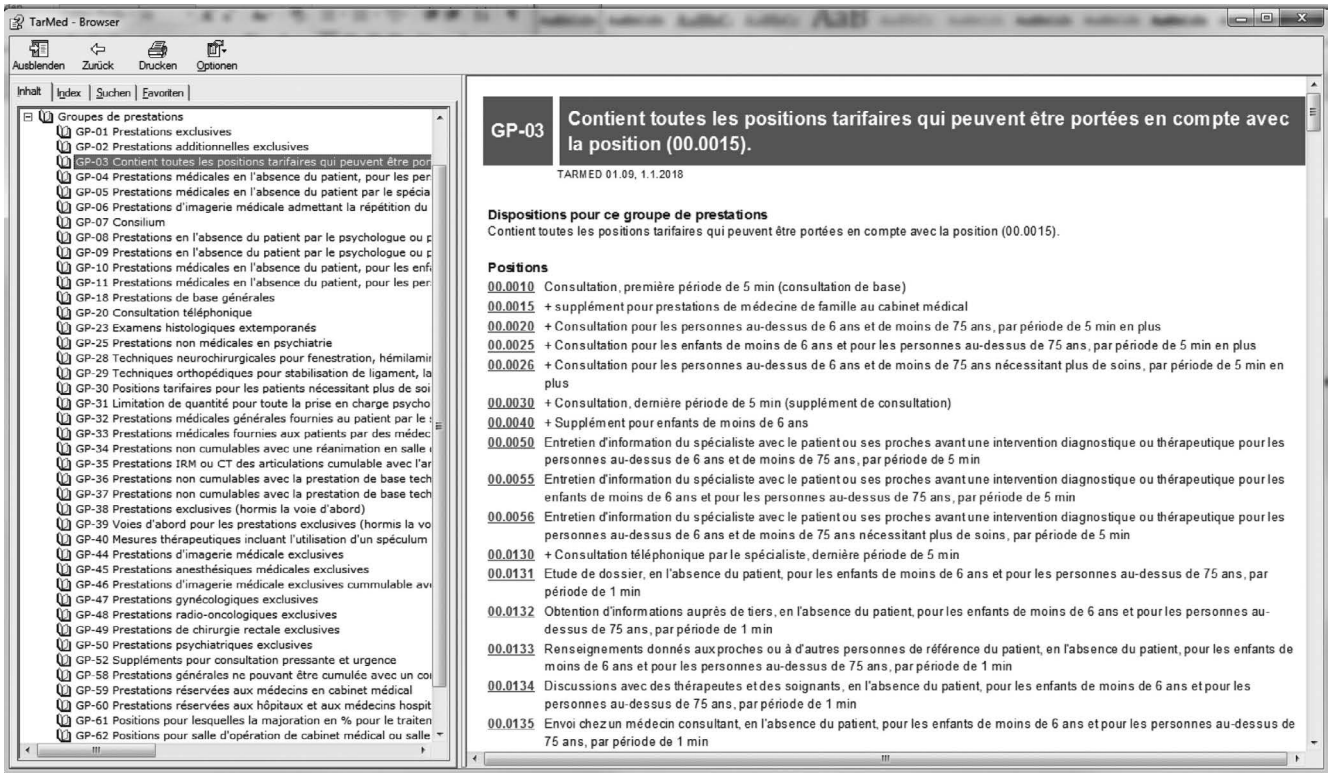
Pour garantir que tous les habitants de la Suisse puissent continuer à bénéficier à l'avenir d'un accès à des prestations médicales de base de qualité, le Conseil fédéral a décidé de renforcer les médecins de famille et les autres fournisseurs de prestations de base et de les soutenir financièrement.

Les partenaires sociaux n'ayant pas pu se mettre d'accord sur la façon d'appliquer cette décision dans le TARMED, le Conseil fédéral est intervenu dans le cadre de ses compétences subsidiaires et a promulgué une ordonnance relative à la loi sur l'assurance-maladie, qui est entrée en vigueur le 1er octobre 2014. Les assurances-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire se sont joints à cette solution.

Une nouvelle position a donc été créée pour ce supplément 00.0015 «+ Supplément pour prestations du médecin de famille dans le cabinet médical». Il correspond à 10.88 points tarifaires PM et peut être décompté 1x par jour et par patient par les médecins, en plus de la consultation de base (position tarifaire 00.0010) si le médecin dispose d'un des titres postgradués suivants:

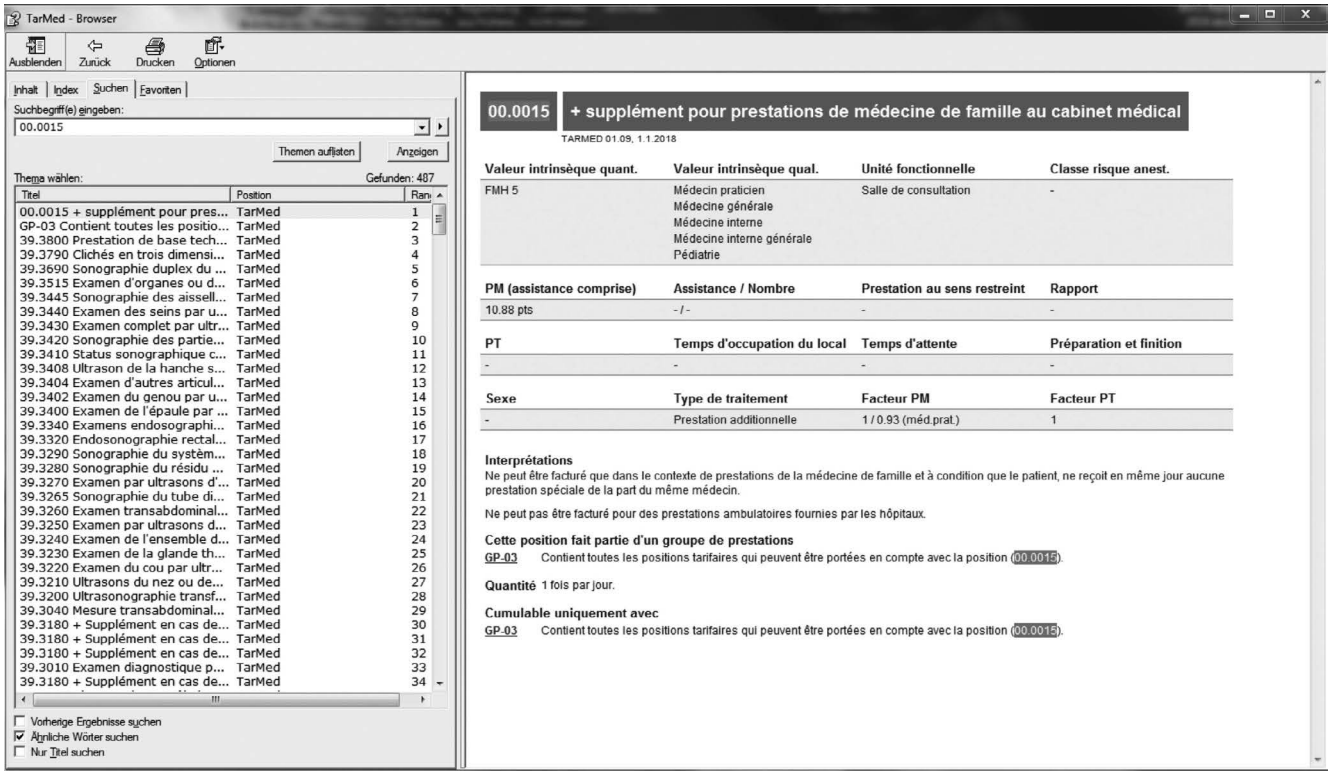
- Médecine interne générale
- Pédiatre
- Médecin généraliste

La position tarifaire 00.0015 ne peut être cumulée qu'avec les postes de tarif du groupe de prestations GP-03 et pas avec d'autres positions du TARMED.



2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

L'exécution d'une consultation est obligatoire pour le décompte de 00.0015 étant donné qu'il s'agit de la prestation principale correspondante. Dans le TARMED Browser, la position de supplément 00.0015 est donc explicitement associée à la position 00.0010 (00.0015 n'apparaît que si on ouvre le «+» avant 00.0010):



Détenteurs de plusieurs titres postgradués

Les détenteurs de plusieurs titres postgradués peuvent décompter la position 00.0015 dans la mesure où ils ont fourni une prestation de médecin de famille. Les valeurs intrinsèques qualitatives des positions tarifaires et du GPG-03 peuvent aider à l'évaluer.

Il faut également tenir compte de la limitation du 00.0015, ce qui signifie qu'une facturation est seulement possible si le même fournisseur de prestation n'a pas fourni de prestations en qualité de spécialiste le même jour.

Exemple

Un médecin est à la fois titulaire du titre postgradué de médecine interne et de gastroentérologie. Une patiente se rend dans le cabinet pour des douleurs au niveau du ventre.

Cas 1: L'examen médical montre qu'il s'agit de crampes menstruelles qui peuvent être traitées avec des antispasmodiques.

- 00.0015 peut être décompté car il s'agit de prestations de médecin de famille.

Cas 2: L'examen médical montre qu'il faut procéder d'urgence à une ponction Douglas* (TARMED position 19.1870). Le médecin l'effectue directement après l'examen médical dans l'OP de son cabinet.

- 00.0015 ne doit pas être décompté car le médecin a effectué un examen en qualité de spécialiste. Pour une ponction Douglas, ce sont les valeurs intrinsèques qualitatives qui sont exigées. De plus, la position du TARMED 19.1870 ne figure pas dans le GP-03.

* *Chez la femme, le cul-de-sac de Douglas est un repli du péritoine en forme de sac (http://de.wikipedia.org/wiki/Peritoneum). Chez l'homme, il correspond à un repli en forme de spirale entre le rectum et la vessie.*

8.8. Valeurs des points tarifaires

Si l'organisme payeur de la prestation est l'assurance-accident, miliaire ou invalidité, c'est la valeur de point tarifaire uniforme dans toute la Suisse, d'un montant de CHF -.92 qui s'applique pour les cabinets médicaux et les médecins agréés. Les médecins hospitaliers facturent CHF 1.-. Vous trouverez un aperçu actuel sous *www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/.*

Dans le domaine de l'assurance-maladie, les valeurs de points tarifaires varient en fonction du canton et entre les hôpitaux et les médecins. Elles sont respectivement négociées entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou leurs associations faîtières. Les valeurs de points tarifaires respectifs peuvent être consultés entre autres sur les sites Internet suivants:

- **CTM** *www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/*

Les informations fournies sont sans engagement. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter les organisations faîtières.

Exercice

Exercice 8.8.1

Recherchez sur Internet les valeurs de points tarifaires du canton où vous travaillez pour:

LAA	CHF –.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.– (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
LAM	CHF –.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.– (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
AI	CHF –.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.– (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
LAMal	en fonction du canton, cf. *www.eligo.ch/Tarmed-Taxpunktwerte.html*

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.9. Tarification

Des points tarifaires aux francs

Les points tarifaires cités pour la prestation respective dans le TARMED (PM et PT) sont multipliés avec la valeur de point tarifaire en vigueur, ce qui donne le montant à décompter en francs:

Nombre de points tarifaires (PT) × Valeur de point tarifaire (VPT)
= montant en francs à décompter (prix)

Splitting tarifaire

Pour chaque prestation, le TARMED différencie strictement la prestation médicale PM (= rémunération de la prestation médicale, assistance comprise) et la prestation technique PT (= rémunération des frais d'infrastructure et des frais pour le personnel non médical). Cette séparation de PM et PT est également appelée splitting tarifaire.

Si un médecin agréé fournit des prestations dans un hôpital, les PT sont décomptées par l'hôpital car ce dernier met l'infrastructure à disposition. Sont exceptés de cette règle

- les consultations
- les consiliums
- Rapports

Dans ce cas, le médecin agréé peut décompter à la fois les PM et les PT. Les PT sont destinées à compenser les frais pour l'infrastructure non utilisée du cabinet médical pendant que le médecin agréé exerce à l'hôpital.

8.10. Facturation

Structure de décompte

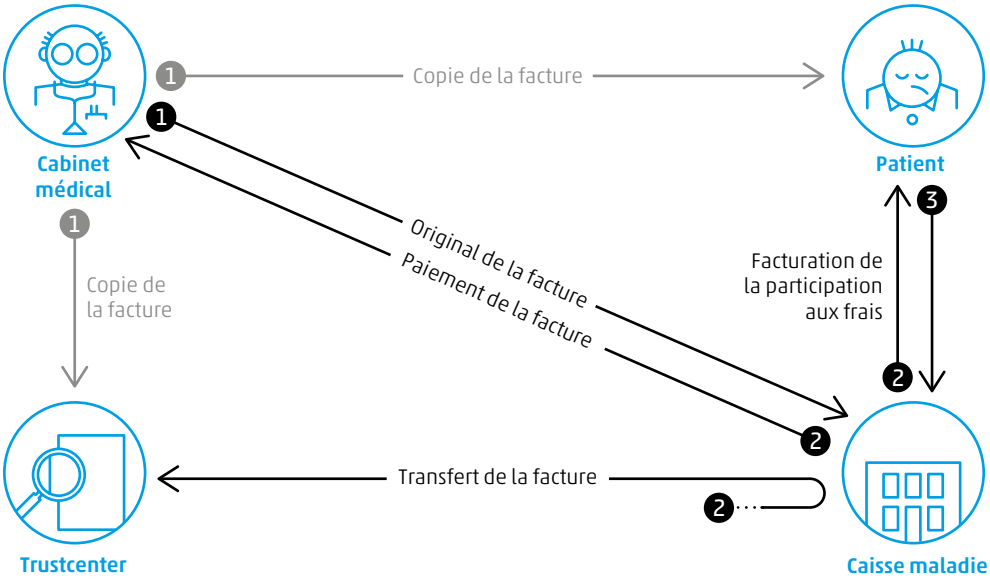
Dans le domaine AA/AM/AI, la facturation s'effectue toujours dans le système du «tiers payant». Cela signifie que les fournisseurs de prestations envoient leurs factures directement à l'assureur compétent qui paie les factures.

Si c'est l'assurance-maladie qui est compétente, la facturation s'effectue en fonction de la convention conclue, soit dans le système du «tiers payant» ou du «tiers garant». Vous trouverez des informations à ce sujet dans le contrat d'affiliation cantonal respectif de TARMED.

ATTENTION
Selon le décret sur l'assurance-maladie, le fournisseur de prestation doit établir deux factures distinctes pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire de soins (prestations obligatoires) et pour toutes les autres prestations (prestations non obligatoires). Les prestations non obligatoires ne doivent pas être facturées directement à l'assureur.

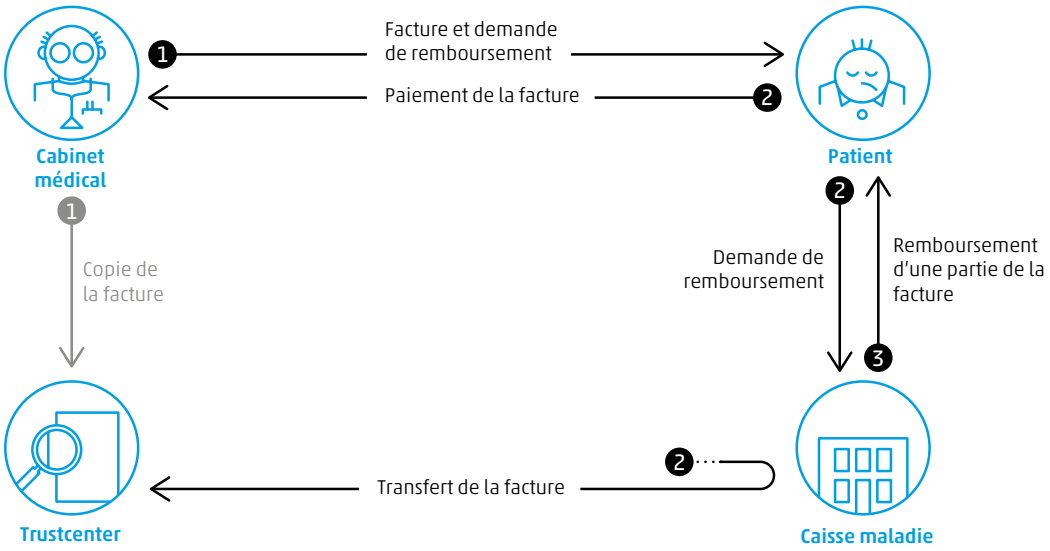
Tiers payant
Dans le système «tiers payant», la facture est envoyée à l'assureur par le fournisseur de prestations. L'assureur paie intégralement la facture dans le cadre de ses compétences. L'assureur quant à lui décompte les frais éventuellement non couverts ou des participations aux frais à l'assuré.

ATTENTION
Si la facturation vis-à-vis de l'assureur s'effectue dans le système «tiers payant», le fournisseur de prestation doit faire parvenir une copie de la facture à l'assuré conformément au décret sur l'assurance-maladie!



2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Tiers garant
Si le décompte est effectué selon le «tiers garant», le patient reçoit la facture du fournisseur de prestation et est le débiteur du fournisseur de la prestation. Le patient doit ensuite faire valoir lui-même les prestations d'assurance auprès de son assureur. Il transmet la facture à l'assureur à cet effet. L'assureur paie au patient les prestations dans le cadre de ses compétences, moins les frais éventuellement non couverts ou des participations aux frais.



Facturation électronique

Assureurs et fournisseurs de prestation ne sont pas totalement d'accord sur la façon de mettre en pratique la facturation électronique. Les divergences concernent surtout les factures en «tiers garant» et les Trustcenter étant donné que les assureurs sont censés les rémunérer pour la réception des factures sous forme électronique mais que les charges pour la facturation électronique seraient déjà comprises dans les prestations techniques (PT).

Trustcenter

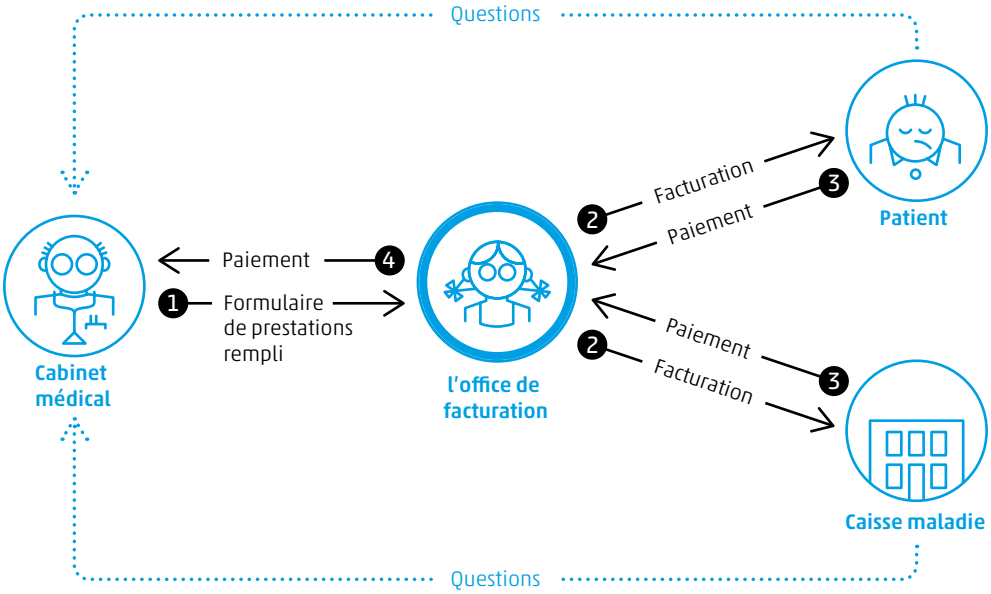
La fonction des Trustcenter consiste principalement à collecter électroniquement les données des factures des cabinets médicaux et à les évaluer de façon systématique. La collecte des données sert surtout à des fins statistiques et pour les négociations concernant les points tarifaires avec les assureurs.

En outre, les Trustcenter peuvent mettre à la disposition des assureurs des factures électroniques.

Possibilités de facturation du médecin

La saisie des prestations et la facturation sont au cœur de l'administration d'un cabinet médical. Les différentes possibilités à disposition du fournisseur de la prestation sont liées au temps, au travail, à la technique et aux finances nécessaires. En fonction de ce que le cabinet médical souhaite investir, il a le choix entre les variantes suivantes:

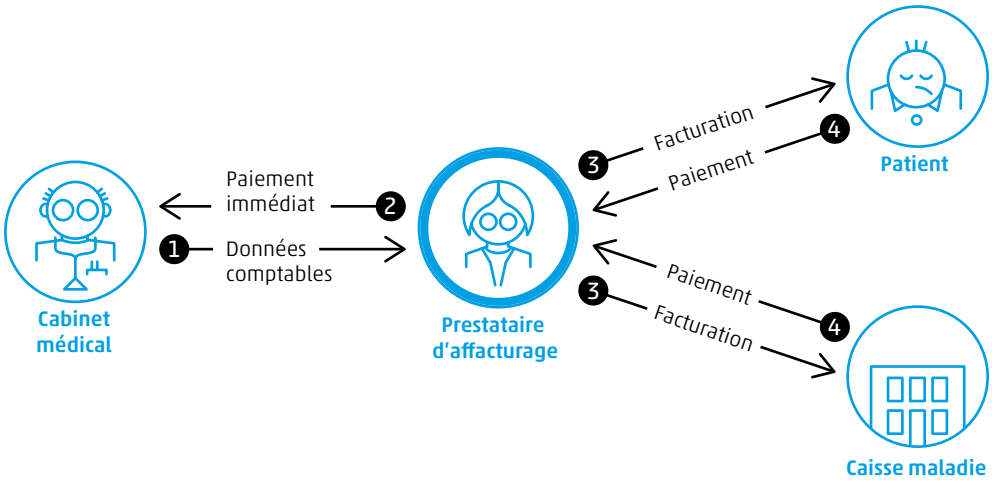
Facturation manuelle ou sous forme numérique via l'office de facturation



- \+ Pas besoin de logiciel pour la saisie des prestations
- \- Frais de port/de téléphone pour la transmission des feuilles de prestation
- \- Consommation élevée de papier
- \- Les dossiers des patients sont créés physiquement (donc plus d'espace de stockage nécessaire).

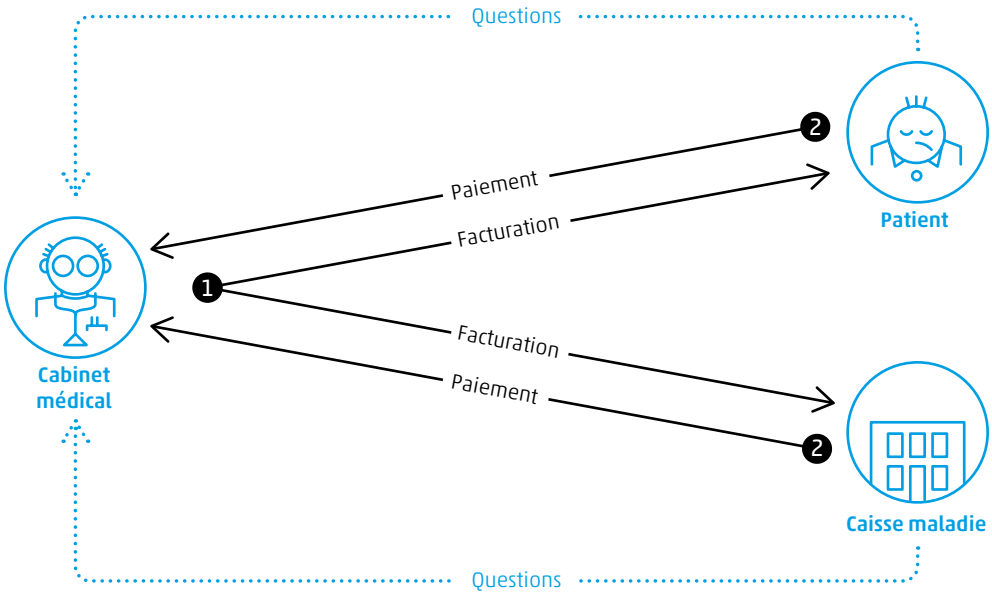
2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Facturation via un prestataire d'affacturage



- ✚ Encaissement rapide des créances
- ✚ Plus aucun travail administratif dans le domaine de la gestion des débiteurs
- ✚ Les risques liés à l'encaissement sont supportés par le prestataire d'affacturage
- ✚ Plus de demandes de précision des patients et des assurances
- ➖ Il faut travailler avec le logiciel prescrit pour le cabinet

Facturation via le propre système informatique – sans office de facturation



- ✚ Pas de frais pour la facturation par un prestataire externe
- ➖ Des frais pour le logiciel plus élevés: Les mises à jour de tarif et adaptations du logiciel suite à des modifications législatives etc. doivent être effectuées et financées par le cabinet.
- ➖ Le cabinet doit répondre lui-même à des demandes de précision et réclamations d'assurances et de patients.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.11. Application du tarif

Consultation

00.0010 – 00.0020 – 00.0025 – 00.0026 – 00.0030

La consultation médicale est définie dans le TARMED sous forme de tarif au temps consacré. Le temps nécessaire est décompté par tranches de cinq minutes. Les positions suivantes sont ici à disposition:

- **00.0010 Consultation, première période de 5 minutes**
- **00.0020 + Consultation de personnes âgées de plus de 6 ans et de moins de 75 ans, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0025 + Consultation d'enfants de moins de 6 ans et de personnes de plus de 75 ans, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0026 + Consultation d'enfants de moins de 6 ans et de personnes de plus de 75 ans, avec un besoin de traitement plus important, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0030 + Consultation, dernières 5 minutes**

Remarques concernant la facturation

- Chaque consultation commence par 1x 00.0010
- Une période de 5 minutes de consultation entamée peut être décomptée intégralement
  > jusqu'à 5 minutes de consultation = 1 × 00.0010
  > 6-10 minutes de consultation = 1 × 00.0010 et 1 × 00.0030
  > à partir de 11 minutes de consultation = 1 × 00.0010, 1 × 00.0030 et pour une période dépassant 10 minutes en plus par période de 5 minutes (entamée) 1 × 00.0020, 00.0025 ou 00.0026
- Si des prestations de soins sont effectuées pendant un contact entre le patient et le médecin (définition cf. «8.16. Glossaire» sur la page 188), le temps nécessaire à cet effet ne peut pas être décompté en plus du temps de consultation. Cf. également la décision CIP 05048.
- Ne font également pas partie du temps de consultation des actes médicaux du médecin, tombant sous le coup d'un autre tarif, comme p. ex. les injections et certains pansements (figurant dans le tarif «Composant avec prestations de base générales», cf. aussi «Composant de «Prestations générales de base»/Pro Memoria» sur la page 145) et l'accompagnement du patient vers le personnel auxiliaire et des ordres donnés au personnel auxiliaire.
- Dans le cas d'un besoin de traitement plus important, les raisons doivent être documentées. Elles peuvent être:
  > Patients polypathologiques
  > Patients atteints d'une altération cognitive modérée à grave du fonctionnement
  > Patients atteints de maladies mentales graves
  > Patients atteints d'une maladie grave et instable

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Suppléments pour les prestations des médecins de famille

00.0015

Une nouvelle position a donc été créée le 1/10/2014 pour ce supplément 00.0015 «+ Supplément pour prestations du médecin de famille dans le cabinet médical». Il correspond à 10.88 resp. 10.12 (médecins généralistes) points tarifaires PM et doit permettre de mieux rémunérer les fournisseurs de prestations de base.

Remarques concernant la facturation

- Peut être décompté 1 × par jour et par patient par les médecins, en plus de la consultation de base (position tarifaire 00.0010) si le médecin dispose d'un des titres postgradués suivants: Médecine interne générale, pédiatrie ou médecine générale.
- Cumulable uniquement avec des positions du groupe de prestations GP-03
- Les détenteurs de plusieurs titres postgradués peuvent décompter la position 00.0015 dans la mesure où ils ont fourni une prestation de médecin de famille.
- Facturation possible uniquement si le même fournisseur de prestation n'a pas effectué de prestations en tant que spécialiste le même jour.

* *Remarque : Vous trouverez de plus amples détails dans le paragraphe «Suppléments pour les prestations des médecins de famille» sur la page 152.*

Exercice

Exercice 8.11.1

Faites les exercices avec les exemples 1, 2 et 9 au chapitre 8.13.

Consultation téléphonique

00.0110 sqq. – 00.1880 sqq. – 02.0060 sqq. – 02.0150 sqq. – 02.0250 – 02.0350

Dans le TARMED, on différencie les consultations téléphoniques «normales» (00.0110 sqq.), de médecine complémentaire (00.1880 sqq.) et dans le domaine de la psychiatrie/psychologie (02.0060 sqq., 02.0150 sqq., 02.0250, 02.0350). La rémunération s'effectue en fonction du temps nécessaire par unités de 5 minutes. (sqq. signifie « et suivants »)

Remarques concernant la facturation

- Une période de 5 minutes de consultation téléphonique entamée peut être décomptée intégralement.
- Ces chiffres tarifaires ne peuvent être facturés que pour les entretiens téléphoniques entre le médecin et le patient. Les exceptions sont les entretiens téléphoniques entre le médecin et les membres de famille d'enfants et de patients qui ne peuvent pas s'exprimer eux-mêmes.

Exercice

Exercice 8.11.2

Faites les exercices avec les exemples 8 et 18 au chapitre 8.12.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Visite à domicile

00.0060 – 00.0070 – 00.0075 – 00.0076 – 00.0080

La visite à domicile est définie dans le TARMED sous forme de tarif au temps consacré. Le temps nécessaire est décompté par tranches de cinq minutes. Les positions suivantes sont ici à disposition:

- **00.0060 Visite à domicile, première période de 5 minutes**
- **00.0070 + Visite à domicile de personnes de plus de 6 ans et de moins de 75 ans, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0075 + Visite à domicile d'enfants de moins de 6 ans et de personnes de plus de 75 ans, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0076 + Visite à domicile d'enfants de moins de 6 ans et de personnes de plus de 75 ans, avec un besoin de traitement plus important, chaque période de 5 min supplémentaires.**
- **00.0080 Visite à domicile, dernière période de 5 minutes.**

Remarques concernant la facturation

- Chaque visite à domicile commence par 1x 00.0060.

- Une période de 5 minutes de visite à domicile entamée peut être décomptée intégralement.
  > jusqu'à 5 min. de visite à domicile = 1 × 00.0060
  > 6–10 min. de visite à domicile = 1 × 00.0060 et 1 × 00.0080
  > à partir de 11 min. de visite à domicile = 1 × 00.0060, 1 × 00.0080
  et pour la période dépassant 10 minutes en plus par période de 5 min. (entamée) 1 × 00.0070, 00.0075 ou 00.0076

- S'applique à tous les types de visites hors du cabinet (à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.).
  Les exceptions sont les traitements en milieu hospitalier.

- La durée déterminante pour la visite hors du cabinet débute à l'arrivée du spécialiste chez le médecin (donc sans le trajet pour se rendre chez le patient!).

- Les indemnités de déplacement sont décomptées avec la position 00.0095.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Indemnité de déplacement

00.0095 – 02.0015

L'indemnité de déplacement s'effectue par unité de 5 minutes

- lors de visites « normales »: 00.0095
- lors de visites dans le domaine de la psychiatrie: 02.0015

Remarques concernant la facturation

- 00.0095 peut être décompté uniquement avec une des prestations suivantes:
  > Visite à domicile (00.0060 sqq.)
  > Constatation du décès par le spécialiste (00.1390)
  > Examen médico-légal (00.1400)
  > Conseils collégiaux (00.2110)
  > Conseils collégiaux approfondis (00.2120)
- 02.0015 peut être décompté uniquement avec une des prestations suivantes:
  > Diagnostic psychiatrique et thérapie, thérapie individuelle (02.0010 sqq.)
  > Intervention psychiatrique en cas de crise (02.0080)

- L'indemnité est versée pour la durée du déplacement, indépendamment du véhicule utilisé.

- Les unités de 5 minutes entamées sont intégralement rémunérées.

- En cas de visites à domicile de plusieurs patients dans le cadre de la même tournée, il est possible de facturer uniquement le temps nécessaire pour se rendre du domicile d'un patient à un autre. Cela s'applique également pour les visites dans un home.

Exercice

Exercice 8.11.3

Faites les exercices avec l'exemple 17 au chapitre 8.12.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Prestations en l'absence du patient

00.0131 sqq. – 00.0141 sqq. – 00.0161 sqq. – 02.0071 sqq. – 02.0161 sqq. – 02.0261 sqq.

Les activités suivantes sont considérées comme étant des prestations faites en l'absence du patient:

- Étude du dossier médical
- Demande de renseignements auprès de tiers
- Transmission d'informations aux parents ou autres personnes responsables du patient
- Entretien avec des thérapeutes et conseillers
- Envois des patients à des médecins consultants
- Délivrance d'ordonnances ou de prescriptions en dehors des consultations, des visites à domicile et des consultations téléphoniques
- Prestation diagnostique à l'Institut de pathologie/histologie/cytologie
- Tumorboard

A partir de la version 01.09 de TARMED les prestations sont réparties dans différents groupes en fonction de l'âge et des capacités. Chaque groupe de prestations contient une limitation quantitative cumulée pour toutes les positions tarifaires s'y trouvant. Le tableau suivant vous donne un aperçu de toutes les prestations effectuées en l'absence du patient.

Prestations de base générales – Prestations médicales en l'absence du patient						
> 6 ans et < 75 ans (GP-04)			**< 6 ans et > 75 ans (GP-10)**		**> 6 ans et < 75 ans avec un besoin de traitement plus important, (GP-11 et GP-30)**	
00.0141	Étude du dossier médical par 1 min.	30 maximum cumulées × tous les 3 mois	00.0131	60 maximum cumulées × tous les 3 mois	00.0161	60 maximum cumulées × tous les 3 mois
00.0142	Renseignements auprès d'un tiers par 1 min.		00.0132		00.0162	
00.0143	Transmission d'informations aux parents ou autres personnes responsables du patient par 1 min.		00.0133		00.0163	
00.0144	Entretiens avec les thérapeutes et les soignants du patient par 1 min.		00.0134		00.0164	
00.0145	Envois des patients à des médecins consultants par 1 min.		00.0135		00.0165	
00.0146	Délivrance d'ordonnances ou de prescriptions en dehors des consultations, des visites à domicile et des consultations téléphoniques par 1 min.		00.0136		00.0166	
00.0147 max. 5 × par envoi	Prestation diagnostique à l'Institut de pathologie/histologie/cytologie par 1 min.		00.0137 max. 5 × par envoi		00.0167 max. 5 × par envoi	
00.0148	Tumorboard par 1 min.		00.0138		00.0168	

Psychiatrie – Prestations médicales en l'absence du patient								
par un spécialiste (GP-05)			**par des psychologues traitants/ psychothérapeutes (GP-08)**			**par des psychologues délégués/ psychothérapeutes (GP-09)**		
02.0071	Étude du dossier médical en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.	180 cumulées maximum× tous les 3 mois	02.0161	Étude du dossier médical en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.	240 cumulées maximum× tous les 6 mois	02.0261	Étude du dossier médical en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	240 cumulées maximum× tous les 6 mois
02.0072	Demandes de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.		02.0162	Demandes de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.		02.0262	Demandes de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	
02.0073	Transmission d'informations aux parents ou autres personnes responsables du patient en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.		02.0163	Transmission d'informations aux parents ou autres personnes responsables du patient en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.		02.0263	Transmission d'informations aux parents ou autres personnes responsables du patient en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	
02.0074	Entretiens avec les thérapeutes et les soignants du patient en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.		02.0164	Entretiens avec les thérapeutes et les soignants du patient en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.		02.0264	Entretiens avec les thérapeutes et les soignants du patient en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	
02.0075	Envois des patients à des médecins consultants en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.		02.0165	Évaluation des tests en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.		02.0265	Évaluation des tests en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	
02.0076	Délivrance d'ordonnances ou de prescriptions en dehors des consultations, des visites à domicile et des consultations téléphoniques, en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.		02.0166	Rédaction de rapports détaillés, sauf avis contraire, en l'absence du patient par le psychologue traitant/psychothérapeute, par 1 min.		02.0266	Rédaction de rapports détaillés, sauf avis contraire, en l'absence du patient par le psychologue délégué/psychothérapeute, par 1 min.	

Remarques pour la facturation de prestation de base et relevant du domaine de la psychiatrie

- Temps nécessaire pour l'étude de dossier tiers ou, en cas d'exceptions justifiées, pour le traitement extensif de ses propres dossiers
- avec un besoin de traitement plus important: Les raisons doivent être indiquées dans le dossier médical du patient. Un besoin de traitement plus important doit être justifié auprès de l'assureur.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exercice 8.11.4

Exercice

Faites les exercices avec les exemples 11 et 16 au chapitre 8.12.

Consilium/Conseils collégiaux

00.2110 – 00.2120

Un consilium est une délibération demandée par le médecin traitant/assurant la thérapie avec un autre spécialiste pour se concerter sur le diagnostic, les éventuelles mesures diagnostiques, la thérapie et le pronostic d'un patient. Demander un deuxième avis (Second Opinion) sur le traitement/la thérapie en cours à un spécialiste est considéré comme un conseil collégial.
Les conseils collégiaux comprennent les questions au patient, l'examen de ce dernier, l'étude du dossier, des questions aux tiers, la documentation et le rapport de consilium pour le médecin à conseiller.

Remarques concernant la facturation

- La position tarifaire est limitée à 24 fois, resp. à 2 heures par cas.
- Le transfert d'un patient pour l'exécution de prestations extras et/ou pour le traitement par un spécialiste ne valent pas comme consilium.
- La facturation d'un consilium en milieu hospitalier nécessite le transfert par un médecin externe à l'hôpital.
- Un conseil collégial approfondi par un spécialiste (00.2120) nécessite une garantie de remboursement des coûts par l'assureur.

Exercice 8.11.5

Exercice

Faites les exercices avec les exemples 5 au chapitre 8.12.

Suppléments d'âge

Des suppléments d'âge sont prévus au TARMED pour diverses prestations et tanches d'âge. Ces suppléments doivent servir à rémunérer le travail supplémentaire occasionné pour le groupe de patients correspondant. Ci-dessous, vous trouverez quelques exemples de tels «suppléments d'âge» (liste non exhaustive):

Supplément pour...	Restrictions d'autorisation de facturation	Position tarifaire
Consultation pour des enfants de moins de 6 ans	Uniquement pour les pédiatres et chirurgiens pour enfants	00.0040
Pansements durcissants pour des enfants jusqu'à 7 ans		01.0250
EEG chez des patients éveillés pour des enfants de moins de 7 ans	Uniquement pour électroencéphalographie de spécialistes	05.0411
Prestations d'anesthésie pour des patients de plus de 70 ans	Uniquement anesthésiologie	28.0020
Radiographie/Échographie/TDM/IRM, sans produit de contraste pour les enfants jusqu'à 7 ans		39.0050
Radiographie/Échographie/TDM/IRM avec produit de contraste pour les enfants jusqu'à 7 ans		39.0055

Exercice

Exercice 8.11.6

Faites les exercices avec l'exemple 15 au chapitre 8.12.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Analyses de laboratoire

Pour pouvoir décompter un laboratoire de cabinet, respectivement pour pouvoir décompter les analyses d'un laboratoire de cabinet, le médecin doit disposer d'une formation complémentaire correspondante et du certificat de capacité Laboratoire de cabinet (CMPR). En outre, il faut respecter les directives pour le contrôle de qualité interne conformément au concept QUALAB.
Dans le laboratoire du cabinet, il est possible d'effectuer et de facturer à l'unité d'imputation toutes les analyses de la liste partielle 1 et 2 de la liste d'analyse dans le cadre du diagnostic en présence du patient (diagnostic d'analyses en laboratoire, effectué dans le laboratoire du cabinet médical en présence du patient). Les matériaux nécessaires pour l'analyse (par ex. les bandelettes de test Reflotron) sont déjà compris dans la liste d'analyse. Toutes les analyses conformément à la liste d'analyse sont décomptées avec le code tarifaire «317».

Prélèvement sanguin

TARMED fait la différence entre des prélèvements sanguins veineux et capillaires et entre les fournisseurs de prestations (médecin ou personnel non médical). En fonction de la personne et de l'objectif du prélèvement sanguin, ce dernier peut être facturé ou non. Ce tableau vous en donne un aperçu:

l'AM		Médecin pour diagnostic en présence du patient et laboratoire externe	Médecin pour diagnostic en présence du patient et laboratoire externe	Personnel non médical de laboratoires hospitaliers, laboratoires, officines de pharmacies
veineux	capillaire	veineux	capillaire	veineux/capillaire
00.0715	00.0716	00.0710, facturable comme composant de la consultation	non facturable	4701.00 (Liste des analyses de la Confédération)

Exercice 8.11.7

Exercice

Faites les exercices avec les exemples 4 et 7 au chapitre 8.12.

Rapports

Dispositions générales
Chaque prestation doit être documentée sous forme adaptée (par écrit, en version imprimée, support sonore, support d'image). La documentation et le rapport font partie intégrante de la prestation TARMED, qui vaut ici comme rémunération, même si aucun minutage n'est indiqué dans la position tarifaire au paramètre «Rapport». Cela vaut en particulier pour les rapports d'opérations, rapports/procès-verbaux concernant des interventions et prestations fournies avec des appareils. Les exceptions et leurs tarifs sont cités dans le TARMED. Les certificats, rapports et courriers (correspondance entre médecins, etc.), rédigés par le spécialiste, doivent être nécessaires sur le plan médical et/ou administratif.

Sur demande, tous les rapports doivent être envoyés à l'assureur ou à son médecin-conseil, tout en garantissant le respect des dispositions de protection des données. Le premier envoi de copies de documents existants à la demande de l'assureur est gratuit, tout envoi supplémentaire peut être facturé (00.2260 et 00.2265).

Rapports sur formulaires – Définition et principes de facturation
Pour les rapports sur formulaires, le fournisseur de la prestation ne peut pas rédiger le rapport à sa convenance. L'assureur lui transmet un formulaire avec des questions précises, qu'il doit remplir en conséquence. Le renseignement demandé peut être fourni directement sur le formulaire. Les rapports sur formulaires peuvent toujours être facturés: 00.2206. Le formulaire pour la première consultation après un traumatisme cranio-cervical par accélération (00.2215) est un rapport formalisé spécialement tarifé.

Rapports non rédigés sur des formulaires – Définition et principes de facturation
Vaut comme rapport non rédigé sur un formulaire un rapport que le médecin peut rédiger à sa convenance. Il faut donc rédiger un texte individuel. La rémunération s'effectue en fonction de la longueur du rapport via des positions du TARMED spéciaux ou comme composant des «prestations générales de base» (voir le tableau). C'est le nombre de ligne du bloc de texte qui est déterminant. Font partie du bloc de texte tous les nouveaux diagnostics ou les parties modifiées des diagnostics. Ne vaut par contre pas comme bloc de texte la citation de diagnostics existants, de données personnelles et d'adresses, l'en-tête, les salutations, les diplômes, etc.

jusqu'à 10 lignes	00.2255	Composant des «prestations générales de base», uniquement le temps nécessaire via les positions tarifaires du chapitre 00.01
de 11 à 35 lignes	00.2285	facturable
resp. par unités de 35 lignes supplémentaires	00.2295	facturable

Rapports comme composant des prestations générales de base
Les rapports/certificats/courriers suivants font partie des «prestations générales de base». Ici, il n'est pas possible de facturer des positions du TARMED pour les rapports. Le temps nécessaire peut être facturé avec les positions tarifaires du chapitre 00.01.

- Prescriptions de prestations médicales et techniques
- Ordres pour le personnel non médical (ordonnances comprises)
- Ordres pour les psychothérapeutes non médicaux
- Certificats d'incapacité de travail à l'attention de l'assureur
- Notifications aux patients
- Tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une feuille A4), dans la mesure où ils ne sont pas rédigés sur des formulaires

Il convient de mentionner en particulier les deux positions suivantes:
00.2260 Copies fournies à l'assureur, par mandat
00.2265 Copies en grande quantité et/ou copies de supports d'image fournies à l'assureur, par mandat.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exercice 8.11.8
Faites les exercices avec les exemples 3 et 6 au chapitre 8.12.

Suppléments en cas d'urgence

Les consultations médicales et visites à domicile d'urgence sont répartis en deux niveaux dans le TARMED: **pressant et urgent.**
C'est la durée jusqu'au premier contact entre le médecin et le patient qui est ici déterminante.

Le traitement de patients, qui n'ont pas pris rendez-vous, ne vaut pas nécessairement comme pressant ou urgent et ne justifie pas dans tous les cas de facturer les suppléments correspondants.

Consultation urgente/Visite à domicile

00.2505

Si les conditions ci-dessous sont remplies, il est possible de facturer en supplément aux autres prestations du TARMED l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence 00.2505.

- Uniquement en dehors des horaires de consultation normaux (consultation le soir, consultations régulières le dimanche) et du lundi au vendredi de 19h-22h, le samedi de 07h-19h et le dimanche de 07h-19h
- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire d'après le patient, les proches du patient ou un tiers
- Le spécialiste s'occupe du patient au plus tard en l'espace de 2 heures
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.)
- Un contact direct et immédiat entre le médecin et le patient est nécessaire. Exception: Déplacement en vain sur le lieu de l'accident.
- Ne s'applique pas aux prestations fournies à l'hôpital

Consultation/visite à domicile d'urgence du médecin

Les suppléments suivants peuvent être facturés – dans certaines conditions – lors de la facturation d'une urgence ambulatoire:

- **Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence**
- **% de supplément pour les prestations médicales (PM)**

Indemnité forfaitaire pour dérangement en cas d'urgence,
00.2510 – 00.2520 – 00.2540

Dans le cas d'un contact direct entre le médecin et le patient, il existe différents critères d'urgence en fonction de l'heure de la journée:

- jour (00.2510): Il faut craindre ou ne pas exclure un trouble des fonctions vitales ou une lésion organique.
- Le soir (00.2520) et la nuit (00.2540): Qui est considéré comme médicalement nécessaire par le spécialiste.

Tous les autres critères d'urgence s'appliquent dans tous les cas et indépendamment de l'heure de la journée:

- Sans contact direct entre le médecin et le patient: Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou
  manifestement nécessaire
- Le spécialiste s'occupe immédiatement et sans retard du patient
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.)
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital
- Ce qui suit s'applique pour les interventions à l'hôpital: Le spécialiste quitte l'hôpital pour une intervention urgente imprévue.

% de supplément pour cas d'urgence, **00.2530 – 00.2550**

- Avec un contact direct entre le médecin et le patient: Qui est considéré comme médicalement nécessaire par le spécialiste
- Sans contact direct entre le médecin et le patient: Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire d'après le patient, les proches du patient ou un tiers
- Le spécialiste s'occupe **immédiatement et sans retard** du patient
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.)
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital
- Ne s'applique pas aux interventions qui ont lieu à l'hôpital
- Supplément pour les prestations médicales (PM) de toutes les positions du TARMED, facturées pour le traitement du cas d'urgence

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Ici, c'est le moment (jour de la semaine/heure) de la consultation d'urgence ou de la visite à domicile d'urgence qui est déterminant pour savoir quels sont les suppléments qui peuvent être facturés. Le tableau ci-dessous vous fournit un aperçu.

Lundi – Vendredi		
07h00 – 19h00	19h00 – 22h00	22h00 – 07h00
«Urgence A»	«Urgence B»	«Urgence C»
00.2510	00.2520 + 00.2530	00.2540 + 00.2550
Samedi		
07h00 – 12h00	12h00 – 22h00	22h00 – 07h00
«Urgence A»	«Urgence B»	«Urgence C»
00.2510	00.2520 + 00.2530	00.2540 + 00.2550
Dimanche		
07h00 – 22h00		22h00 – 07h00
«Urgence B»		«Urgence C»
00.2520 + 00.2530		00.2540 + 00.2550

Traitement dans le service des urgences de l'hôpital

35.0610

Si un patient se présente au service des urgences reconnu d'un hôpital, ce dernier peut facturer une contribution forfaitaire d'entrée sous la position du TARMED 35.0610. Si l'hôpital effectue un traitement ultérieur stationnaire, cette facturation n'est pas autorisée.

Consultation d'urgence par téléphone

00.2560, 00.2570, 00.2580, 00.2590

Il est également possible de facturer des indemnités forfaitaires pour dérangement en cas de consultations d'urgence par téléphone (00.2560, 00.2580) et % de supplément (00.2570, 00.2590). Les points suivants sont ici les conditions requises dans ce cas:

- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire d'après le patient, les proches du patient ou un tiers
- Le spécialiste s'occupe immédiatement et sans retard du patient au téléphone
- Pour des entretiens dans et en dehors du propre cabinet médical
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital
- % de supplément pour les prestations médicales (PM) de la position du TARMED pour les consultations par téléphone
- C'est le moment de la consultation d'urgence par téléphone qui est déterminant pour savoir quel est le supplément qui peut être facturé. Le tableau ci-dessous vous fournit un aperçu.
- Si une visite à domicile ou une consultation a lieu dans le cabinet en l'espace de 60 minutes après la consultation d'urgence par téléphone, il est possible de facturer les positions du TARMED 00.2540 ou 00.2550 au lieu de 00.2580 ou 00.2590.

Lundi – Vendredi		
07h00 – 19h00	19h00 – 22h00	22h00 – 07h00
	«Urgence D»	«Urgence E»
pas de supplément	00.2560 + 00.2570	00.2580 + 00.2590
Samedi		
07h00 – 12h00	12h00 – 22h00	22h00 – 07h00
	«Urgence D»	«Urgence E»
pas de supplément	00.2560 + 00.2570	00.2580 + 00.2590
Dimanche		
07h00 – 22h00		22h00 – 07h00
«Urgence D»		«Urgence E»
00.2560 + 00.2570		00.2580 + 00.2590

Exercice

Exercice 8.11.9

Faites les exercices avec l'exemple 14 au chapitre 8.12.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Radiologie médico-technique

Généralités

Vous trouverez de plus amples informations sur les prestations radiologiques dans le TARMED dans les interprétations des chapitres 39 – KI-39-1 à KI-39-14. Il existe en outre quelques décisions de la CIP.

Taxe de base – 39.0020

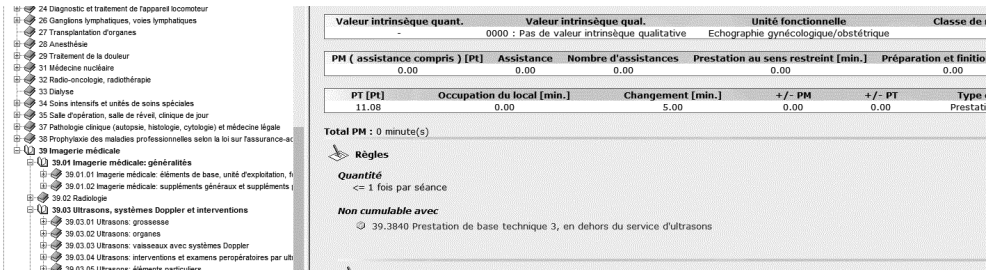
Pour les radiologies dans la «catégorie salle de radiologie I» et le diagnostic échographique dans la catégorie «grande échographie», le médecin peut facturer une taxe de base pour les radiologies dans son cabinet. C'est également valable pour les médecins hospitaliers qui ne sont pas des radiologues. La taxe de base sert à couvrir les frais administratifs et d'infrastructure (AIP).

Indépendamment du nombre de radiographies ou d'échographies effectuées, la taxe de base ne peut toujours être facturée qu'1 fois × par jour.

Prestation technique de base

Pour toutes les prestations visant à obtenir des clichés, il est possible de facturer une prestation de base correspondante pour les périodes d'attente dues à des raisons techniques. Toutes ces prestations techniques de base sont limitées à 1 fois × par séance. La prestation technique de base dépend toujours de la catégorie d'imagerie effectuée.

Exemple
La première échographie de contrôle pendant la grossesse fait partie de la catégorie «échographie gynécologique/d'obstétrique». Il est donc possible de facturer ici la prestation technique de base, ce qui correspond à la position du TARMED 39.3830.



ATTENTION
Ne pas confondre les prestations techniques de base et les prestation techniques (PT)! Les prestations techniques de base sont différentes positions du TARMED qui, comme décrit ci-dessus, servent à rémunérer les temps d'attente dus à des raisons techniques. Les prestations techniques (PT) quant à elles ne sont que des composants de différentes positions tarifaires. Il s'agit d'un nombre de points tarifaires cités dans une PT, servant à couvrir les frais de personnel, les frais d'exploitation, la ventilation des coûts et les frais d'amortissement des installations.

Pour une meilleure compréhension, vous trouverez ci-dessous un exemple de prestation technique (PT) selon IG-42:

TarMed - Browser

Ausblenden | Zurück | Drucken | Optionen

Inhalt | Index | Suchen | Favoriten

Suchbegriff(e) eingeben: 08.1510

Themen auflisten | Anzeigen

Thema wählen: Gefunden: 8

Titel	Position	Rang
08.12 Lentilles de contact	TarMed	1
08.1510 Adaptation de lentille d...	TarMed	2
08.1520 Adaptation de lentille d...	TarMed	3
08.1530 Adaptation de lentille d...	TarMed	4
08.1540 Adaptation de lentille, c...	TarMed	5
08.1550 Adaptation de lentille, c...	TarMed	6
08.1560 Contrôle unilatéral de la...	TarMed	7
BP-03 Lentilles de contact	TarMed	8

☐ Vorherige Ergebnisse suchen
☑ Ähnliche Wörter suchen
☐ Nur Titel suchen

08.1510 Adaptation de lentille de contact, cas simple, un oeil

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 5	Ophtalmologie	Salle d'examen et de traitement, ophtalmologie	-

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
114.52 pts	- / -	55 min	-

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
130.21 pts	55 min	-	-

Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.93 (méd.prat.)	1

Interprétations

Cette position fait partie d'un bloc de prestations
BP-03 Lentilles de contact

Vaut pour des lentilles de contact non torriques et comprend toutes les prestations pour l'adaptation des lentilles dans les 2 mois.

Quantité 1 fois par 2 mois.

Non cumulable avec
08.1520 Adaptation de lentille de contact, cas simple, les deux yeux
08.1530 Adaptation de lentille de contact, cas difficile, un oeil
08.1540 Adaptation de lentille, cas difficile, les deux yeux
08.1550 Adaptation de lentille, cas très difficile, par oeil
08.1560 Contrôle unilatéral de la position de la lentille après plus de 2 mois

Cliché de contrôle

Les clichés de contrôle après des prestations thérapeutiques peuvent être facturés avec la position tarifaire 39.0090. Cette position du TARMED permet de facturer encore une fois une imagerie déjà effectuée à 100%, indépendamment d'une limitation quantitative.

Toutes les prestations d'imagerie, autorisant une nouvelle facturation, c.-à.-d. qui autorisent de tels clichés de contrôle, sont regroupées dans le groupe de prestations GP-06.

Exercice

Exercice 8.11.10

Faites les exercices avec les exemples 10, 12 et 13 au chapitre 8.12.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Examen par un spécialiste

Dans le TARMED, il existe plusieurs positions tarifaires regroupant différents examens par des spécialistes. Ces prestations sont facturées par période de 5 minutes. Toutes ces prestations sont limitées en quantité. La liste ci-dessous ne prétend pas être exhaustive:

- **00.0415 sqq.** Petit examen par le spécialiste pour les soins de base
- **00.0425 sqq.** Examen approfondi par le spécialiste pour les soins de base
- **00.0435 sqq.** Petit examen de rhumatologie par le spécialiste en rhumatologie, de médecine physique et de réadaptation
- **00.0445 sqq.** Examen approfondi de rhumatologie par le spécialiste en rhumatologie, de médecine physique et de réadaptation
- **03.0015 sqq.** Examen par le spécialiste en pédiatrie pour les enfants/adolescents jusqu'à 18 ans
- **04.0015 sqq.** Examen par le spécialiste en dermatologie
- **07.0015** Examen par le spécialiste en chirurgie maxillaire et faciale
- **09.0015** Examen par le spécialiste ORL
- **22.0015** Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique
- **24.0015** Examen par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie

Pour ces positions du TARMED, il faut obligatoirement veiller à l'interprétation. Vous y trouverez des descriptions plus ou moins détaillées des prestations qu'elles contiennent et souvent aussi dans quelles conditions la position correspondante du TARMED peut être facturée.
Un «petit examen par le spécialiste pour les soins de base» (00.0415 sqq.) peut par exemple être facturé uniquement si au minimum tous les points cités dans l'interprétation sont effectués:

INTERPRÉTATIONS
La prestation comprend au minimum les points suivants:
- Pondération et éventuellement la durée
- Évaluation générale à titre d'orientation
- Peau superficiellement, bouche/dents, pharynx/gorge, tympan (enfants)
- Examen physique des organes thoraciques
- Pouls, tension artérielle (adultes)
- Examen physique de l'abdomen

Si les conditions requises pour la facturation de la position respective du TARMED ne sont pas remplies, il est possible de facturer à la place le temps nécessaire via les positions en vigueur pour les consultations (tenir compte des limites de quantité!).

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.12. Codes de diagnostics

1	Code principal	
A.	**Système cardio-vasculaire**	
A	1	Malformations cardiaques/valvules
A	2	Maladies coronariennes, y compris infarctus du myocarde
A	3	Cœur – Troubles du rythme cardiaque
A	4	Hypertension artérielle
A	5	Artères
A	6	Veines (y compris varices)
A	7	Vaisseaux lymphatiques y compris œdème lymphatique
A	9	Autres maladies du système cardio-vasculaire
B.	**Sang/moelle osseuse/rate**	
B	1	Anémie
B	2	Troubles de la coagulation
B	3	Maladies de la moelle osseuse et du sang
B	4	Rate/ganglion lymphatique/système immunitaire
B	9	Autres maladies de la moelle osseuse/du sang/de la rate
C.	**Poumon/appareil respiratoire**	
C	1	Asthme
C	2	Bronchite chronique
C	3	Embolie pulmonaire
C	4	Poumons/plèvre sans tuberculose
C	9	Autres maladies de l'appareil respiratoire
D.	**Squelette/Appareil locomoteur**	
D	1	Muscles/tendons
D	2	Articulations/ligaments/bourse sans D3
D	3	Arthrite/M. Bechterew
D	4	Arthrose
D	5	Colonne vertébrale sans D3
D	9	Autres maladies de l'appareil locomoteur
E.	**Tube digestif**	
E	1	Œsophage/estomac/duodénum, ulcères compris
E	2	Intestin (intestin grêle/colon)
E	3	Rectum/anus, hémorroïdes comprises
E	4	Foie/voies biliaires/vésicule biliaire
E	5	Pancréas, diabète exclu
E	6	Diaphragme
E	7	Hernies
E	9	Autres maladies du tube digestif
F.	**Métabolisme**	
F	1	Métabolisme glucidique
F	2	Maladies de la glande thyroïde
F	9	Autres maladies du métabolisme
G.	**Maladies infectieuses et parasitaires**	
G	1	Infection banale
G	2	Tuberculose
G	3	Hépatite virale

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

G	9	Autres maladies infectieuses ou parasitaires
H.	**Rein et voies urinaires**	
H	1	Rein/insuffisance rénale (dialyse/transplantation)
H	2	Calculs rénaux
H	3	Voies urinaires
H	9	Autres maladies des reins et des voies urinaires
I.	**Organes génitaux**	
I	1	Organes génitaux masculins
I	2	Vulve, vagin, petit bassin
I	3	Utérus
I	4	Annexes
I	5	Troubles du cycle menstruel
I	6	Maladies de la glande mammaire
I	7	Stérilisation
I	9	Autres maladies des organes génitaux
K.	**Grossesse/stérilité**	
K	1	Grossesse à risque normal
K	2	Grossesse avec complications
K	3	Stérilité et insémination artificielle
L.	**Système nerveux**	
L	1	Cerveau/moelle épinière
L	2	Nerfs périphériques
L	3	Paralysie/ataxie
L	4	Migraine et équivalents
L	5	Épilepsie
L	9	Autres maladies du système nerveux
M.	**Maladies psychiques**	
M	1	Troubles du sommeil
M	2	Maladies psychiques
M	3	Maladies psycho-organiques
N.	**Peau**	
N	1	Maladies allergiques de la peau, eczéma exclu
N	2	Maladies inflammatoires/infectieuses de la peau
N	3	Eczéma
N	4	Maladies vasculaires/dégénératives de la peau
N	5	Psoriasis/hyperkératoses
N	6	Cicatrices
N	9	Autres maladies de la peau
O.	**Cou/nez/oreilles**	
O	1	Nez N6 exclus
O	2	Sinus nasal
O	3	Cavité buccale, glandes salivaires
O	4	Amygdales/adénoïdes
O	5	Larynx/trachée
O	6	Malformations du nez et des oreilles
O	7	Oreille moyenne/trompe d'Eustache
O	8	Oreille interne
O	9	Autres maladies ORL

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

P.	**Œil**	
P	1	Paupière/conjonctive
P	2	Lentille/cornée/corps vitré
P	3	Iris/glaucome
P	4	Rétine/nerf optique/vaisseaux
P	5	Muscle oculomoteur/strabisme
P	9	Autres maladies des yeux
Q.	**Dents/mâchoire**	
Q	1	Kyste
Q	2	Abcès dentaire
Q	3	Fibromes
Q	9	Autres maladies de la mâchoire ou dentaires
R.	**Accident/conséquences de l'accident**	
R	1	Tête/colonne vertébrale
R	2	Thorax
R	3	Abdomen
R	4	Extrémités supérieures
R	5	Extrémités inférieures
S.	**Prestations non-obligatoires**	
T.	**Mesures préventives**	
T	1	Examen préventif
T	2	Vaccins
U.	**Orientation médecin de confiance (à la place du diagnostic)**	
2	**Code supplémentaire**	
	Plusieurs indications sont possibles, si nécessaire.	
01		À droite
02		À gauche
03		Aigu
04		Chronique/récidive
05		Infectieux
06		Fonctionnel
07		Néoplasie
08		Raisons professionnelles

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.13. Exemples

Exemple 1
Un homme de 35 ans arrive au cabinet du Dr Jans, spécialiste en médecine générale avec de la fièvre et des maux de gorge.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	8 minutes
	Frottis de streptocoques pour diagnostic rapide	5 minutes
	Discussion et conseils thérapeutiques	5 minutes
	Prescription d'un antibiotique	1 minute
2. Consultation	Discussion sur l'évolution et contrôle des résultats cliniques, fin	9 minutes
Code de diagnostic: O4		

Exemple 2
Une femme âgée a une plaie chronique au niveau du pied (pied diabétique) de 15cm^2. La plaie doit être traitée régulièrement dans le cabinet.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Contrôle de la plaie par le médecin (généraliste)	5 minutes
	Parler de la façon de procéder à l'avenir avec la patiente	5 minutes
	Traitement de la plaie et changement de pansement par l'AM	15 minutes
	Injection de Fraxiparine par l'AM	2 minutes
Code de diagnostic: F1		

Exemple 3
Une adolescente de 14 ans, souffrant éventuellement de boulimie, se rend chez un spécialiste en psychiatrie pour une première consultation.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Lecture préalable des dossiers tiers	20 minutes
	Entretien avec le psychiatre	55 minutes
	Rapport au médecin de famille, 41 lignes	18 minutes
Code de diagnostic: U		

Exemple 4
Un homme de 59 ans se rend chez son médecin de famille (médecin généraliste) en raison d'un état de fatigue constant.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	9 minutes
	Prélèvement sanguin par du personnel non médical	2 minutes
	Hémogramme I	5 minutes
	Établir l'ordonnance pour un produit à base de fer	1 minute
Code de diagnostic: B1		

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 5
Un homme de 45 se plaint de douleurs thoraciques, survenant en cas d'efforts physiques. Le médecin de famille l'envoie chez un cardiologue pour un consilium.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Consilium	90 minutes
	Étude du dossier médical	25 minutes
	ECG	4 minutes
	ECG d'effort	40 minutes
	Rapport au médecin de famille, 60 lignes	22 minutes
Code de diagnostic: A9		

Exemple 6
Une femme de 52 ans doit passer un IRM du genou droit dans un institut de radiologie. Elle devra également faire une arthrographie de ce genou.

Date	Étape	Temps nécessaire
	IRM du genou droit	30 minutes
	Arthrographie du genou droit	15 minutes
	Rapport de diagnostic	13 minutes
Code de diagnostic: D9		

Exemple 7
Un femme de 29 ans, présentant des symptômes grippaux, se rend chez son médecin de famille, le Dr Meyer, spécialiste en médecine interne.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	12 minutes
	Prélèvement sanguin par du personnel non médical	1 minute
	Protéine C réactive	
	Hémogramme III	
	Remise de médicaments par le médecin	1 minute
Code de diagnostic: G9		

Exemple 8
Un homme d'affaires de 43 ans se fait vacciner contre l'hépatite A et B avant un voyage à l'étranger. Aujourd'hui, il se rend chez son médecin de famille (médecin généraliste) pour le rappel du vaccin. Deux jours après la vaccination, le patient ne se sent pas bien. Il se renseigne par téléphone sur la façon de procéder.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	4 minutes
	Injection de Twinrix	1 minute
2. Consultation	Entretien téléphonique	5 minutes
Code de diagnostic: T2		

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 9

Une femme de 29 ans se rend chez le généraliste, Dr Wolfgang Messi, pour des douleurs lors de la miction. Après une analyse d'urine, le médecin diagnostique une cystite, qui doit être traitée avec des antibiotiques.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	8 minutes
	Statut partiel d'urine par l'AM	5 minutes
	Discussion et conseils thérapeutiques	5 minutes
	Remise de l'antibiotique Bactrim forte	1 minute
2. Consultation	Discussion sur l'évolution et contrôle des résultats cliniques, fin	5 minutes
Code de diagnostic: H3		

Exemple 10

Une fillette de 5 ans a eu un accident de ski lundi en début d'après-midi et elle se plaint maintenant de douleurs au poignet gauche et au coude gauche. Une heure après que la mère a appelé le cabinet médical le plus proche (spécialiste en orthopédie), la fille est examinée par le médecin présent.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	10 minutes
	Radiologie du poignet gauche (cliché de face et latéral)	12 minutes
	Radiologie du coude gauche (cliché de face et latéral)	13 minutes
	Remise et pose d'une attelle confectionnée pour le poignet	6 minutes
Code de diagnostic: R4		

Exemple 11

Un homme de 70 ans est envoyé chez le Dr Kinski, spécialiste en gastroentérologie, par son médecin de famille, pour suspicion d'inflammation du gros intestin. Le spécialiste procède à une coloscopie. Pour calmer le patient, le personnel non médical lui administre un médicament pendant l'examen.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	10 minutes
	Étude de dossiers tiers	13 minutes
	Entretien préliminaire avant l'intervention diagnostique	8 minutes
	Coloscopie intégrale, frottis avec une brosse compris	35 minutes
	Accès vasculaire par du personnel non médical et administration du sédatif	2 minutes
Code de diagnostic: E2		

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 12

Un homme de 57 ans souffre depuis quelques temps de rétention d'eau dans les jambes. Il souffre éventuellement d'insuffisance veineuse. Le médecin de famille l'envoie donc chez le Dr Leu, spécialiste de médecine interne et de maladies vasculaires (angiologie).

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	7 minutes
	Traitement par le spécialiste en angiologie	13 minutes
	Sonographie duplex bilatérale	27 minutes
	Rapport au médecin de famille, 29 lignes	9 minutes
Code de diagnostic: A6		

Exemple 13

Une femme enceinte de 6 mois a rendez-vous avec son gynécologue pour faire un nouvel examen de grossesse.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	5 minutes
	Contrôle de grossesse	9 minutes
	Mesure du col par ultrasons	10 minutes
	Statut partiel de l'urine	
Code de diagnostic: K1		

Exemple 14

Un cuisinier amateur de 49 ans se coupe la main en préparant des légumes. La plaie ouverte saigne énormément.

L'accident se produit un dimanche, peu avant midi. La plaie, d'une longueur de 4 cm, doit être soignée par le médecin. Heureusement, aucun vaisseau, nerf, tendon, muscle etc. n'est touché. Le médecin de famille (généraliste) est joignable et le reçoit immédiatement.

Deux semaines après l'accident, le patient doit retourner chez le médecin pour tirer les fils.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	4 minutes
	Nettoyage et soins de la plaie	15 minutes
	Pose du pansement	2 minutes
	Injection d'un vaccin contre le tétanos (Tétanol pur)	1 minute
2. Consultation	Accueil et contrôle de la plaie	2 minutes
	Tirer les fils et soins de la plaie	4 minutes
Code de diagnostic: R4		

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 15
Un bébé de 3 mois ne prend du poids que très lentement bien qu'il boive apparemment toujours jusqu'à ce qu'il soit rassasié. Sa mère l'allaite et ne sait donc pas combien le bébé boit exactement. Elle a des doutes et prend rendez-vous chez le pédiatre.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	13 minutes
	Examen par un spécialiste	15 minutes
	Conseils de développement pédiatrique	9 minutes
Code de diagnostic: U		

Exemple 16
Un médecin de famille a envoyé un patient de 51 ans chez un pneumologue pour examiner des troubles respiratoires. Le médecin de famille reçoit maintenant le rapport du du pneumologue et tire au clair les derniers points à clarifier dans le cadre d'un entretien téléphonique avec le pneumologue.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Date	Lecture du rapport	10 minutes
	Entretien téléphonique avec le spécialiste en pneumologie	8 minutes
Code de diagnostic: C9		

Exemple 17
Une femme de 92 ans habite dans un endroit relativement isolé et ne peut plus se déplacer toute seule. Elle se sent très mal et demande à son médecin de famille de venir chez elle pour une consultation à domicile.
Le médecin termine les consultations pour les patients présents au cabinet et se rend ensuite chez cette dame. Le trajet du cabinet au domicile de la patiente dure 35 minutes.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Visite à domicile	Accueil et constatation des symptômes	16 minutes
	Petit examen par le spécialiste pour les soins de base	13 minutes
	Remise d'une préparation multivitaminée (la patiente paie directement la préparation au médecin car il ne s'agit pas d'une prestation obligatoire de l'assureur.)	1 minute
Après le retour au cabinet,	transfert pour des conseils collégiaux avec un cardiologue	21 minutes
Code de diagnostic: A9		

Exemple 18
Un homme de 68 ans souffre de maux d'estomac et de légers vertiges. Il demande conseil à son médecin de famille pour savoir quel médicament il peut prendre pour que les douleurs cessent. Cet homme prend différents médicaments car il souffre de maladies chroniques. Il veut être sûr qu'il n'y ait pas d'interactions médicamenteuses indésirables.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Conversation téléphonique	Conseils au patient par téléphone	12 minutes
Code de diagnostic: E1		

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.14. Forfaits TARMED – Tarif 002

Jusqu'à la révision des tarifs qui entre en vigueur à partir du 1er janvier 2018, la plupart des prestations du TARMED n'avaient plus été ajustées depuis le lancement du TARMED en 2004. Les progrès techniques et les temps plus courts nécessaires pour les traitements n'avaient donc pas été pris en compte pour la facturation selon le TARMED. Les assureurs ou leurs associations faîtières et les différents fournisseurs de prestations ont donc négocié des conventions forfaitaires pour certaines interventions/certains traitements ambulatoires. Le calcul de l'indemnité forfaitaire s'effectuait sur la base des prestations individuelles du TARMED, moins un pourcentage défini.

Ces indemnités forfaitaires présentaient des avantages pour les deux parties: des coûts inférieurs pour les assureurs et moins de travail administratif pour les fournisseurs de prestations.

Ci-dessous, vous trouverez un exemple pour une opération de la cataracte:

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
	1	2				3	4		5								6
09.12.2014	002	0001.0110.001		1		1.00	2'300.00		1.00				1	1	1		2'300.00
		Kataraktpauschale pro Auge															

1. Le Forum Échange de données a attribué le numéro tarifaire 002 aux indemnités forfaitaires du TARMED
2. Les chiffres tarifaires se composent de 11 chiffres, sachant que les numéros sont divisés selon un système précis: Les quatre premiers chiffres sont appelés numéro OFSP de l'assureur qui a conclu l'indemnité forfaitaire (0001 pour santésuisse). Les quatre chiffres du milieu représentent la prestation (p. ex. 0110 cataracte, 0120 glaucome, etc.). Les trois derniers chiffres n'ont aucune signification particulière et sont toujours identiques.
3. Nombre de traitements/d'interventions effectués
4. Le montant total convenu contractuellement correspond toujours au nombre de points tarifaires PM
5. La valeur du point tarifaire PM s'élève toujours à CHF 1.-
6. Le montant correspond à l'indemnité forfaitaire convenue contractuellement ou est est calculé comme suit:

Nombre de points tarifaires PM × valeur du point tarifaire PM (CHF 1.–)
= montant de la prestation en CHF

Avec l'ajustement du TARMED à partir du 1er janvier 2018, le minutage a été réduit pour certaines prestations. Les procédures d'examen et d'intervention actuelles ainsi que les moyens utilisés aujourd'hui et les équipements de diagnostic médical mènent à une réduction du temps nécessaire. Les interventions suivantes sont concernées par la réduction du minutage:

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

- opérations de la cataracte
- injections intravitréennes
- ECG d'effort
- Holter cardiaque
- coloscopies
- radiothérapies stéréotaxiques

Beaucoup de contrats avec des forfaits TARMED ont été résiliés par les organismes de financement en raison de la réduction tarifaire à compter du 1er janvier 2018.
Avec l'ajustement du minutage, la facturation selon TARMED est encore moins chère.

8.15. Indemnisation des frais de cabinet (IFC)

Les assureurs AA, AM et AI se sont mis d'accord pour réintroduire l'indemnisation des frais de cabinet à compter du 1er juillet 2012.

Traitements ambulatoires

Pour des opérations ambulatoires sur des patients AA, AM, AI, les médecins agréés et médecins agréés en anesthésie peuvent facturer les positions suivantes en plus des prestations du TARMED:

50.0100 : PM = 2.49 PT/min. (Médecin agréé)
50.0110 : PM = 2.49 PT/min. (Assistant du médecin agréé)
50.0120 : PM = 01:10 PT/min. (Médecin anesthésiste)

- La durée facturable est la durée fixée dans le TARMED pour...
- ...la prestation au sens propre, la préparation et finition ainsi que le rapport (50.0100)
- ...la prestation au sens propre ainsi que la préparation et finition (50.0110)
- ...la prestation au sens propre (50.0120)
- Uniquement pour des traitements opératoires/interventions à l'hôpital
- Uniquement pour les médecins qui ne touchent pas de rémunération fixe de l'hôpital
- Uniquement pour les patients AA, AM et AI
- 50.0110 est uniquement facturable quand une assistance est prévue dans le TARMED et que l'assistant était effectivement présent.

Traitements stationnaires

Le médecin agréé ou le médecin agréé en anesthésie est indemnisé directement par l'hôpital.

8.16. Glossaire

Terme	Description
AIP	Indemnité forfaitaire pour l'administration et l'infrastructure
PM	Prestation médicale: Indemnité pour l'activité médicale (assistance comprise) en points tarifaires
Classe de risque d'anesthésie	Répartition de la prestation d'anesthésie en fonction du type de prestation médicale et du risque d'anesthésie en quatre classes, de I à IV et en cas de contrôle exclusif et de Sedation Monitored Anesthesia Care (MAC)
Assistance *(comme terme dans le TARMED Browser)*	Indemnité pour l'activité d'assistance en points tarifaires. L'assistance est contenue dans la prestation médicale (PM) et est indiquée uniquement à titre d'information supplémentaire. Le nombre de points tarifaires est calculé pour la totalité de l'assistance, peu importe le nombre de personnes qu'elle comprend.
OFSP	Office fédéral de la santé publique
Rapport *(comme terme dans le TARMED Browser)*	Minutage tarifaire du médecin pour la rédaction du rapport d'opération ou de diagnostic.
Dotation d'assistance	Nombre de personnes d'assistance prises en compte pour le calcul tarifaire. 2 personnes d'assistance au maximum sont prises en compte dans le TARMED.
Sexe *(comme terme dans le TARMED Browser)*	Limitation liée au sexe de la possibilité de facturer une position tarifaire: uniquement patiente de sexe féminin); uniquement patient (de sexe masculin); aucune limitation
IG	Interprétation générale
Prestation de soin	Contrairement aux prestations facturées en fonction du temps (facturation par minute passée à effectuer la prestation), le temps effectivement passé pour fournir la prestation n'est pas important pour les prestations de soins. La prestation est indemnisée de façon forfaitaire. La durée indiquée dans la position du tarif est uniquement une durée moyenne.
AI	Assurance-invalidité
AI	Loi sur l'assurance-invalidité
IC	Interprétation de chapitre
KV	Assurance-maladie
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
Prestation au sens propre	Minutage tarifaire du médecin pour le traitement du patient (correspond au temps nécessaire de l'incision à la suture pour les prestations opératoires dans l'OP et autres similaires). Cette durée s'applique également pour une éventuelle assistance.
Blocs de prestations (BP)	Un bloc de prestation comprend les prestations qui peuvent être cumulées les unes avec les autres pendant la même séance mais qui ne peuvent pas être cumulées avec d'autres prestations du tarif (les exceptions figurent dans le BP). Cf. également les IG-45
Groupes de prestations (GP)	Les groupes de prestations sont des listes de prestations présentant une caractéristique tarifaire commune précise. Cf. également les IG-47

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Terme	Description
Type de prestation	Chaque prestation du TARMED est classée sous un type de prestation: Prestations principales, prestations supplémentaires ou les prestations de référence. Selon le type de prestation, les prestations peuvent être facturées seules ou en combinaison avec une autre prestation.
Minutage	Temps nécessaire pour effectuer une prestation médicale en minutes. Font partie du minutage les informations contenues dans le Browser concernant la prestation au sens restreint, la préparation et la finition, le rapport, le temps d'occupation du local et le temps d'attente.
CTM	La Commission des tarifs médicaux LAA
Non cumulable avec	Lors de la facturation de la position tarifaire, les prestations/chapitres/groupes de prestations cités sous «non cumulable avec», effectués pendant la même séance, ne doivent **pas** être facturés.
PNO	Prestation non obligatoire
Uniquement cumulable avec	Lors de la facturation de la position tarifaire, seuls les prestations/chapitres/groupes de prestations cités sous «uniquement cumulable avec» peuvent être facturés dans la même séance.
PaKoDig	La Commission paritaire pour la valeur intrinsèque et les unités fonctionnelles
PO	Prestation obligatoire
CIP	Commission paritaire d'interprétation
IFC	Indemnisation des frais de cabinet
CPT	Commission paritaire tarifaire
valeurs intrinsèques qualitatives	FMH Titre postgradué/Certificat de capacité (important pour l'autorisation de facturation du médecin)
Valeurs intrinsèques quantitatives	Classes de valeurs intrinsèques, niveaux FMH 5 à FMH 12
Occupation des locaux	Minutage tarifaire pour la durée d'occupation de l'infrastructure par le patient pour effectuer la prestation
Facteur d'échelle PM	Grâce au facteur d'échelle PM, les points tarifaires PM peuvent être augmentés (facteur >1) ou réduit (facteur <1).
Facteur d'échelle PT	Grâce au facteur d'échelle PT, les points tarifaires PT peuvent être augmentés (facteur >1) ou réduit (facteur <1).
Unité fonctionnelle	Domaine dans le cabinet ou à l'hôpital, où une certaine gamme de prestations est fournie. Chaque domaine se caractérise par une infrastructure particulière (local, appareils et équipements fixes et mobiles) et par un certain nombre de personnels non médicaux. Pour certaines unités (p. ex. le bloc opératoire), la reconnaissance conformément au «concept pour la reconnaissance d'unités selon le TARMED» est obligatoire.
Tiers garant (TG)	Facturation du fournisseur de la prestation au patient
Tiers payant (TP)	Facturation du fournisseur de la prestation directement à l'assureur
PT	Prestation technique: Indemnité pour l'infrastructure et le personnel non médical en points tarifaires

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Terme	Description
Trustcenter	Un Trustcenter est centre régional de collecte des données, qui collecte et analyse les données de facturation à des fins statistiques. Il peut également transmettre des copies électroniques des factures aux assureurs et les assureurs peuvent leur demander des factures électroniques. Les Trustcenter appartiennent aux médecins.
UBR	Salle d'examen et de traitement
UV	Assurance-accident
LAA	Loi sur l'assurance-accidents
Préparation/Finition	Minutage tarifaire du médecin pour la préparation/finition nécessaire pour la prestation du médecin (mettre des tenues stériles etc.). Cette durée s'applique également pour une éventuelle assistance.
RFP	Ordonnance sur la formation continue (de la FMH)
Alternance *(comme terme dans le TARMED Browser)*	Minutage tarifaire pour la préparation etc. de l'infrastructure entre le traitement de deux patients (nettoyage, nouveaux équipements etc.) par séance de patient
EAE	Les prestations dans le domaine sanitaire doivent être efficaces, adaptées et économiques (EAE).
Prestation en fonction du temps consacré	Valent comme prestations au temps consacré toutes les prestations pour lesquelles il est possible de facturer le temps effectivement nécessaire.
SCTM	Service central des tarifs médicaux LAA
Facteur de supplément, de réduction PM	La facturation de certaines prestations principales et supplémentaires s'effectue au moyen de pourcentages de suppléments ou de réductions. Indication du pourcentage de supplément ou de réduction de la composante médicale de la prestation (PM) en chiffres décimaux. Cf. également les IG-11
Facteur de supplément, de réduction PT	La facturation de certaines prestations principales et supplémentaires s'effectue au moyen de pourcentages de suppléments ou de réductions. Indication du pourcentage de supplément ou de réduction de la composante technique de la prestation (PT) en chiffres décimaux. Cf. également les IG-11

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

8.17. Solutions des exemples

Exemple 1

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0020	00.0010		1	+ Consultation, période de 5 minutes supplémentaires
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	3469.00			1	Streptocoques, bêta-hémolytique, groupe A, test rapide
2. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes

La prescription de l'antibiotique peut être facturée dans la consultation.

Exemple 2

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
				1	Fraxiparine en seringue prête à l'emploi
					Matériel à usage courant supérieur à CHF 3.– selon IG-20

Le nettoyage de la plaie/changement de pansement (00.1345) et l'injection (00.0750) ne peuvent pas être facturés car ils sont compris dans le bloc de prestations 01. Les prestations du BP-01 ne peuvent être facturées que si aucune prestation médicale n'est effectuée.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 3

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	02.0071			20	Étude du dossier médical en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie, par 1 min.
	02.0010			11	Diagnostic psychiatrique et thérapie, thérapie individuelle, première séance, par unité de 5 minutes
	00.2285			1	Rapport non rédigé sur un formulaire, texte de 11 à 35 lignes
	00.2295	00.2285		1	+ Rapport non rédigé sur un formulaire, par unité de 35 lignes supplémentaires

Le temps nécessaire pour la rédaction du rapport est compris dans les positions tarifaires 00.2285 et 00.2295. Ce temps ne peut être facturé ni lors de l'étude du dossier médical (02.0071), ni dans la séance psychiatrique (02.0010). En ce qui concerne les prestations médicales en l'absence du patient (02.0071 sqq.) une limitation de 180 fois cumulées tous les 3 mois (GP-05)
est à appliquée.

Exemple 4

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.0716			1	Prélèvement sanguin capillaire, toute localisation par du personnel non médical
	1370.00			1	Hémogramme I via méthode automatisée
	4707.20			1	Supplément pour chaque analyse hors domaine C

La rédaction de l'ordonnance peut être facturée dans la durée de consultation.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 5

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.2110			24	Conseils collégiaux (consilium) par le spécialiste, par période de 5 min.
	17.0090			1	ECG d'effort, ergométrie

La lecture du dossier et le rapport sont rémunérés dans le cadre du consilium (le temps nécessaire peut être ajouté au consilium à proprement parler; il faut tenir compte de la quantité max. facturable de 24 fois × 5 minutes par cas).
L'ECG est déjà inclus l'ECG d'effort (voir l'interprétation) et ne doit donc pas être facturé en supplément.

Exemple 6

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Rendez-vous	39.5180		à droite	1	IRM articulation du genou et/ou partie inférieure de la jambe
	39.0010	39.5180		1	Consultation de base/Service de radiologie d'un Institut de radiologie en dehors d'un hôpital
	39.5300	39.5180		1	Prestation technique de base 0, Magnetic Resonance Imaging (IRM), patient ambulatoire
	39.0410	39.5180	à droite	1	(+) Arthrographie de l'articulation comme prestation supplémentaire pour l'IRM de l'articulation ou TDM de l'articulation
	39.0010	39.0410		1	Consultation de base/Service de radiologie d'un Institut de radiologie en dehors d'un hôpital
	39.2060	39.0410		1	Prestation technique de base 0, salle de radiologie III, patient ambulatoire

39.0010 peut être facturé 1 × par unité, max. 2 × par jour (ici: unité IRM et salle de radiologie III).
Selon IC-39-1, les rapports sont déjà inclus dans les PM des prestations de radiologie. Une facturation en supplément est donc interdite.

Exemple 7

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0020	00.0010		1	+ Consultation, période de 5 minutes supplémentaires
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.0716			1	Prélèvement sanguin capillaire, toute localisation par du personnel non médical
	1245.00			1	Protéine C réactive (CRP), qn
	1372.00			1	Hémogramme III via méthode automatisée

La remise de médicaments par le médecin est facturée comme temps de consultation.

Exemple 8

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
					Twinrix
2. Consultation	00.0110			1	Consultation par téléphone par le spécialiste, les premières 5 minutes

Twinrix en injection sous-cutanée. L'injection sous-cutanée (00.0780) fait partie des prestations générales de base et est déjà comprise dans la rémunération de la consultation.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 9

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0020	00.0010		1	+ Consultation, période de 5 minutes supplémentaires
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	1740.00			1	Statut partiel d'urine, 5-10 paramètres
				1	Bactrim forte
2. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical

Le temps nécessaire à l'AM pour l'analyse d'urine ne doit pas être facturé, resp. il est déjà rémunéré avec la PT de la consultation.

Exemple 10

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0025	00.0010		2	+ Consultation pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chaque période de 5 minutes supplémentaires.
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	39.0260		à gauche	1	Radiologie: Poignet, première radiologie
	39.0265	39.0260	à gauche	1	+ Radiologie: Poignet, chaque radiographie supplémentaire
	39.2000	39.0260		1	Prestation technique de base 0, salle de radiologie I, patient ambulatoire
	39.0020	39.0260		1	Taxe de base pour la radiologie et le diagnostic de l'échographie par le médecin dans le cabinet médical
	39.0050	39.0260		1	(+) Supplément I sans produit de contraste et/ou remplissages de cavités, pour les enfants jusqu'à 7 ans

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
	39.0240		à gauche	1	Radiologie: Coude, première radiologie
	39.0245	39.0240	à gauche	1	+ Radiologie: Coude, chaque radiographie supplémentaire

La pose de l'attelle confectionnée pour le poignet figure dans la position tarifaire 01.0030. Il s'agit ici d'une partie intégrante des prestations générales de base. Le temps nécessaire peut ici être ajouté à la consultation. Il est interdit de facturer des suppléments pour cas d'urgence car la patiente n'a pas été soignée sans délai.
Les positions 39.0020 et 39.0050 sont limitées à 1 × par jour, resp. à 1 × par séance.

Exemple 11

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.0141			13	Étude du dossier médical en l'absence du patient pour les patients de plus de 6 ans et de moins de 75 ans, par 1 min.
	00.0050			2	Entretien diagnostic préliminaire/interventions thérapeutiques avec les patients/les proches par le spécialiste, par unité de 5 minutes
	19.1010			1	Coloscopie, intégrale
	19.1030	19.1010		1	+ Frottis avec brosse pour cytologie/bactériologie en cas de coloscopie

L'accès vasculaire n'est pas facturable étant donné que la position tarifaire 00.0855 n'est pas cumulable avec le chapitre 19 (cf. la position 00.0855).
L'injection/infusion par du personnel non médical (00.0750) est comprises dans le BP-01 et ne peut pas être facturée lorsqu'il y a une intervention médicale.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 12

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.1620			3	Traitement par le spécialiste en angiologie, par unité de 5 minutes
	39.3690		à gauche	1	Sonographie duplex du système veineux superficiel des extrémités inférieures, par côté
	39.3690		à droite	1	Sonographie duplex du système veineux superficiel des extrémités inférieures, par côté
	39.3800	39.3690		1	Prestation technique de base 0, grande échographie, patient ambulatoire
	39.0020	39.3690		1	Taxe de base pour la radiologie et le diagnostic de l'échographie par le médecin dans le cabinet médical
	00.2285			1	Rapport non rédigé sur un formulaire, texte de 11 à 35 lignes

Le Dr Leu est détenteur de deux titres postgradués. Dans ce cas, il n'est pas possible de facturer le supplément pour les prestations de médecin de famille car le médecin a effectué un traitement en tant que spécialiste.

Exemple 13

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	22.1920			1	Contrôle de grossesse, ultérieur
	39.3040			1	Mesure du col par ultrasons pendant la grossesse, transabdominale/transvaginale
	39.3830	39.3040		1	Prestation technique de base, échographie gynécologique/pédiatrique
	1740.00			1	Statut partiel d'urine, 5-10 paramètres

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 14

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.2530	00.0010		1	(+) % de supplément pour une urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.2530	00.0015		1	(+) % de supplément pour une urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.2530	00.0030		1	(+) % de supplément pour une urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
	04.1010			1	Soins de la plaie sans prise en compte de structures complexes, visage, cou, main (sans la nuque, le cuir chevelu), les premiers 3 cm
	00.2530	04.1010		1	(+) % de supplément pour une urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
	04.1020	04.1010		1	+ Soins de la plaie sans prise en compte de structures complexes, visage, cou, main (sans la nuque, le cuir chevelu), chaque unité de 3 cm supplémentaires
	00.2530	04.1020		1	(+) % de supplément pour une urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
	00.2520			1	Indemnité forfaitaire d'urgence B, Lun.-Dim. 19-22, Sam. 12-19, Dim. 7-19
				1	Tétanol pur
2. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes

La pose du pansement (01.0020) fait partie des prestations de base générales. Le temps nécessaire peut être facturé avec la consultation.
L'injection du vaccin contre le tétanos est une injection intramusculaire (00.0790). Cette prestation fait partie des prestations de base générales. Le temps nécessaire peut être facturé avec la consultation.
Retirer les points de suture (04.1160) fait partie des prestations de base générales. Le temps nécessaire est également facturé avec la consultation.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 15

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Consultation	00.0010			1	Consultation, première période de 5 minutes
	00.0015	00.0010		1	+ Supplément pour prestations de médecin de famille dans le cabinet médical
	00.0025	00.0010		1	+ Consultation pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chaque période de 5 minutes supplémentaires.
	00.0030	00.0010		1	+ Consultation, dernière période de 5 minutes
	00.0040	00.0010		1	+ Supplément pour enfants de moins de 6 ans
	03.0010			1	Examen par le spécialiste en pédiatrie pour les enfants/adolescents jusqu'à 18 ans
	03.0130			2	Conseils de développement pédiatrique pour les enfants/adolescents et adultes jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie/médecine pour adolescents, par unité de 5 minutes

Exemple 16

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Date	00.0141			10	Étude du dossier médical en l'absence du patient pour les patients de plus de 6 ans et de moins de 75 ans, par 1 min.
	00.0142			8	Demandes de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient pour les patients de plus de 6 ans et de moins de 75 ans, par 1 min.

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Exemple 17

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Visite à domicile	00.0060			1	Visite, première période de 5 minutes
	00.0075	00.0060		2	+ Visite à domicile pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chaque période de 5 minutes supplémentaires.
	00.0080	00.0060		1	+ Visite, dernière période de 5 minutes
	00.0095	00.0060		14	+ Indemnité de déplacement, par période de 5 min
	00.0416			3	Petit examen par le spécialiste pour les soins de base pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, par période de 5 min
	00.0135			21	Envois des patients à des médecins consultants en l'absence du patient pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, par 1 min.

La remise du médicament peut être facturée dans la consultation.

Exemple 18

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte
1. Conversation téléphonique	00.0110			1	Consultation par téléphone par le spécialiste, les premières 5 minutes
	00.0120	00.0110		1	+ Consultation par téléphone par le spécialiste, chaque période de 5 minutes supplémentaires
	00.0130	00.0110		1	+ Consultation par téléphone par le spécialiste, les 5 dernières minutes

VOUS TROUVEREZ DES EXERCICES SUPPLÉMENTAIRES
SUR CE CHAPITRE SUR CE LIEN:
www.myMPA.ch

2018 © Bieri & Weder GmbH
Medizinischer Lehrmittelverlag

Feuille réponse TARMED pour les exercices du cours

Date	Numéro de position	Chiffre réf.	Page	Nbr.	Texte

Remarques concernant la facturation