



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Questions fréquentes (FAQ) sur l'introduction et l'application de **TARMED 1.09** (ordonnance du Conseil fédéral sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie) et « annexe 2 » (structure tarifaire) posées au Secrétariat central de H+ Les Hôpitaux de Suisse H+¹.

Actualisation : Berne, le 22.02.2018 Département Tarifs et eHealth

1. *Les limitations des quantités (par exemple : petit examen par période de 5 min, au maximum 6 fois par mois, prestations en absence du patient - 30 fois 1 minute par 3 mois, etc.) seront-elles à l'avenir valables par médecin ou pour l'ensemble de l'hôpital ?*

Le critère est le changement de spécialité/service. Lorsqu'un patient consulte plusieurs médecins en pratique privée pour différents problèmes médicaux, il va de soi que la limitation des quantités est appliquée séparément.

Lorsqu'un patient est traité en ambulatoire à l'hôpital pour différents problèmes médicaux par des médecins de spécialités différentes, la limitation des quantités ne peut pas être considérée/appliquée de manière cumulée sur l'ensemble de l'hôpital.

H+ recommande d'appliquer les limitations des quantités par domaine spécialisé.

Le changement de spécialité/service peut être documenté sur la facture au moyen des GLN respectifs des médecins responsables.

2. *Quelles conditions/pathologies doivent être présentes pour que les positions avec la nomenclature « **nécessitant plus de soins** » puissent être facturées ?*

Le commentaire de l'ordonnance du Conseil fédéral précise :

«Un besoin accru en soins, dans le sens d'un besoin exceptionnellement accru en temps, peut par exemple apparaître chez les patients multimorbides, chez les patients avec une limitation cognitive moyenne ou sévère, chez les patients avec des troubles psychiques sévères ou chez les patients dans une situation de maladie grave (par ex. syndrome coronarien aigu ou une maladie cancéreuse instable). Le traitement de tels patients n'autorise toutefois pas automatiquement l'utilisation des limitations plus élevées, le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur. »

Le fournisseur de prestations indique explicitement le besoin accru en soins en appliquant les positions spécifiques pour les personnes nécessitant plus de soins.

Le mode de justification n'est pas défini. Les règles habituelles de l'échange d'information entre fournisseurs de prestations et l'assurance-maladie s'appliquent. Les justifications médicales doivent être traitées par le service de médecin-conseil. La justification sur le fond du besoin accru en soins doit figurer dans la documentation concernant le patient, afin que ce besoin puisse être attesté. La manière dont les assureurs examineront le besoin accru en soins et sa justification n'est pas connue.

- 2.1. *Cette **justification** doit-elle être transmise à la demande seulement ou doit-elle être adressée avec l'envoi de la facture ?*

L'ordonnance ne précise pas à quel moment ni comment doit intervenir la justification. Les informations médicales ne doivent pas faire partie de la facture. La façon dont les assureurs examineront le besoin accru en soins et sa justification n'est pas connue.

¹ Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

2.2. Existe-t-il éventuellement un **document/formulaire type pour la saisie de la justification** du besoin accru en soins (à cocher), afin de réduire le travail administratif du médecin ?

Non – voir 2 et 2.1

2.3. Comment appliquer les règles de limitation dans les groupes de prestations GP-4 et GP-11 (prestations en l'absence du patient) lorsque le besoin en soins évolue durant la période de 3 mois ?

Les prestations doivent être saisies au gré du besoin en soins. Les limitations sont applicables par groupe de prestations. Durant une séance, les positions ne sont cumulables qu'au sein du même groupe de prestations.

3. Où puis-je trouver le **Browser et l'ordonnance** du Conseil fédéral ?

Les documents officiels se trouvent sur le site internet de l'OFSP:

- Ordonnance assortie des explications sur la procédure [Teneur et commentaire du 18 octobre 2017](#) (PDF, 588 kB, 18.10.2017)
- Browser [Structure tarifaire pour les prestations médicales \(enregistrez avant d'ouvrir et adaptez les paramètres de sécurité sous Propriétés\)](#) (CHM, 3 MB, 18.10.2017)
- Structure tarifaire sous forme de document [Annexe 2: Structure tarifaire pour les prestations médicales](#) (PDF, 12 MB, 18.10.2017)
- Protocole de modification [Annexe 1: Adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales](#) (XLS, 1 MB, 18.10.2017)
- Base de données [Structure tarifaire pour les prestations médicales \(Base de données Access\)](#) (MDB, 24 MB, 18.10.2017)

4. Quelle est la date d'introduction de TARMED 1.09?

Dans le domaine LAMal, le nouveau tarif TARMED 1.09 est introduit pour l'ensemble des fournisseurs de prestations au 1^{er} janvier 2018.

Dans les domaines AA / AM / AI, la CTM laisse le soin aux hôpitaux de décider avec quelle version TARMED ils vont facturer du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2018. Cette décision exclut un changement de version tarifaire au cours du premier trimestre 2018. Les hôpitaux qui ne sont techniquement pas en mesure de continuer de facturer avec la version 1.08_BR peuvent le faire savoir au SCTM. Tout droit envers les assureurs AA / AM / AI à une compensation de la différence des points entre les deux versions du tarif est ainsi exclu.

Les positions tarifaires dans le domaine d'activité de la CTM qui ont été supprimées de la version 1.09 peuvent être rétroactivement facturées par les hôpitaux concernés dès le 1^{er} avril 2018 depuis la date du 1^{er} janvier 2018 sur la base du nouveau tarif 1.09 AA / AM / AI (code tarifaire 007).

5. Les prestations à la charge de l'assurance-maladie et à celle de **l'assurance accidents, invalidité ou militaire** sont-elles facturables de manière identique ?

Toutes les prestations à charge de l'assurance maladie doivent être facturées avec la version 1.09. Cette version s'est vu assigner le code tarifaire 001 par le Forum Datenaustausch. Elle comporte toutes les positions de l'annexe 2 (structure tarifaire) de l'ordonnance du Conseil fédéral « modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie ». Les prestations à la charge des assureurs fédéraux seront à facturer à partir du 01.04.2018 avec la version 1.09.

Les hôpitaux qui auront décidé de facturer leurs prestations aux assureurs fédéraux aussi en version 1.09 dès le 01.01.2018 facturent ainsi de manière identique leurs prestations à tous les assureurs.

Pour les prestations spécifiques pour les assureurs fédéraux qui ne figurent pas dans la version 1.09, un catalogue séparé (code tarifaire 007) sera à disposition dès avril 2018 et permettra de facturer ces prestations rétroactivement au 01.01.2018.²

A partir du 01.01.2018 un catalogue reprenant les prestations du chapitre 38 (Prophylaxie des maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents ({LAA})) est à disposition et porte le Code tarifaire 050. Les prestataires de services désirant utiliser ce catalogue sont priés de contacter la SUVA, Dr.med. Claudia Pletscher médecin-chef et responsable de la division médecine du travail.

6. *Pour le **temps d'anesthésie éventuellement nécessaire lors d'examens CT et IRM** peut-on désormais facturer le temps d'anesthésie effectif selon le protocole d'anesthésie ?*

Pour les positions ne précisant pas la durée de la prestation au sens restreint, c'est la durée incision-suture pour une intervention chirurgicale ou la *durée d'examen* selon la feuille d'anesthésie pour une intervention diagnostique qui compte. Pour les interventions multiples, sont applicables les classes de risque indiquées dans les positions tarifaires.

7. *Nos médecins praticiens fournissent des prestations très variées dans nos services ambulatoires. Devons-nous appliquer le facteur PM enregistré pour chaque prestation au moment de la facturation ? Nous avons considéré que, selon le concept des valeurs intrinsèques, le médecin-chef de la division concernée doit disposer des valeurs intrinsèques correspondant aux prestations et que nous ne devons donc pas procéder à des réductions des PM pour les médecins praticiens au sein de notre institution.*

Si un médecin praticien fournit des prestations ambulatoires dans le domaine hospitalier et que, lors du décompte, des positions tarifaires comprenant la mention « Toutes les valeurs intrinsèques » sont utilisées, l'hôpital doit aussi appliquer le facteur PM de TARMED 1.09 lors de la facturation.

Motivation : Au point 2 « Prestations hospitalières » de la Convention concernant la réalisation du concept des valeurs intrinsèques à l'hôpital, il est prévu que le prestataire médical ne peut en principe facturer que des prestations TARMED dont la valeur intrinsèque médicale nécessaire figure sous son numéro officiel d'identification (GLN). Les médecins détenteurs du titre de formation postgraduée « Médecin praticien » sont en droit de facturer les prestations portant la mention « Toutes les valeurs intrinsèques » et l'hôpital doit appliquer le facteur PM dans de tels cas.

En revanche, la règle suivante est appliquée si un médecin praticien fournit des prestations pour lesquelles il ne possède pas la valeur intrinsèque nécessaire :

Si une prestation hospitalière ambulatoire est pratiquée par un médecin qui ne possède pas la valeur intrinsèque nécessaire, il convient de mentionner en outre, sous la position tarifaire de la prestation, le numéro d'identification du médecin qui assume la responsabilité technique de cette position tarifaire au sein de l'hôpital. Le médecin responsable doit disposer des valeurs intrinsèques concernant ces prestations et être prêt à intervenir au moment où elles sont fournies.

8. *Pour le matériel de traitement, les **sets de matériel usuel** sont-ils facturables dans le cadre de l'application de TARMED ? Est citée la décision CPI I-17001 qui stipule que les sets de matériel usuel ne sont plus facturables. Nous n'avons pas de certitude.*

Pour la facturation des prestations, H+ recommande de tenir compte des décisions CPI jusqu'à la version publiée 1.58. Les décisions prises après le 1.7.2016 – en particulier la décision 17001 sur les sets de matériel usuel ne sont pas à prendre en considération. Cela vaut pour les fournisseurs de prestations qui avaient adhéré au contrat cadre TARMED via H+. H+ ne sait pas si d'autres fournisseurs de prestations doivent respecter cette décision CPI.

² La décision de la CTM se trouve ici : [Lien vers le site internet de la CTM](#)

H+ estime que les sets de matériel usuel issus du commerce sont facturables, mais pas les sets confectionnés à l'interne par les hôpitaux et les cliniques.

9. *En tant que membre de H+, nous souhaitons déclarer une **nouvelle unité fonctionnelle à intégrer** à la banque de données des unités fonctionnelles. Comment devons-nous procéder?*

On peut se demander si les décisions prises jusque-là par les partenaires tarifaires dans le cadre de TARMED Suisse sont encore valables pour l'application de TARMED 1.09.

La banque de données qui était tenue à jour dans le cadre de la PaKoDig, l'est maintenant par H+ pour ses membres. L'auto-déclaration doit être adressée à H+. Les assureurs reçoivent tous les trois mois la partie de la banque de données dont H+ assure la maintenance.

Les assureurs ont la possibilité de consulter, dans les locaux du Secrétariat central, les documents qui ont conduit à des inscriptions par H+ dans la banque de données des unités fonctionnelles.

Questions fréquentes sur le droit tarifaire dans le cadre de TARMED

10. *La **convention-cadre entre H+ et santésuisse** est-elle encore en vigueur ?*

Non. En juin 2016, H+ a résilié dans les délais au 31 décembre 2016 la convention-cadre – et tous les documents y afférents – qui avait été approuvée en 2002 par le Conseil fédéral. Tant la convention-cadre que les accords la concernant ainsi que la structure tarifaire en particulier n'étaient plus en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. Néanmoins, la validité de la structure tarifaire a fait l'objet d'une prolongation. Lire ci-dessous point 11.

11. *La **convention-cadre entre la FMH et santésuisse** est-elle encore en vigueur ?*

Oui, ce contrat n'a pas été résilié. Il reste en vigueur pour les médecins en cabinet privé et pour les cabinets de groupe, s'ils ont adhéré à cette convention-cadre. Mais cette convention entre la FMH et santésuisse n'est pas valable pour les hôpitaux et les cliniques.

12. *Quelle **structure tarifaire** est en vigueur pour les prestations médicales ambulatoires **avant le 1^{er} janvier 2018** ?*

En 2017, c'est la version TARMED 1.08_BR qui est en vigueur. Les partenaires tarifaires, la FMH, H+, santésuisse, curafutura et la CTM ont prolongé sa validité jusqu'au 31 décembre 2017.

13. *Quelle est la **structure tarifaire** en vigueur pour les prestations médicales ambulatoires **à compter du 1^{er} janvier 2018** ?*

- Pour les prestations facturées dans le cadre de la LAMal, seule la version TARMED 1.09 fixée par le Conseil fédéral est en vigueur.
- Dans le domaine AA/AI/AM, la CTM laisse le soin aux hôpitaux de décider avec quelle version TARMED ils vont facturer du 1^{er} janvier au 31 mars 2018. Cette décision exclut un changement de version tarifaire au cours du premier trimestre 2018. Les hôpitaux qui ne sont techniquement pas en mesure de continuer de facturer avec la version 1.08_BR peuvent le faire savoir au SCTM. Tout droit envers les assureurs AA / AM / AI à une compensation de la différence des points entre les deux versions du tarif est dans ce cas exclu.
- Les positions tarifaires dans le domaine d'activité de la CTM qui ont été supprimées de la version 1.09, peuvent être rétroactivement facturées par les hôpitaux concernés dès le 1^{er} avril 2018 depuis la date du 1^{er} janvier 2018 sur la base du nouveau tarif 1.09 AA / AM / AI (code tarifaire 007).
- Les partenaires tarifaires peuvent convenir de tarifs au temps ou au forfait, comme par exemple pour les opérations de la cataracte.

14. *Les hôpitaux et les assureurs peuvent-ils conclure des **conventions supplémentaires** dans le cadre de TARMED ?*

Oui, ils sont libres de conclure des conventions supplémentaires dans le cadre de TARMED 1.09, comme par exemple sur les modes de paiement.

15. Les **anciennes conventions** relatives à *TARMED* entre hôpitaux et assureurs restent-elles valables ?

La situation juridique n'est pas claire.

- Si les conventions passées entre hôpitaux et assureurs n'ont pas de lien avec la convention-cadre TARMED entre H+ et santésuisse, elles devraient rester valables.
- Si les conventions passées entre hôpitaux et assureurs ont un lien avec la convention-cadre TARMED entre H+ et santésuisse, elles pourraient ne plus être valables (par analogie avec le cas jugé par le TAF Physio TG). Si les hôpitaux et les assureurs maintiennent en pratique les règles de leurs anciennes conventions, on peut partir du principe qu'elles restent valables. Mais si un partenaire souhaite ne plus les respecter, H+ conseille de renégocier la convention.