

Tarification de la médecine ambulatoire pour cabinet



espacecompétences

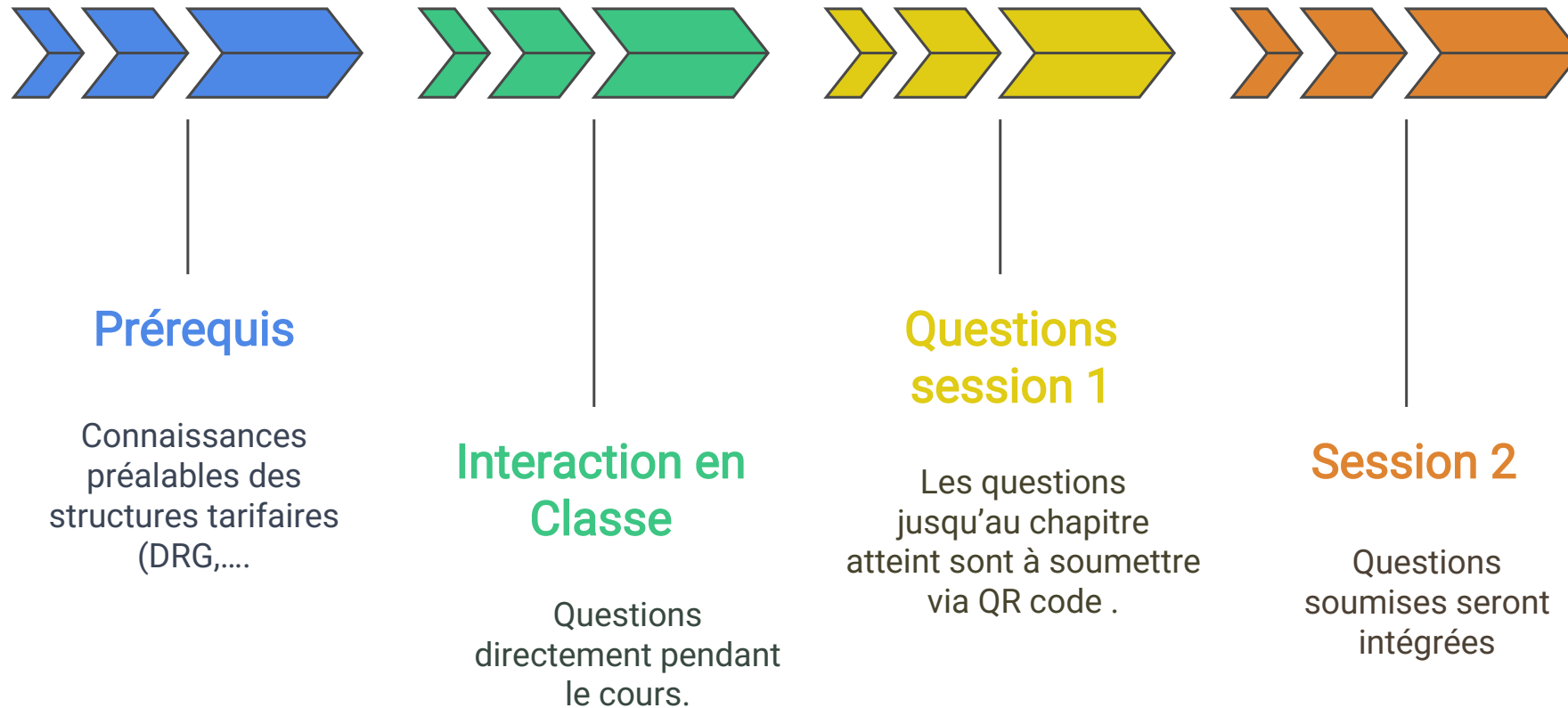
Stéphane Johnner

Introduction

Se présenter sous la forme d'un dessin



Processus d'Interaction de la formation



Introduction

Objectifs d'apprentissage et compétences opérationnelles

Compréhension du Système Tarifaire



Compréhension du TARDOC

Comprendre les détails et les applications du TARDOC.



Compréhension des Forfaits Ambulatoires

Comprendre les structures et les avantages des forfaits ambulatoires.



Interaction des Structures Tarifaires

Comprendre comment le TARDOC et les forfaits ambulatoires interagissent.



Sources d'Information


Connaître les sources d'information fiables pour le système tarifaire.




Soutien à l'Introduction

Fournir un soutien actif lors de l'introduction du système tarifaire.

Programme des 2 jours


 Identifier les défis


Définir le contact avec le patient 

 Saisir les prestations

Facturation 

 Droits acquis

Collecter des données 

 Interagir avec d'autres structures

Surveiller la neutralité des coûts 

 Exemples & cas d'usage

Situation de départ

- Quelles sont les principales étapes qui ont mené à la solution actuelle ?
- Que dois-je savoir pour comprendre les tenants et les aboutissants ?

Informations actuelles



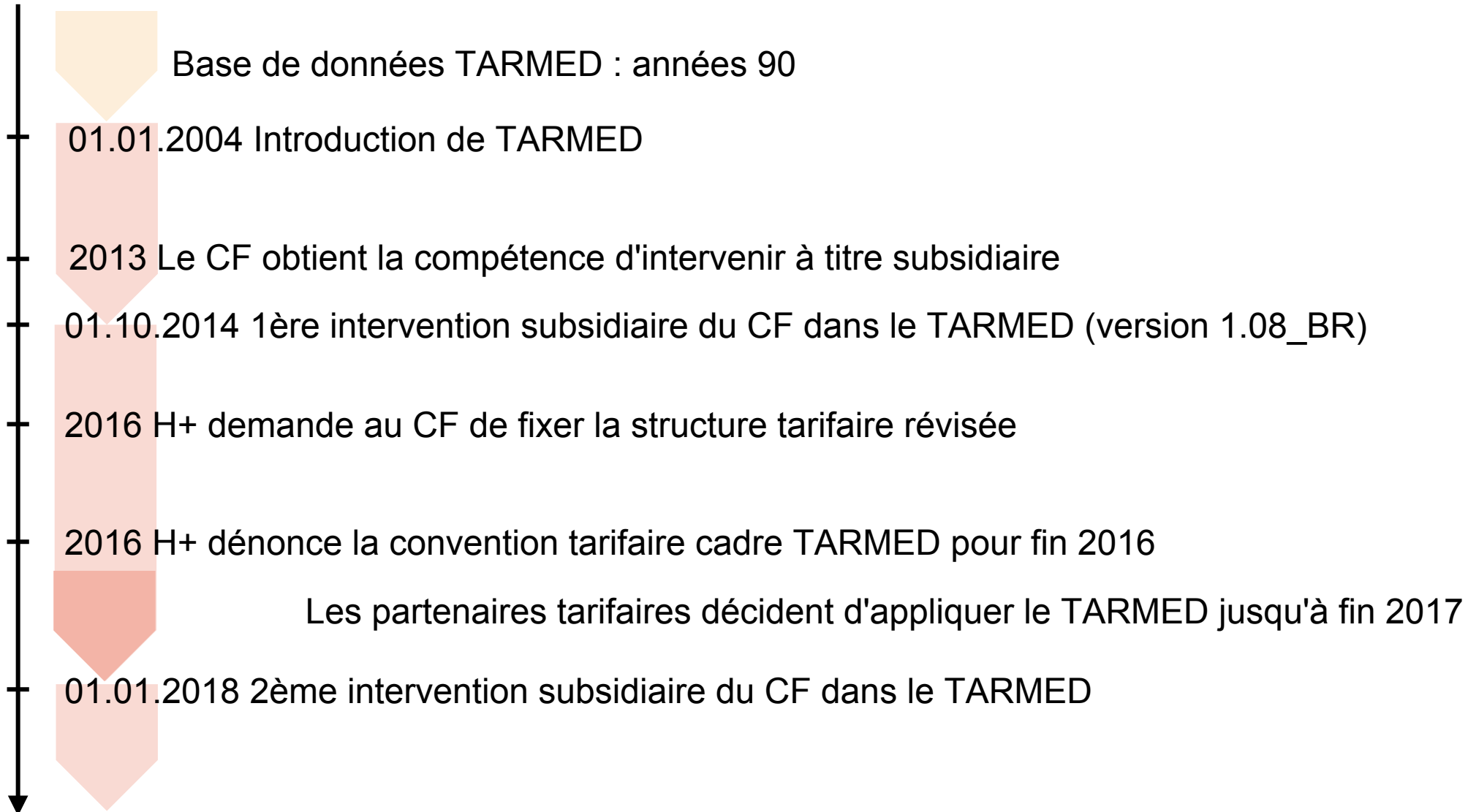
O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Systeme tarifaire global ▾

Communication ▾

Situation initiale TARMED



Situation de départ TARDOC

Base de données TARDOC : env. 2018

12.07.2019 TARDOC 1.0 est soumis pour approbation

25.06.2020 TARDOC 1.1 est soumis pour approbation (avec Swica)

€ ausführlicher Rapport d'examen de l'OFSP sur V1.0 et V1.1

30.03.2021 TARDOC 1.2 est soumis pour approbation

20.12.2021 TARDOC 1.3 est soumis pour approbation

03.06.2022 TARDOC 1.3 n'est pas approuvé par le CF

15.11.2022 Création de la nouvelle organisation tarifaire OAAT-OTMA

17.02.2023 TARDOC 1.3.1 est transmis à l'OAAT

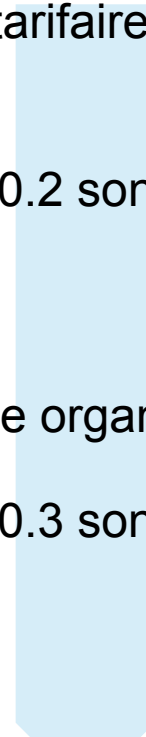
27.06.2023 TARDOC 1.3.2 est transmis à l'OAAT

(avec corrections selon rapport de contrôle pour TARDOC 1.3.1)

Situation de départ : forfaits ambulatoires



Base de données des forfaits ambulatoires :
2019-2021



18.05.2021 création de solutions tarifaires suisses sa

23.12.2021 Forfaits ambulatoires 0.2 sont soumis à **examen**

15.11.2022 Création de la nouvelle organisation tarifaire OAAT-OTMA

31.12.2022 Forfaits ambulatoires 0.3 sont soumis à **examen**

30.06.2023 Les forfaits ambulatoires 1.0 sont transférés à l'OAAT

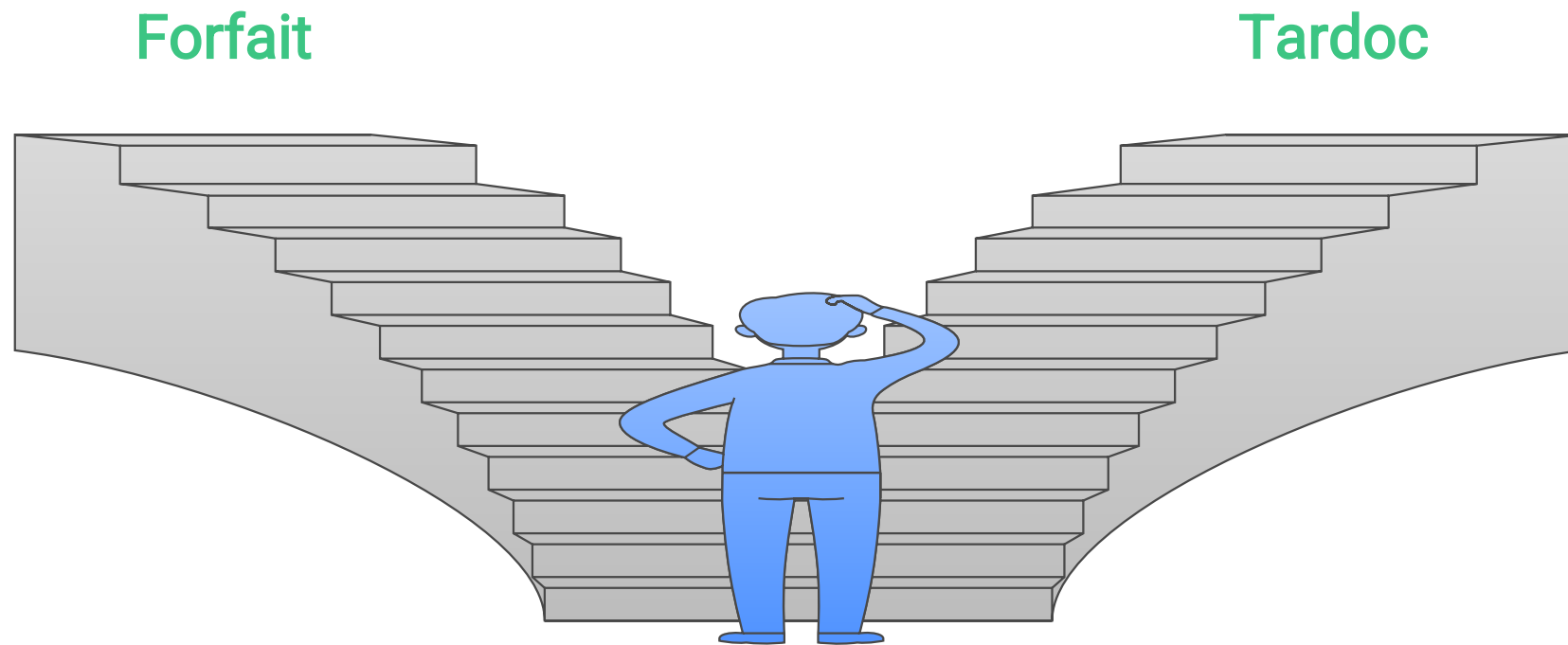
Situation initiale Soumission pour approbation

- 10.2023 Les membres de la FMH approuvent le TARDOC 1.3.2 et reconnaissent les forfaits ambulatoires V1.0
- 10.2023 Les membres de curafutura approuvent TARDOC 1.3.2 et reconnaissent les forfaits ambulatoires V1.0
- 11.2023 Les membres de H+ approuvent le système tarifaire cohérent
- 11.2023 Les membres de santésuisse approuvent le système tarifaire cohérent
- 12.2023 forfaits ambulatoires 1.0 et TARDOC 1.3.2 sont regroupés sous le même toit que l'OAAT propose au CF pour approbation
- 06.2024 Approbation partielle par le CF et critères pour une introduction commune au 1er janvier 2026
- 01.2026 Introduction des nouvelles structures tarifaires

Décision du Conseil fédéral

- Qu'a décidé le Conseil fédéral exactement ?
- Que reste-t-il à traiter par l'OAAAT SA et les partenaires tarifaires ?

Quels sont les défis posés par l'application du système de tarification cohérent dans le secteur ambulatoire ?

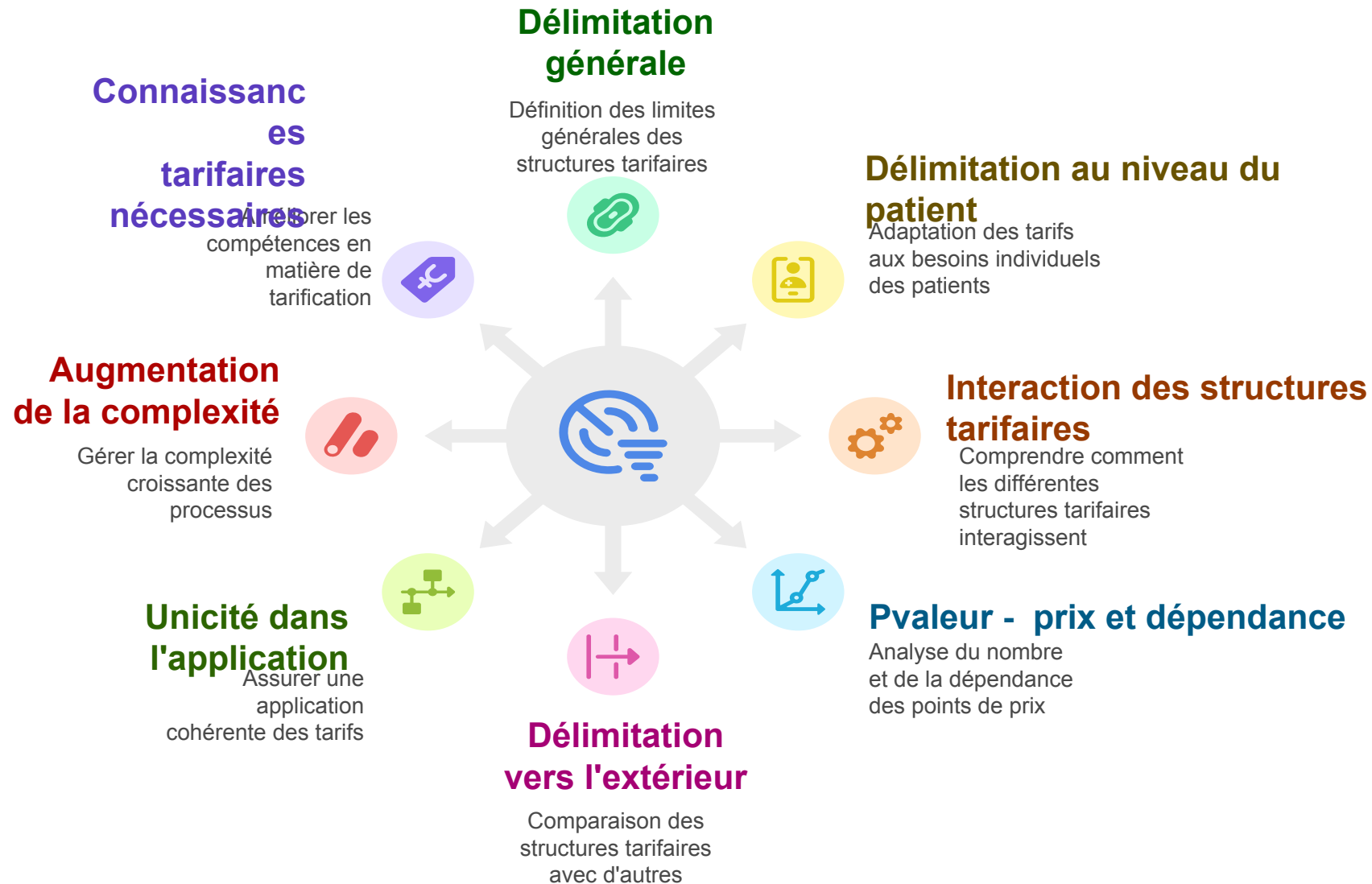


Interaction entre les deux structures tarifaires

Exercice 5min, groupes de 2

Quels sont les défis posés par l'application cohérente d'un tarif forfaitaire et d'un tarif à la prestation dans le secteur ambulatoire ?

Réponses possibles



Interaction entre les deux structures tarifaires

1. Champ d'application des structures tarifaires
2. Délimitation au niveau du patient/définition du contact avec le patient facturable
3. Pas de choix de structure tarifaire
4. Frontières extérieures du système cohérent

Champ d'application des structures tarifaires

Prestations en
Une infrastructure coûteuse



OPS
Endoscopies
CT/IRM
Salle d'accouchement
Médecine nucléaire
Radio-oncologie

...

Prestations en
infrastructure simple



Salle de consultation
Zone d'étude
Ultrasons
Radiographie
...

Champ d'application des structures tarifaires

Prestations en Une infrastructure coûteuse



Les forfaits ambulatoires ne sont développés que pour les infrastructures coûteuses

Prestations en infrastructure simple



TARDOC 1.3.2 couvre l'ensemble du domaine médical ambulatoire

Champ d'application des structures tarifaires

Prestations en
Une infrastructure coûteuse



Forfaits ambulatoires

Prestations en
une infrastructure simple



TARDOC light

- Le système tarifaire cohérent est une combinaison des forfaits ambulatoires dans l'infrastructure coûteuse et du TARDOC light réduit dans l'infrastructure simple.

Interaction entre les deux structures tarifaires

1. Champ d'application des structures tarifaires
2. Délimitation au niveau du patient/définition du contact avec le patient facturable
3. Pas de choix de structure tarifaire
4. Frontières extérieures du système cohérent

Quelle est la classification des fournisseurs de prestations dans le cadre de l'ambulatoire?



Fournisseurs de prestations selon la LAMal et Fournisseurs de prestations dans le setting ambulatoire

Art. 35 Types de fournisseurs de prestations⁹¹

¹ ...⁹²

² Les fournisseurs de prestations sont:⁹³

- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;
- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i.⁹⁴ les maisons de naissance;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire;
- m.⁹⁵ les entreprises de transport et de sauvetage;
- n.⁹⁶ les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

La définition du fournisseur de prestations dans le setting ambulatoire apporte une égalité entre les hôpitaux et les médecins.

fournisseur de prestations selon la LAMal signifie une "non-égalité" entre les hôpitaux et les médecins.

Est réputé fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire

un médecin au sens de l'art. 35, al. 2, let. a LAMal

ou

une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n LAMal qui n'applique pas le concept des spécialités

ou

un service spécialisé (selon l'annexe 1) au sein d'un hôpital au sens de l'art. 35, al. 2, let. h LAMal ou d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n LAMal.

Liste des domaines spécialisés pour la définition du fournisseur de prestations dans le cadre du setting ambulatoire

Est réputé service spécialisé:

une unité placée sous la direction et la responsabilité d'un médecin,

ou

une unité de sages-femmes et de chiropraticiens,

ou

une unité spécialisée dans une discipline médicale où des soins sont dispensés sur prescription d'un médecin (conformément à l'art. 25, al. 2, let. a, point 3 LAMal ou à l'art. 35, al. 2, let. e LAMal),

ou

une unité effectuant des transports de patients conformément à l'art. 35, al. 2, let. m LAMal.

Les domaines de spécialisation s'inspirent des titres de spécialisation de l'ISFM.

Pour plus d'informations sur l'application, veuillez consulter le règlement des domaines.

Chapitre 4 Fournisseurs de prestations

Section 1 Admission

Art. 35 Types de fournisseurs de prestations⁹¹

1 ...⁹²

² Les fournisseurs de prestations sont:⁹³

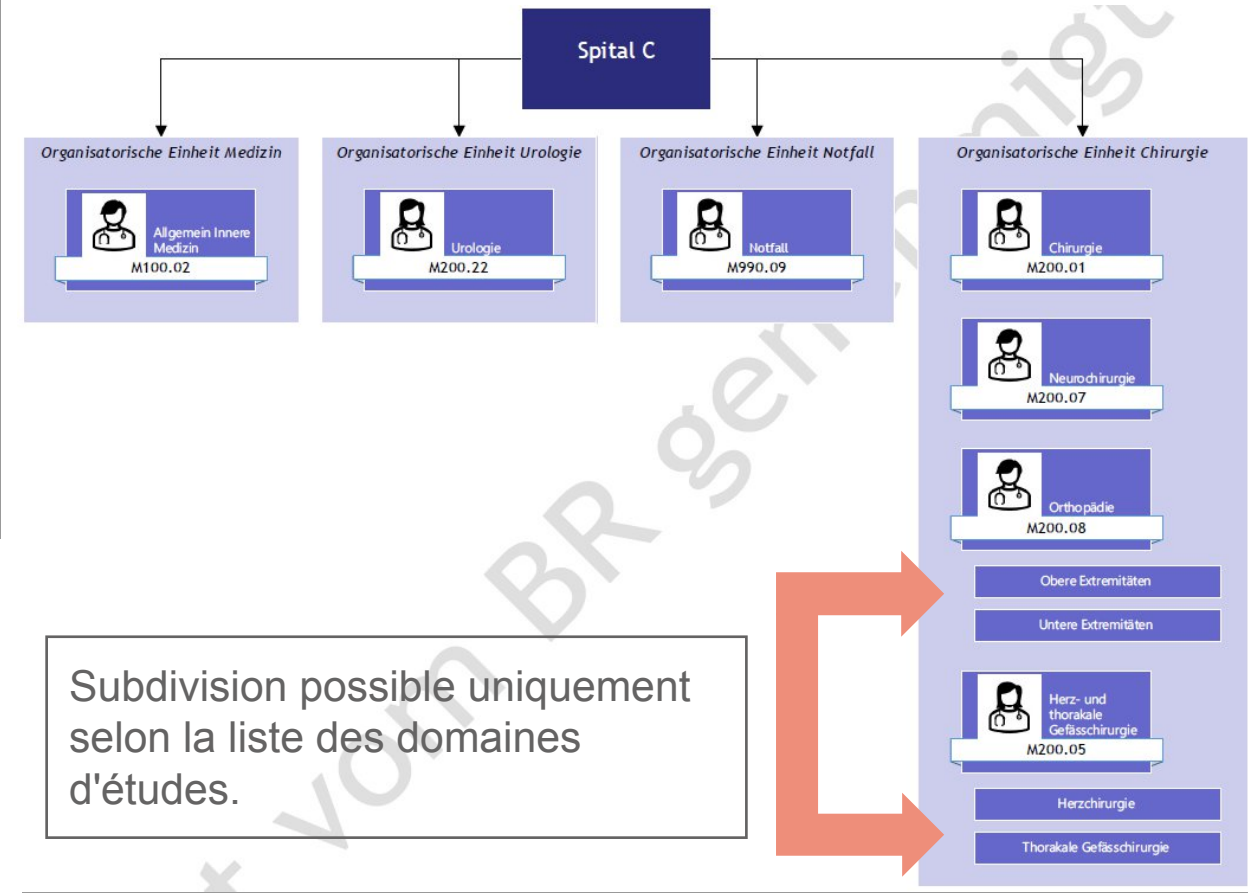
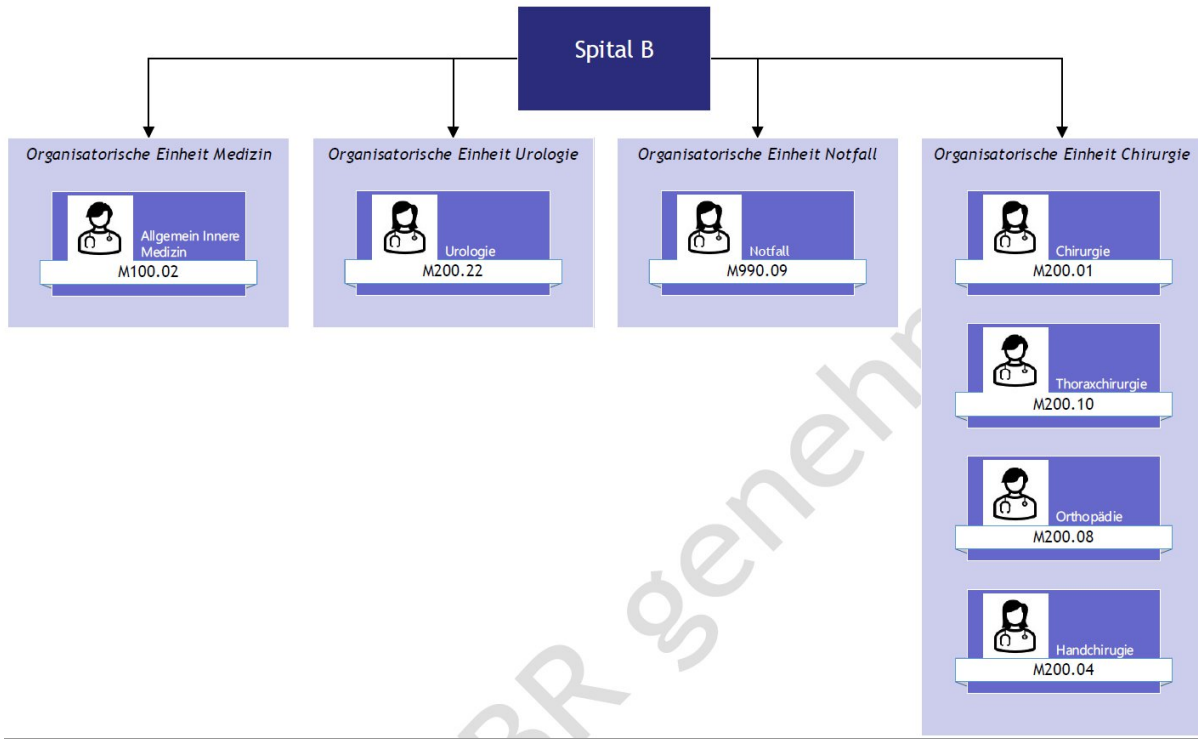
- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;**
- f. les laboratoires;
- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;

Annexe 1: liste des services spécialisés

Titres de spécialiste selon l'ISFM (liste complétée)

Soins intensifs	Soins intensifs	M050.00
Médecine interne	Allergologie et immunologie clinique	M100.01
	Médecine interne générale	M100.02
	Angiologie	M100.03
	Endocrinologie / diabétologie	M100.04
	Gastro-entérologie	M100.05
	Hématologie	M100.06
	Infectiologie	M100.07

Liste des domaines spécialisés pour la définition du fournisseur de prestations dans le cadre du setting ambulatoire



Les soins infirmiers en tant que prestataire de services dans le cadre des soins ambulatoires

- Selon la LAMal, les soins infirmiers sont en principe un fournisseur de prestations sous prescription médicale (art. 35, al. 2, let. e, LAMal).
- Dans le contexte de la prestation de services médicaux, les soins infirmiers sont rattachés à la spécialité.
- Les prestations ambulatoires sur ordonnance sont régies par le domaine des soins à domicile ou, à l'avenir, par un tarif spécifique (mise en œuvre de l'initiative sur les soins).

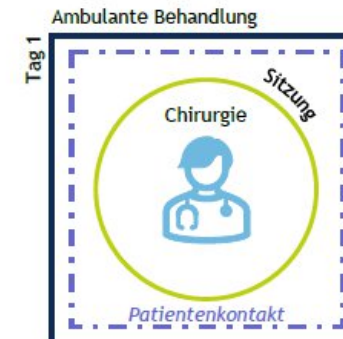
Klarstellung 3 zu Kapitel 2 - Pflege als *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

Die Pflege ist dem auftraggebenden ärztlichen Fachbereich angeschlossen. Sie entsprechen folglich der Definition eines *Leistungserbringers im ambulanten Setting* und kann eigene Sitzungen haben. Bei der Definition und Anwendung der Sitzung sind die Sitzungen der Pflege den gleichen Regeln unterworfen wie die Sitzungen der ärztlichen Fachbereiche.

Beispiel 1 zu Klarstellung 3

Der Patient mit Ulcus cruris kommt zum Verbandwechsel beim dipl. Pflegefachmann.

→ Eine ambulante Behandlung Chirurgie, weil die Pflege dem Fachbereich Chirurgie angestellt ist.



Contact avec les patients

La délimitation au niveau du patient est nécessaire pour déterminer avec précision quelles prestations sont indemnisées par le forfait et quelles prestations peuvent être facturées via le tarif à l'acte.

1.4.1 Définition générale du «contact-patient»

Un contact-patient est défini comme la rencontre physique ou téléphonique simultanée entre un patient et un *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire* (selon le chapitre 1.3) qui réalise, dans ce cadre et en faveur de ce patient, une prestation qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. (art. 25, al. 1 LAMal).



Contact avec les patients

Une prestation sur un échantillon ou sur une préparation ne constitue pas un contact-patient (chapitre 1.4.2).

Les comptes-rendus, les consilium cliniques et d'imagerie ainsi que les comités oncologiques/d'experts médicaux/interdisciplinaires sont gérés comme un contact-patient, même s'ils ne donnent pas lieu à une rencontre physique entre le patient et le *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire*.

Un contact avec le patient est un contact physique ou téléphonique entre un patient et un prestataire de soins dans le cadre d'un traitement ambulatoire. Les prestations de laboratoire et de pathologie ne constituent donc pas un contact avec le patient.

Les expertises, les consiliums et les boards interdisciplinaires peuvent être réalisés avec ou sans patient, c'est pourquoi ils représentent toujours un contact avec le patient.



Contact avec les patients

Les nouveau-nés sont également considérés comme des patients à part entière, raison pour laquelle un contact patient spécifique est également tenu.

Tout nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un patient à part entière et est donc géré comme un contact-patient distinct.



Contact avec les patients

En radio-oncologie, la première irradiation est précédée de diverses prestations préparatoires. Celles-ci sont effectuées en présence ou en l'absence du patient. Elles peuvent durer plusieurs jours.

- ☾ Dérogation pour le domaine spécialisé de la radio-oncologie, ce qui permet de regrouper les prestations sur plusieurs jours en un seul contact avec le patient.

Dans le domaine spécialisé de la radio-oncologie/radiothérapie, toutes les prestations préparatoires à la radiothérapie (CT de planification de la radiothérapie, simulation, etc.) fournies par le service de radio-oncologie sont elles aussi considérées comme un contact-patient.

Prestations attribuées

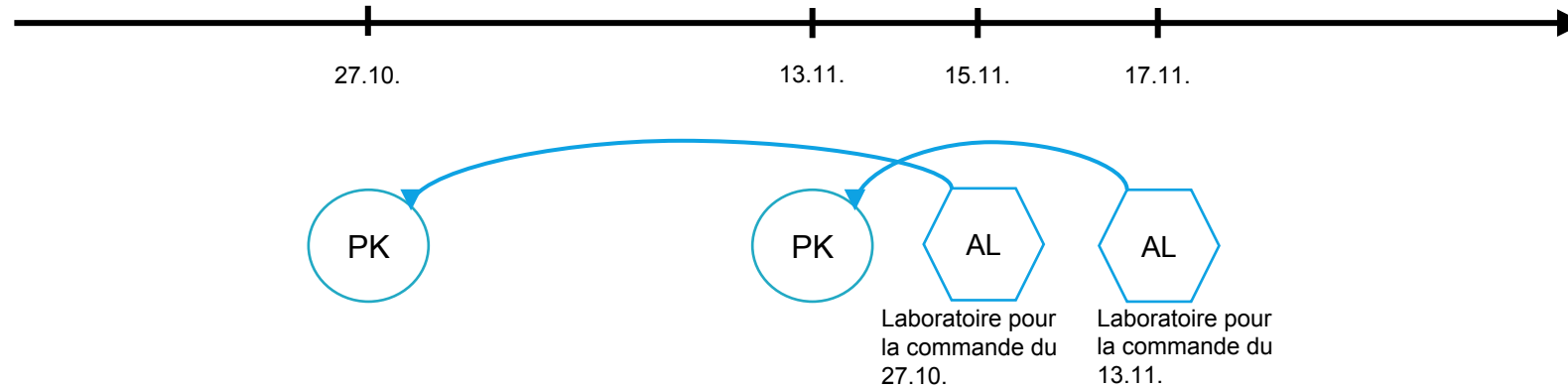
Les prestations qui ne représentent pas un contact avec le patient sont attribuées aux contacts avec le patient.

1.4.2 Attribution des prestations

Le contact-patient inclut également les prestations fournies à distance, telles que les prestations de pathologie et de laboratoire, les comptes-rendus et autres prestations fournies en l'absence du patient qui s'y rapportent, à l'instar de l'étude du dossier et de la concertation avec d'autres fournisseurs de prestations.

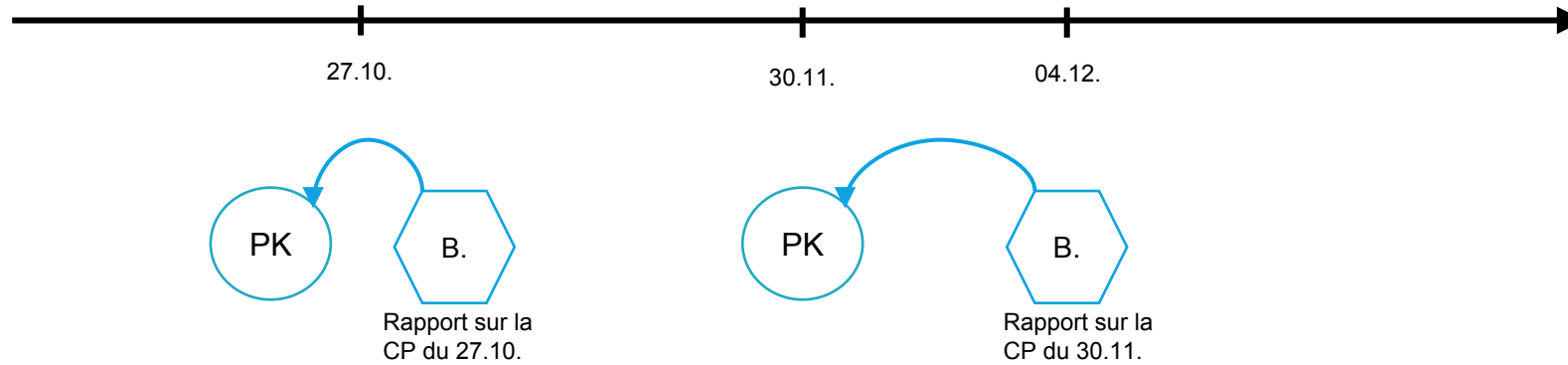


Services associés - Laboratoire et pathologie



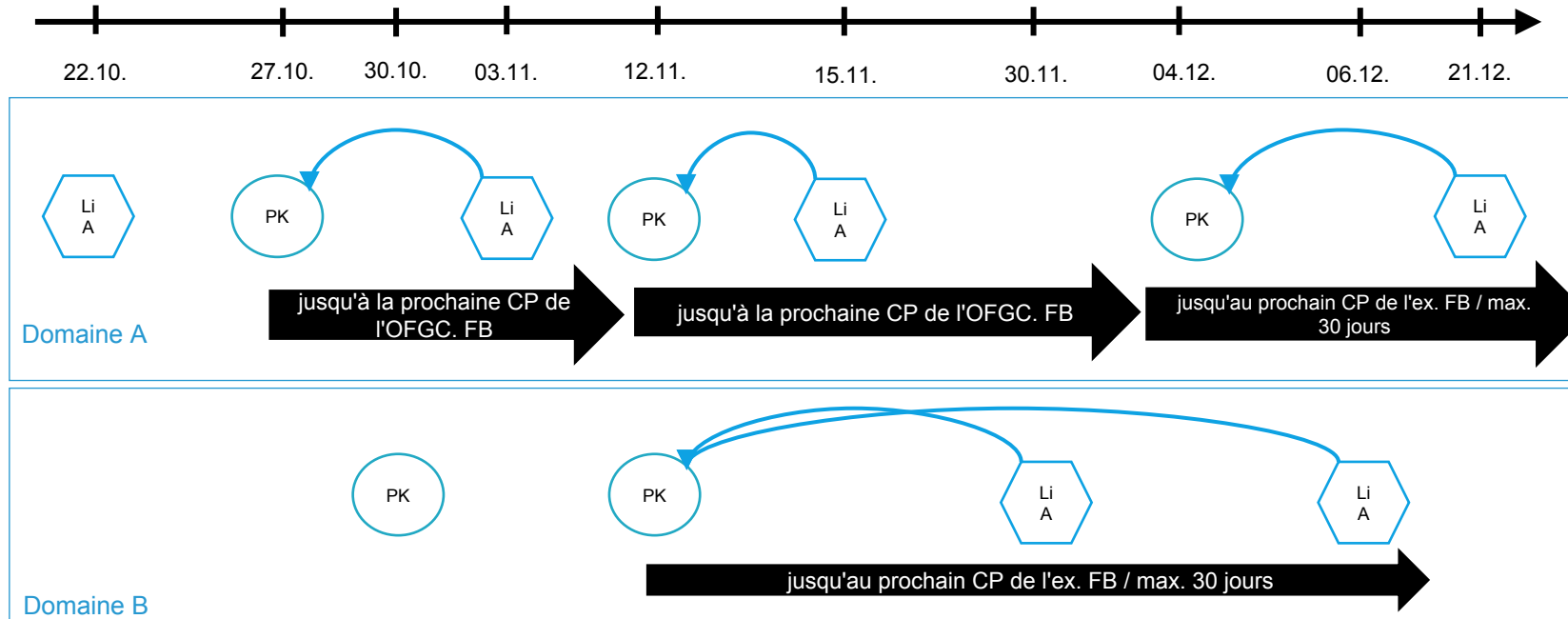
Les prestations de pathologie et de laboratoire réalisées sur la préparation ou l'échantillon sont attribuées au contact-patient lors duquel l'échantillon a été prélevé ou l'analyse demandée, même si l'analyse est réalisée ultérieurement.

Services attribués - Rapports



Les comptes-rendus sont attribués au dernier contact-patient mentionné dans le compte-rendu, indépendamment de sa date d'établissement.

Prestations attribuées - Prestation en l'absence



Les autres prestations fournies en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'au jour qui précède le prochain contact-patient avec le même *fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire*, ou pendant une durée de 30 jours au maximum. Font exception à cette règle les prestations demandées par les assureurs (demandes de garantie de prise en charge des coûts, renseignements écrits et oraux sur des questions médicales, étude de dossiers).

Contact patient facturable - Regroupement de plusieurs contacts patients

Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours d'un même jour civil avec le même fournisseur de prestations (selon l'art. 35, al. 2, let. h ou l'art. 35, al. 2, let. n LAMal) et que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même chapitre du catalogue des forfaits ambulatoires, ils sont regroupés dans un seul et même *contact-patient facturable*.

- € Avec la définition du contact facturable avec le patient, la délimitation est faite au niveau du patient.



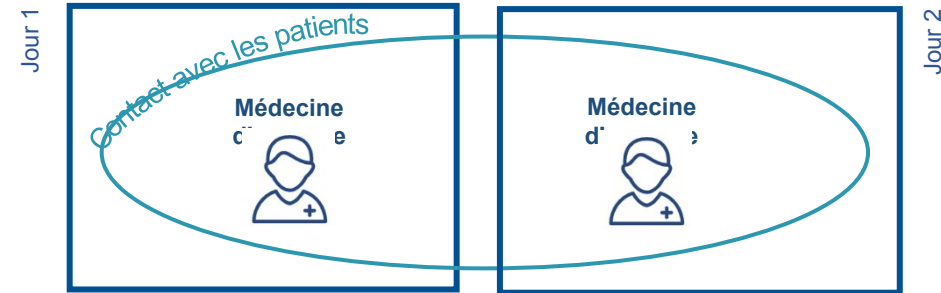
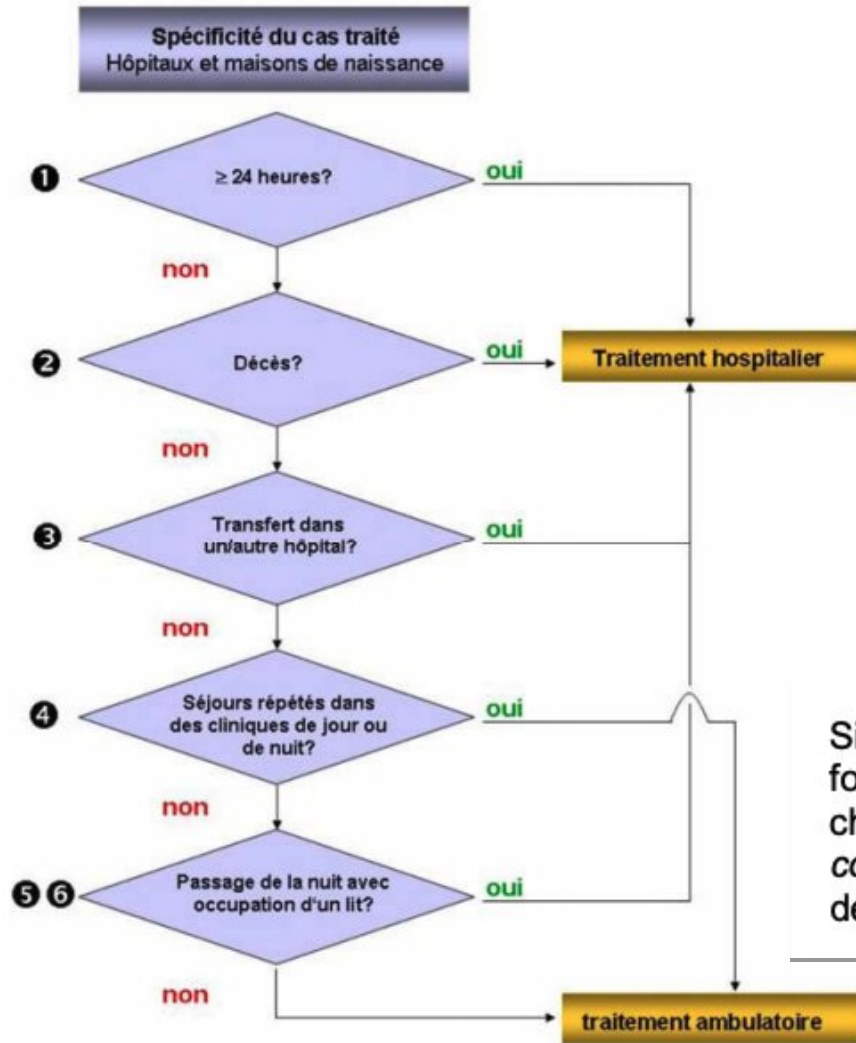
Contact avec le patient facturable - patients ambulatoires en transit



espacecompétences

exemple :

Le patient arrive aux urgences avant minuit et en sort après minuit.



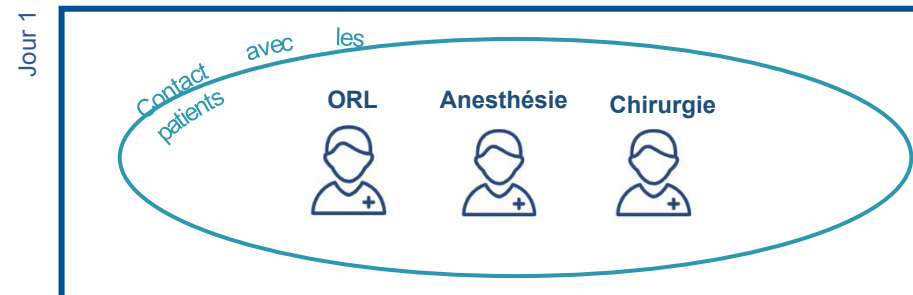
Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours de deux jours civils consécutifs avec le même fournisseur de prestations et que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même chapitre du catalogue des forfaits ambulatoires, ils sont regroupés dans un seul et même *contact-patient facturable*, dans la mesure où celui-ci remplit le critère 5 de la logique de délimitation du cas stationnaire, mais ne remplit pas le critère 6.

Contact avec le patient facturable - différents prestataires de soins

exemple :

L'oto-rhino-laryngologiste opère son patient en tant que médecin agréé dans un hôpital.

- ☾ La prestation du médecin ORL est directement liée à celle de l'anesthésiste et du personnel chirurgical de l'hôpital de jour, qui sont employés par l'hôpital.



Si plusieurs contacts-patients ont lieu au cours d'un même jour civil avec différents fournisseurs de prestations, que les diagnostics, différents ou identiques, relèvent du même capitulum (chapitre) du catalogue des forfaits ambulatoires et que les prestations fournies sont directement dépendantes les unes des autres, ils sont regroupés en un seul et même *contact-patient facturable*.

Contact avec le patient facturable - radio-oncologie

En radio-oncologie, la première irradiation est précédée de diverses prestations préparatoires. Celles-ci sont effectuées en présence ou en l'absence du patient. Elles peuvent durer plusieurs jours.

- ☾ Dérogation pour la spécialité de radio-oncologie, ce qui permet de regrouper les prestations préparatoires sur plusieurs jours avec le contact avec le patient de la première irradiation.

Dans le domaine de la radio-oncologie/radiothérapie, les prestations préparatoires à la radiothérapie (CT de planification de la radiothérapie, simulation, etc.) fournies par le service de radio-oncologie sont attribuées au contact-patient de la première radiothérapie.

Contact avec le patient facturable - Exceptions au résumé

- différents payeurs / prestations à la charge du patient
- Paramédical
- Transports

Échappent à ce regroupement les contacts-patients facturés à différentes assurances sociales. Il en va de même des contacts-patients des *fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire* qui prodiguent des soins sur prescription du médecin ou qui effectuent des transports de patients (chapitre 1.3). Enfin, si un contact-patient constitue une prestation à la charge du patient, il ne peut pas non plus être regroupé.

Interaction entre les deux structures tarifaires

1. Champ d'application des structures tarifaires
2. Délimitation au niveau du patient/définition du contact avec le patient facturable
3. Pas de choix de structure tarifaire
4. Frontières extérieures du système cohérent

Pas de choix de structure tarifaire et priorité aux forfaits



espacecompétences

- Chaque contact patient facturable peut être facturé soit via le tarif à l'acte, soit via un forfait ambulatoire. Une combinaison au sein d'un contact patient facturable n'est pas possible.
- L'élément déterminant est de savoir si une position de déclenchement est saisie sur le contact patient facturable. Si une position de déclenchement est saisie, le contact patient facturable est facturé via un forfait ambulatoire.
- Les positions de déclenchement figurent sur une liste exhaustive.

à Pas de choix possible

à Règles claires pour l'application et donc l'exécution Art. 43 al. 5^{ter}

1.4.5 Facturation du *contact-patient facturable*

Chaque *contact-patient facturable* qui entre dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient ou du tarif à la prestation est facturé par le fournisseur de prestations sur la base d'un forfait ambulatoire ou d'un tarif à la prestation (selon l'art. 43, al. 5 et al. 5^{ter} LAMal). Il est en revanche exclu de combiner dans un même *contact-patient facturable* le forfait ambulatoire par patient avec d'autres tarifs applicables à des prestations médicales ambulatoires (en particulier le tarif à la prestation ou des forfaits négociés au niveau national et bilatéral).

Positions de déclenchement

La liste des positions de déclenchement n'indique le marquage qu'au niveau de la prestation principale.

TARIF	TARIFZIFFER	TEXT	TRIGGER
001	17.1610	Schrittmacherkontrolle, Einkammersystem, ohne Parameterprogrammierung	1
001	17.1620	Schrittmacherkontrolle, Zweikammersystem, ohne Parameterprogrammierung	1
001	17.1630	Einlage eines {ICD}-Systems	1
001	17.1640	{ICD}-Kontrolle, Einkammersystem, ohne Schockauslösung	1
001	17.1650	{ICD}-Kontrolle, Zweikammersystem, ohne Schockauslösung	1
001	17.1660	{ICD}-Kontrolle, mit Schockauslösung	1
001	17.1670	Implantation eines Ereignisrekorders	1
001	17.1680	Datenübertragung und Auswertung bei implantiertem Ereignisrekorder, pro Abgriff	1
001	17.1690	Explantation eines Ereignisrekorders	1
001	17.1710	Perikardpunktion, als alleinige Leistung	1
001	17.1810	Technische Grundleistung 0, Kardangiografie/kardiologisch-interventionelle Radiologie, ambulanter Patient	0
001	18.0010	Extrakorporaler Bypass ({ECC}), als alleinige Leistung	1
001	18.0020	(+) Extrakorporaler Bypass ({ECC}) bei Gefäßoperationen, als Zuschlagsleistung	0
001	18.0030	(+) Extrakorporaler Bypass ({ECC}) bei Herzoperationen, als Zuschlagsleistung	0
001	18.0040	Arteriotomie als Zugang für interventionelle gefäßoperative Versorgung	1
001	18.0050	+ Arterioskopie/Endosonografie bei Arteriotomie als Zugang für interventionelle gefäßoperative Versorgung	0
001	18.0060	(+) Intraoperative transluminale Angioplastie, als Zuschlagsleistung	0

Interaction entre les deux structures tarifaires

1. Champ d'application des structures tarifaires
2. Délimitation au niveau du patient/définition du contact avec le patient facturable
3. Pas de choix de structure tarifaire
4. Frontières extérieures du système cohérent

Autres structures tarifaires

Les structures tarifaires qui peuvent être appliquées en plus du système tarifaire cohérent doivent être clarifiées par l'OAAT.

Mots-clés :

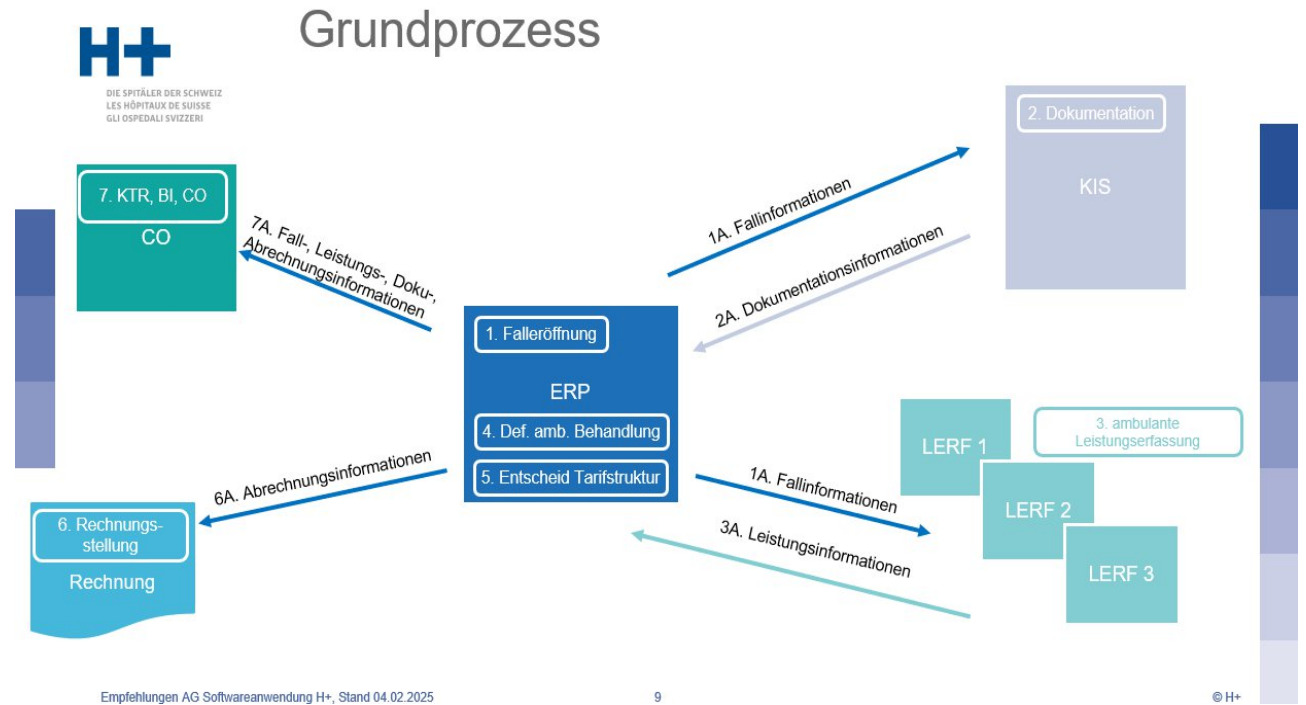
- Médecine de la reproduction
 - Dialyses
 - Transplantations
 - CAR-T
- € Exécution art. 43 al. 5 avec exceptions régionales selon al. 5quater

1.4.5 Facturation du *contact-patient facturable*

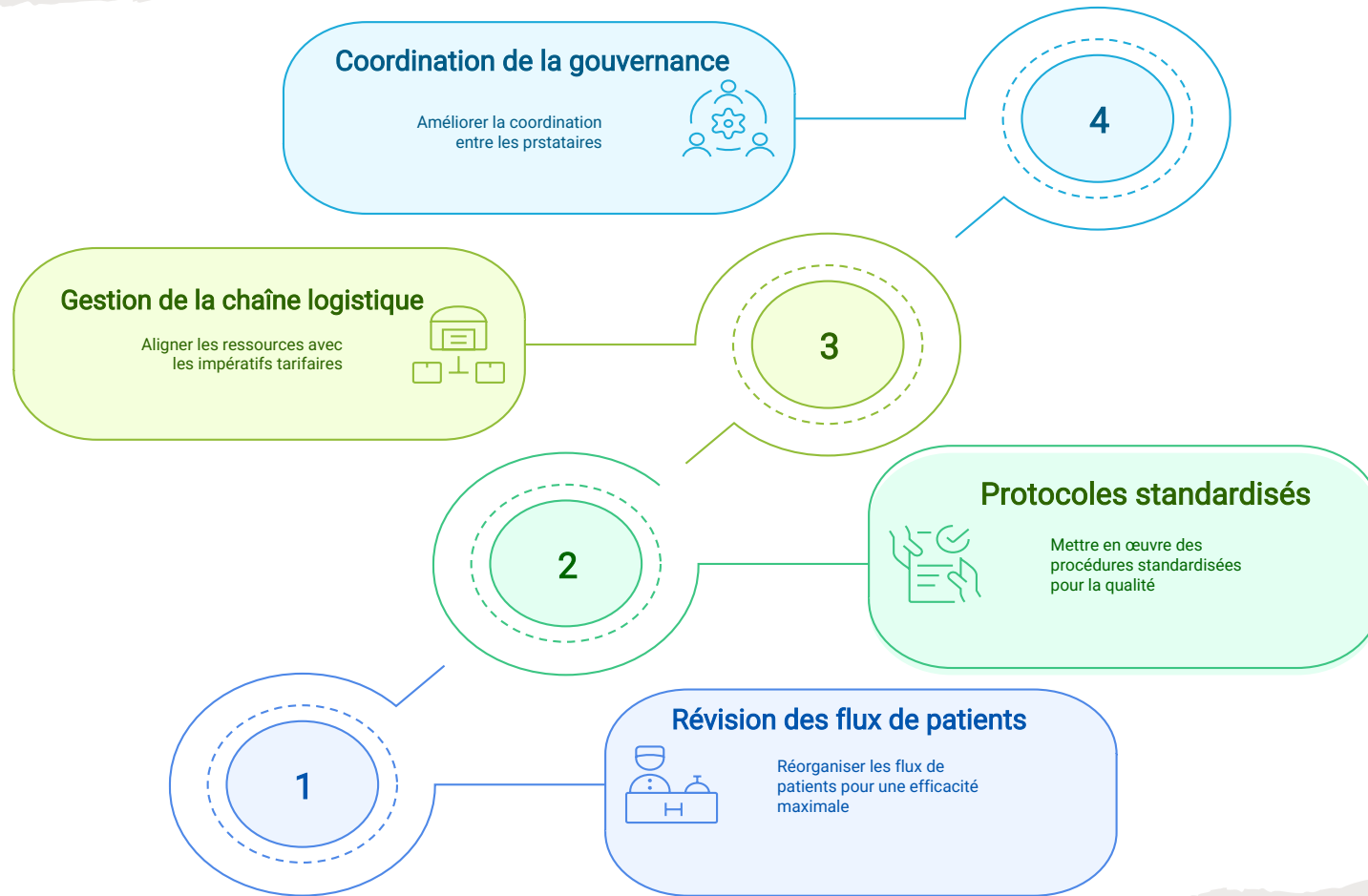
Chaque *contact-patient facturable* qui entre dans le champ d'application du tarif basé sur des forfaits par patient ou du tarif à la prestation est facturé par le fournisseur de prestations sur la base d'un forfait ambulatoire ou d'un tarif à la prestation (selon l'art. 43, al. 5 et al. 5ter LAMal). Il est en revanche exclu de combiner dans un même *contact-patient facturable* le forfait ambulatoire par patient avec d'autres tarifs applicables à des prestations médicales ambulatoires (en particulier le tarif à la prestation ou des forfaits négociés au niveau national et bilatéral).

Processus de base

la saisie des prestations ambulatoires



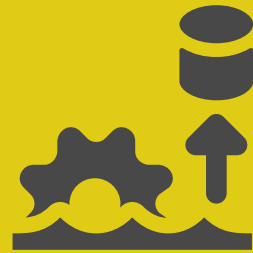
Optimisation des processus et du parcours patient



Transformation des systèmes d'information

Facturation et suivi

Moderniser les outils de facturation et de suivi. Intégrer les codes CIM pour une traçabilité fine.



Interface clinique-administration

Fluidifier les échanges de données entre les départements cliniques et administratifs. Minimiser les risques d'erreurs.



Impact sur la gouvernance

Renforcer la transparence et l'efficacité du reporting grâce à des technologies adaptées. Faciliter les audits.



Gestion des cas

Situation de départ :

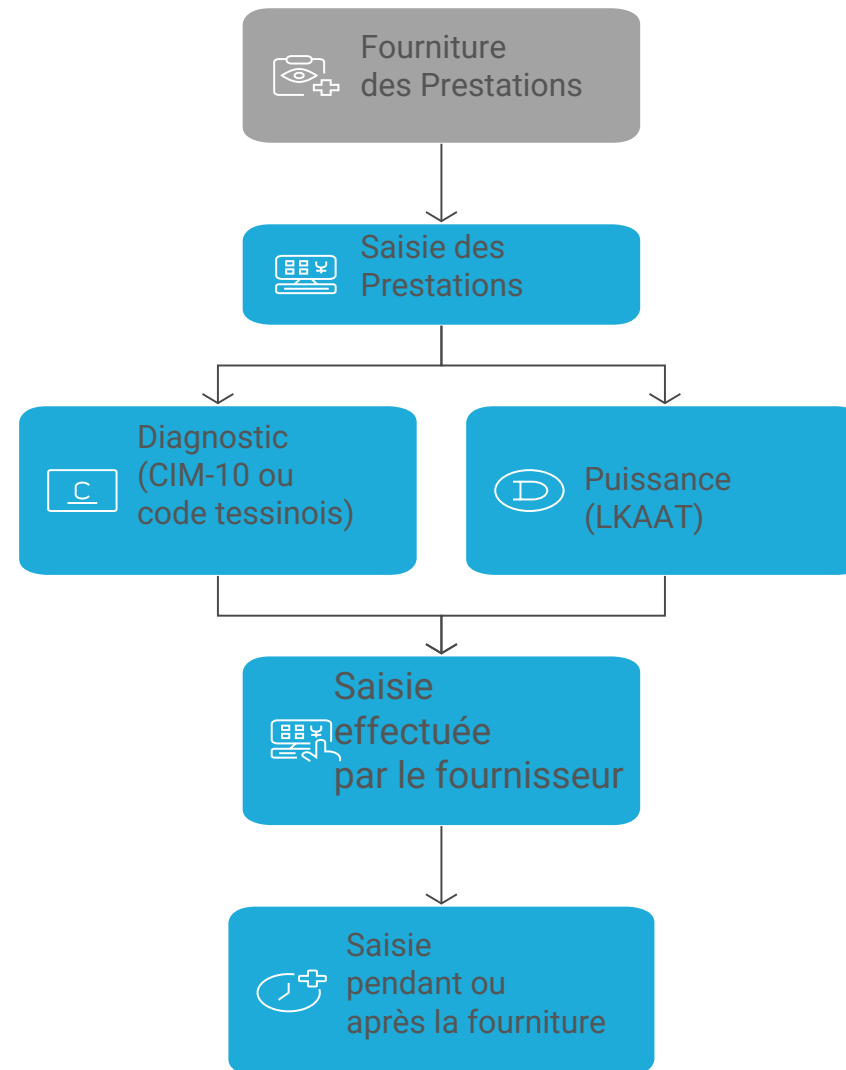
- Lors de l'ouverture du cas, on ne sait pas comment le traitement ambulatoire sera constitué, ni avec quelle structure tarifaire il sera facturé.

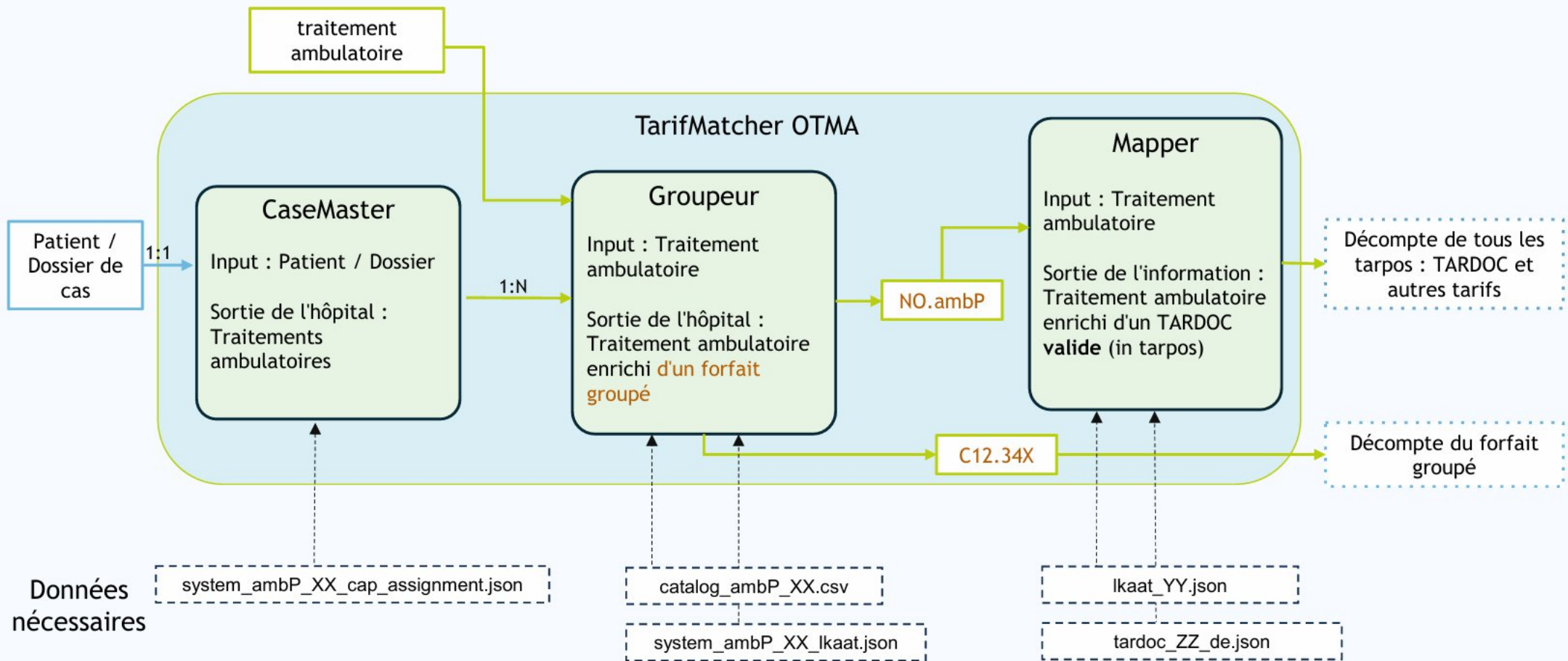
Solution :

- Il faut une ouverture de dossier qui soit indépendante du traitement ultérieur des prestations, ou qui permette ce traitement.
- L'ERP a besoin d'un traitement des prestations qui englobe tous les cas.

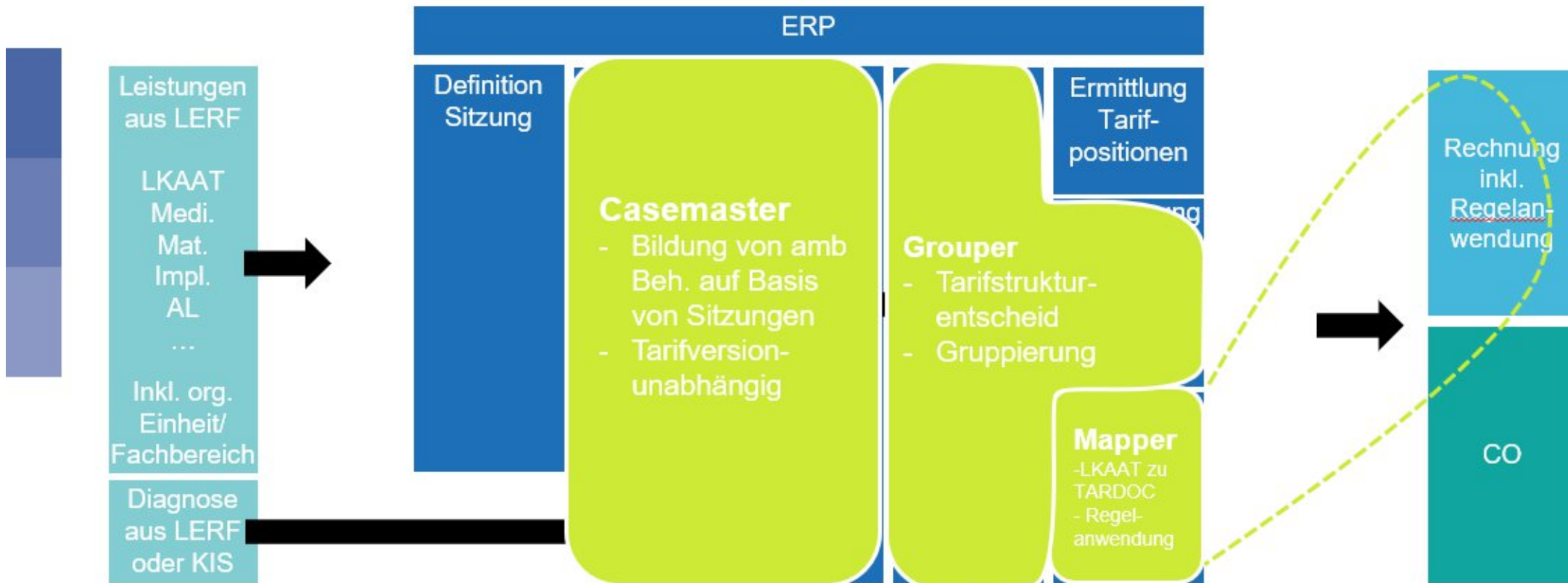


Processus de saisie des prestations





TarifMatcher der OAAT



Jour 1

Traitement ambulatoire 1 (Forfaits ambulatoires)

Contact avec le patient 1

Séance 1

Hôpital, endocrinologie,
Groupe de diagnostic 10

Contact avec les patients 2

Séance 2

Hôpital, chirurgie, prélèvement
d'échantillons
Groupe de diagnostic 10

Position du déclencheur

Jour 2

Prestation attribuée

Hôpital, pathologie, résultats
d'examens microscopiques
Groupe de diagnostic 10

Jour 3

Traitement ambulatoire 2 (TARDOC)

Contact avec les patients 3

Séance 3

Neurologie, EEG
Groupe de diagnostic 01

Interaction entre les deux structures tarifaires

Résumé



Forfaits ambulatoires

- Quelles règles s'appliquent spécifiquement aux forfaits ambulatoires ?
- Comment fonctionnent les forfaits ambulatoires ?
- Comment la facturation est-elle effectuée ?

Documents pertinents :

- Modalités d'application V1.0
- Convention sur la structure tarifaire V1.0 y compris les annexes
- Liste des positions de déclenchement
- Catalogue des groupes de cas ambulatoires V1.0
- Directives sur le codage ambulatoire

Forfaits ambulatoires

1. Ensemble de règles
2. Convention sur la structure tarifaire
 - Normalisation de la version suivante
 - Codage ambulatoire

Ensemble de règles

1 forfait ambulatoire peut être facturé par contact patient facturable.

facturable en sus :

- Implants (si identifiés)
- Produits sanguins
- produits thérapeutiques remis

1.5 Composition du forfait ambulatoire par patient

Le groupe de cas ainsi que les prestations facturables séparément représentent de manière exhaustive les prestations facturables du *contact-patient facturable*.

Les prestations suivantes peuvent être facturées séparément:

- les produits sanguins stables et labiles,
- les produits thérapeutiques fournis,
- les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le catalogue des forfaits ambulatoires.

Ensemble de règles

Cas particulier : les implants ne peuvent être facturés séparément que s'ils font partie d'un groupe de cas spécialement identifié dans le catalogue.

Ex : en cas de vertébroplastie, l'implant peut être mentionné sur la facture en plus du forfait ambulatoire.

Cap08: Système musculo-squelettique et tissu conjonctif			
C08.00A	Amputation, anesthésie par l'anesthésiste		7,444
C08.00B	Amputation		2,920
C08.01Z	Corrections de déformations de la main ou du pied		9,858
C08.02Z	Interventions sur d'autres tumeurs osseuses		8,695
C08.05A	Plastie vertébrale percutanée	[1]	6,411
C08.05B	Ponction percutanée de vertèbre et autres interventions sur la colonne vertébrale	[1]	4,652
C08.08Z	Biopsie osseuse à ciel ouvert, prélèvement de greffon et d'implant, os et cartilage		8,339

Exercice 5min, groupes de 2

Comment identifier les prestations facturables séparément ?

1.5 Composition du forfait ambulatoire par patient

Le groupe de cas ainsi que les prestations facturables séparément représentent de manière exhaustive les prestations facturables du *contact-patient facturable*.

Les prestations suivantes peuvent être facturées séparément:

- les produits sanguins stables et labiles,
- les produits thérapeutiques fournis,
- les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le catalogue des forfaits ambulatoires.

Ensemble de règles

Comment identifier les prestations facturables séparément ?

Discussion en séance plénière

Réponses possibles :

- marquer les produits thérapeutiques remis (médicaments, matériaux, etc.) lors de la saisie des prestations. Travail manuel nécessaire, car une double base de données de prestations entraîne une augmentation des erreurs.
- Gérer les implants dans la base de données des prestations dans un catalogue séparé, afin qu'il ne soit plus nécessaire d'effectuer un travail manuel sur un cas marqué comme tel, mais que les implants soient reconnus techniquement.
- Gérer les produits sanguins dans la base de données des prestations dans un catalogue séparé, afin que les prestations soient reconnues sans travail manuel.

Forfaits ambulatoires

1. Ensemble de règles
2. Convention sur la structure tarifaire
 - Normalisation de la version suivante
 - Codage ambulatoire

Convention sur la structure tarifaire

- Le préambule décrit l'intégration de la structure tarifaire dans les dispositions légales de la LAMal.
- Les tarifs forfaitaires par patient priment sur les tarifs à l'acte.
- La solution pour l'AA/AI/AM n'est pas réglée dans le présent contrat.
- Séparation de la structure et du prix.

Préambule

- ¹ L'art. 43, al.5 LAMal dispose que le tarif basé sur des forfaits par patient doit se fonder sur une structure tarifaire unique et uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. La présente convention relative à la structure tarifaire a pour objet l'introduction et l'application de la structure tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient dans le domaine de la LAMal, qui remplace différentes positions tarifaires de l'ancienne structure tarifaire à la prestation pour les traitements médicaux ambulatoires ainsi que les forfaits médicaux ambulatoires en vigueur dans les cantons et portant sur les mêmes prestations.
- ² Le tarif basé sur des forfaits par patient contenu dans la présente structure tarifaire doit être appliqués par tous les fournisseurs de prestations pour les traitements correspondants (art. 43, al. 5ter LAMal) et prime sur les tarifs à la prestation.
- ³ La présente convention relative à la structure tarifaire n'a pas pour objet la réglementation d'une structure tarifaire à la prestation complémentaire, qui serait appliquée de manière subsidiaire. La structure tarifaire respectivement en vigueur pour les tarifs à la prestation liés aux traitements médicaux ambulatoires s'applique en l'occurrence.
- ⁴ La structure tarifaire relative au tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient garantit, grâce aux «cost-weights relatifs», que l'évaluation de la position tarifaire applicable est pertinente par rapport aux autres positions tarifaires. Ce n'est qu'en combinaison avec les prix de base, qui doivent être convenus au niveau cantonal entre les partenaires tarifaires, qu'elle constitue un tarif facturable (en deux parties).

Convention collective - champ d'application

2. Champ d'application

- ¹ La présente convention relative à la structure tarifaire s'applique:
 - a) à tous les fournisseurs de prestations admis visés à l'art. 35, al. 2, let. a LAMal «les médecins», à l'art. 35, al. 2, let. h LAMal «les hôpitaux» et à l'art. 35, al. 2, let. n LAMal «les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins», qui fournissent à la charge de l'AOS des prestations relevant du champ d'application du tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient

[désignés ci-après *fournisseurs de prestations*].
 - b) à tous les assureurs admis selon la LSAMal

[désignés ci-après *assureurs*].
- ² La présente convention est valable sur tout le territoire suisse.

Les forfaits ambulatoires sont appliqués par les hôpitaux, les médecins en cabinet individuel et les médecins en cabinet de groupe.

Convention tarifaire structurelle - Commissions paritaires

Pour l'instant, deux commissions paritaires sont prévues : "Modalités d'application" et "Codage ambulatoire".

2. Commission paritaire

- 1 Pour la clarification des questions d'interprétation relatives à l'annexe B, les parties contractantes instituent une commission paritaire.
- 2 La composition, l'organisation, les tâches ainsi que les droits et obligations de cette commission sont définis dans un règlement distinct qui devra être édicté par les parties contractantes.
- 3 Les parties contractantes coordonnent les compétences et les travaux de la commission au sein de l'OTMA.

3. Commission paritaire

- 1 Pour la clarification des questions ayant trait au codage ambulatoire selon l'annexe C, les parties contractantes peuvent instituer une commission paritaire.
- 2 La composition, l'organisation, les tâches ainsi que les droits et obligations de cette commission sont définis dans un règlement distinct qui devra être édicté par les parties contractantes.
- 3 Les parties contractantes coordonnent les compétences et les travaux de la commission au sein de l'OTMA.

Accord sur les structures tarifaires - Gestion des tarifs

- Il y a - après la situation particulière lors de l'introduction - une mise à jour annuelle de la structure tarifaire. Cela signifie que les données relatives aux coûts et aux prestations ambulatoires sont collectées chaque année.
- L'élimination des points faibles et des critiques encore en suspens est déjà prévue et se fera sur la base des données.
- Le champ d'application pourra être adapté à l'avenir.

Partie III: Gestion du tarif et normalisation des versions suivantes

1. Gestion du tarif

- ¹ Les parties contractantes s'engagent, à l'issue de la phase de neutralité dynamique des coûts d'une durée de trois ans, à mettre à jour et à développer chaque année la structure tarifaire via la réalisation d'une procédure de demande et une collecte des données relatives aux coûts et aux prestations dans le cadre de l'OTMA, conformément à l'art. 47a LA-Mal.
- ² La gestion et le développement de la structure tarifaire doivent être fondés sur des données. Les fournisseurs de prestations s'engagent à transmettre gratuitement les données nécessaires à la tarification, conformément aux directives de l'OTMA.
- ³ Aux fins de développement de la structure tarifaire, les parties contractantes s'engagent à:
 - améliorer la différenciation selon les coûts et les prestations des groupes de cas;
 - améliorer le niveau d'adéquation en ce qui concerne l'homogénéité des coûts, la qualité du système et l'actualité des examens et traitements représentés;
 - intégrer des examens et des traitements facturés au moyen de forfaits issus d'autres conventions tarifaires (p. ex. dialyses, cellules souches);
 - représenter et évaluer de nouveaux examens et traitements;
 - tenir compte de l'évolution économique, technique et médicale;

1. Validité, résiliation, obligations après la résiliation de la convention

- 1 La présente convention relative à la structure tarifaire entre en vigueur pour une durée indéterminée dès sa signature par les parties contractantes, sous réserve de son approbation par le Conseil fédéral.
- 2 Une fois l'approbation obtenue, les parties contractantes fixent l'entrée en vigueur de la structure tarifaire au début d'une année civile, au plus tôt le 1^{er} janvier 2025. Les parties contractantes veillent, au préalable, à ce que la période de mise en œuvre soit suffisamment longue. Si l'introduction n'a pas lieu au 1^{er} janvier 2025, les dates et délais contractuels antérieurs et postérieurs sont tous reportés d'autant.
- 3 Le délai de résiliation est de 6 mois pour la fin d'une année civile, pour la première fois au 31 décembre 2029. Les annexes ne peuvent pas être résiliées séparément. La partie qui résilie doit notifier sa résiliation par écrit à l'autre partie. En l'espèce, il est fait application du principe de la date de réception.
- 4 [Platzhalter: Regelung für mehrpartites Vertragsverhältnis >2]
- 5 Après la résiliation de la présente convention relative à la structure tarifaire, de nouvelles négociations sont immédiatement entamées.

Forfaits ambulatoires

1. Ensemble de règles
2. Convention sur la structure tarifaire
 - Normalisation de la version suivante
 - Codage ambulatoire
3. Facturation

Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

- La normalisation des versions ultérieures est une solution pour le versionnage des structures tarifaires sans incidence sur les coûts.
- Somme des cost-weights des cas de l'année d'application **n** regroupés avec la version 1.0, correspond à la somme des cost-weights des cas de l'année d'application **n** regroupés avec la version 2.0.

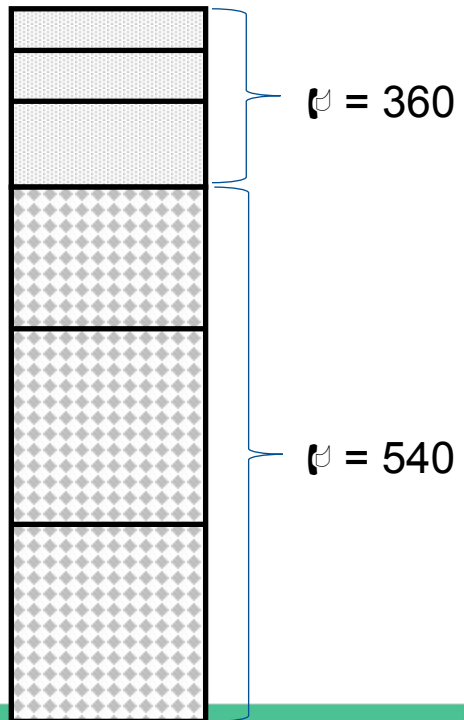
2. Normalisation des versions suivantes

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à développer, dans le cadre de l'OTMA, la présente structure tarifaire de manière neutre en termes de volume et à adopter, par la suite, exclusivement des versions qui respectent le principe du développement neutre en termes de volume.
- ² Le développement des structures tarifaires est considéré comme neutre en termes de volume lorsqu'il n'y a pas d'effet de catalogue national par rapport aux données utilisées pour le développement des structures tarifaires: la somme des cost-weights (coûts relatifs) de la version précédente correspond, pour le même champ d'application, à la somme des cost-weights de la version développée.

Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

Données 2021
Version 1.0

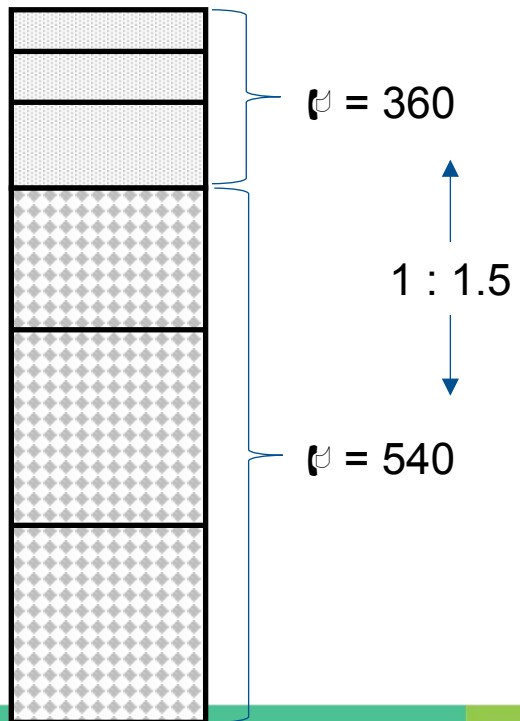
Cas = 6



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

Données 2021
Version 1.0

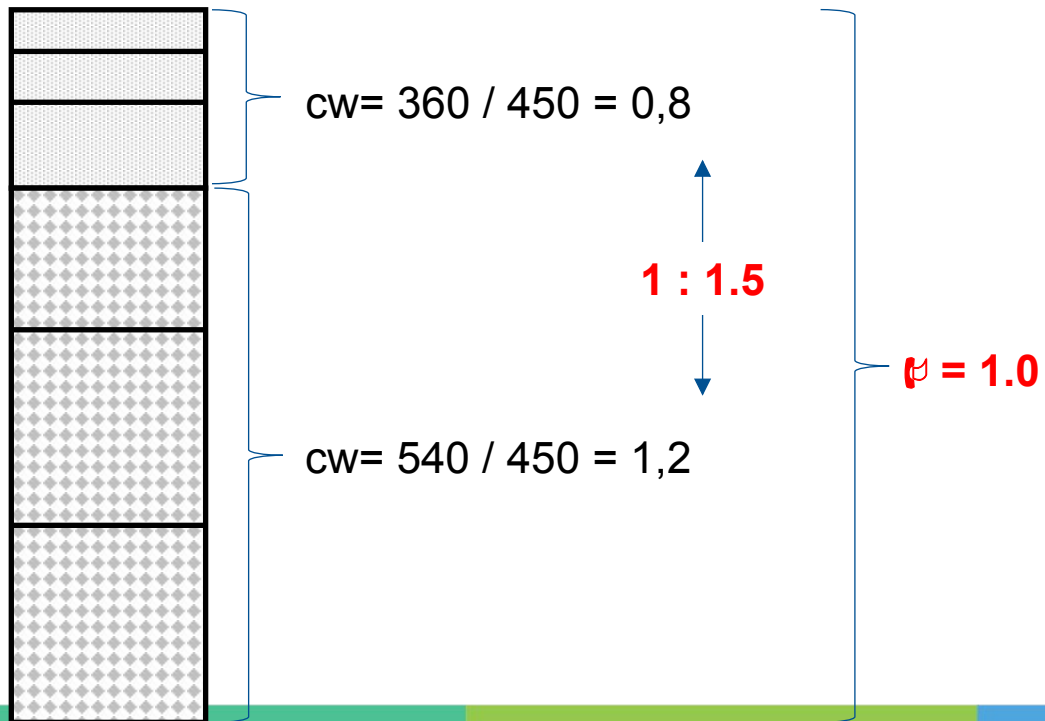
Cas = 6



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

Données 2021
Version 1.0

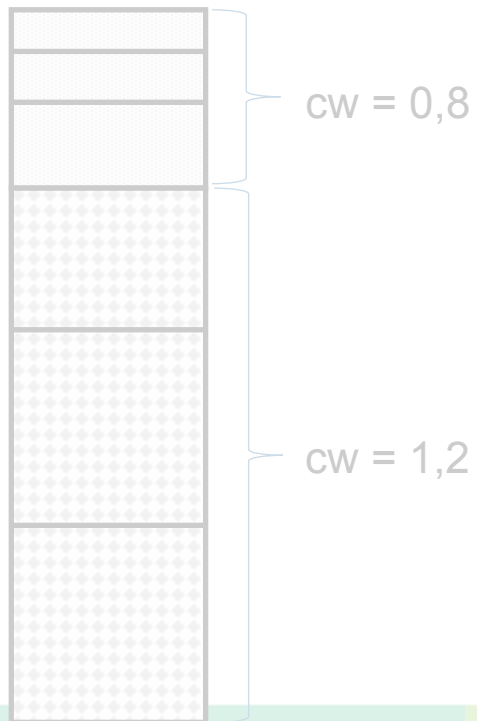
Cas = 6
Volume = 6
Taille de référence = 450



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

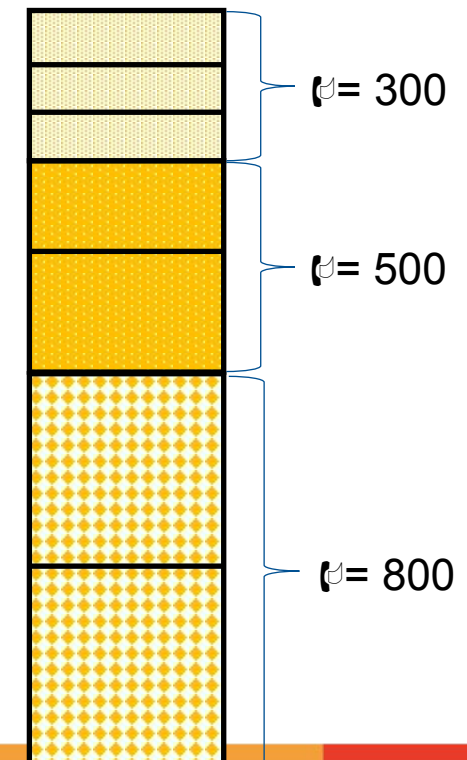
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 2.0 (prov.)

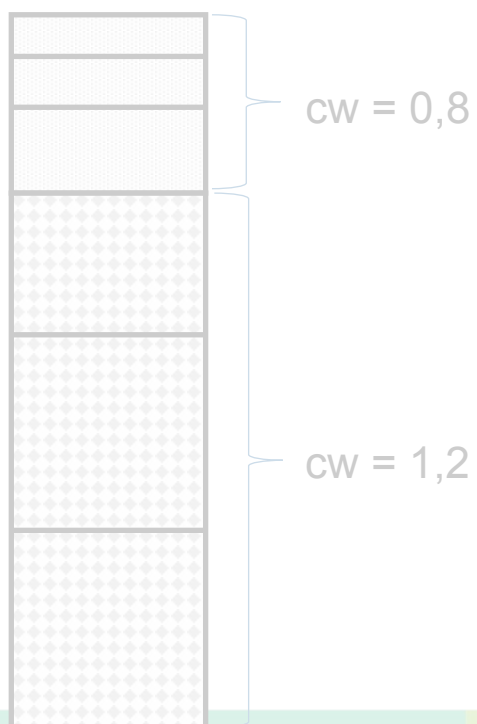
Cas = 7



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

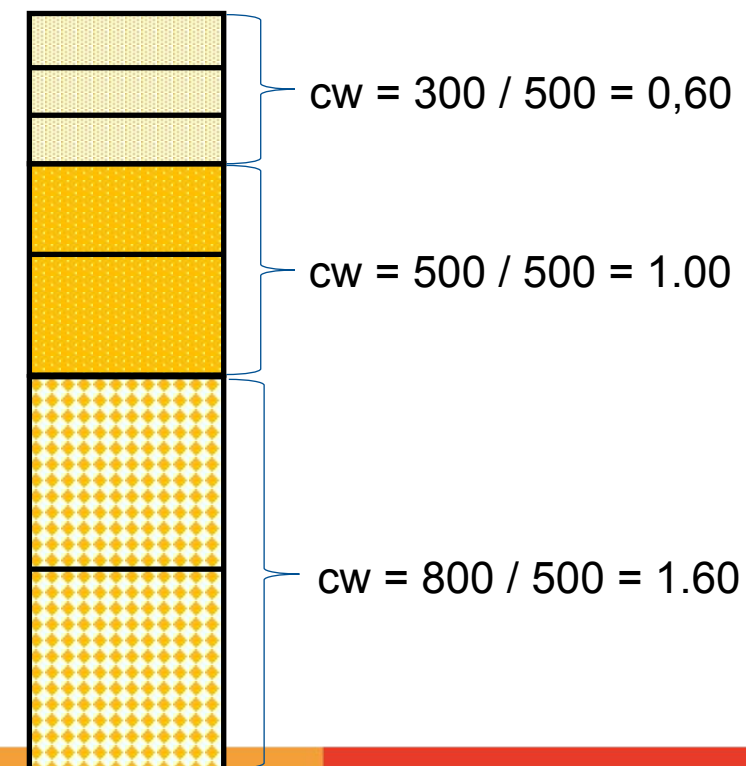
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 2.0 (**prov.**)

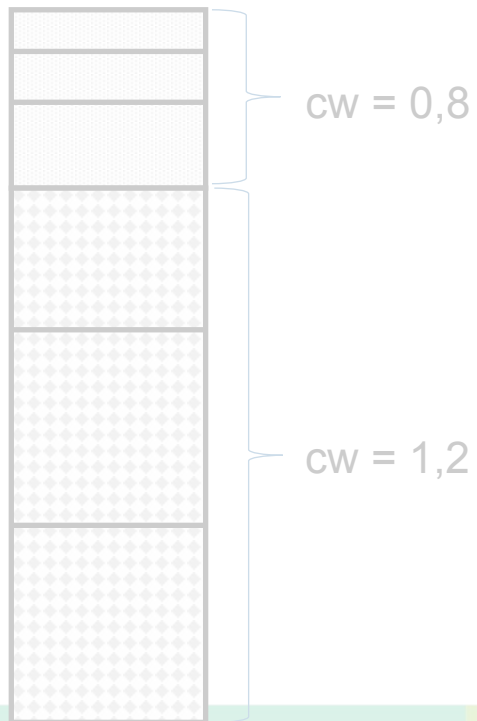
Cas = 7
Volume_{prov} = 7
Grandeur de référence_{prov} = 500



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Nouvelles données



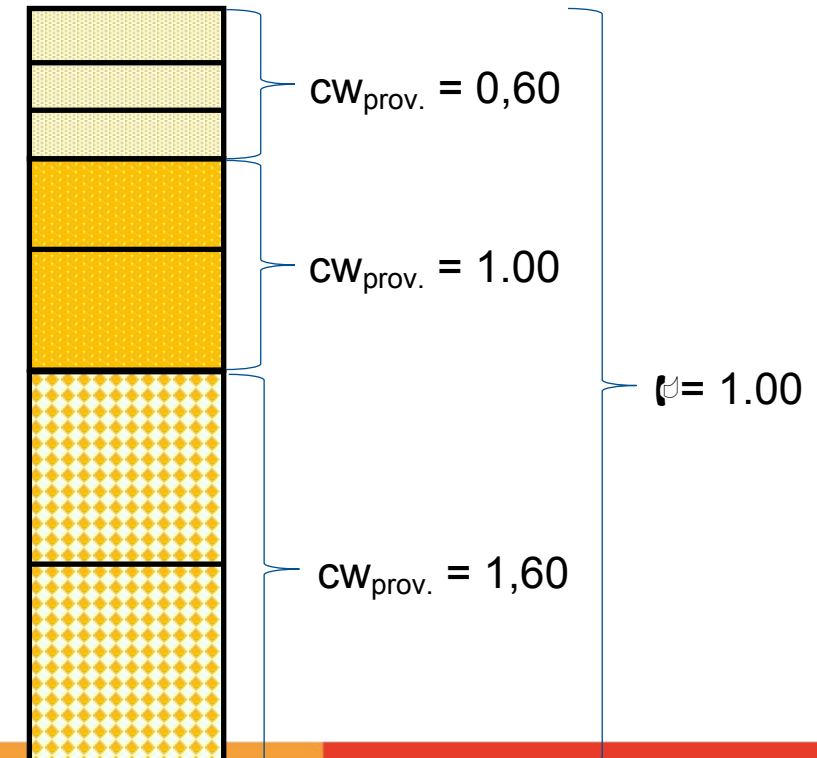
Données 2023
Version 2.0 (**prov.**)

Plus de cas



Cas = 7
Volume_{prov.} = 7
Grandeur de référence_{prov.} = 500

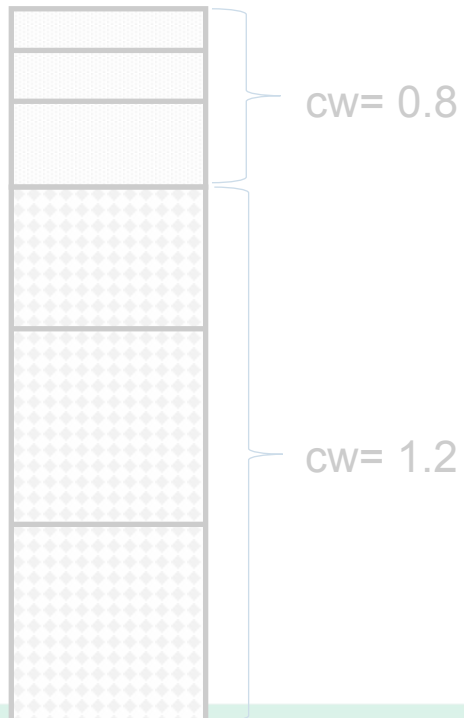
Développement de systèmes



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

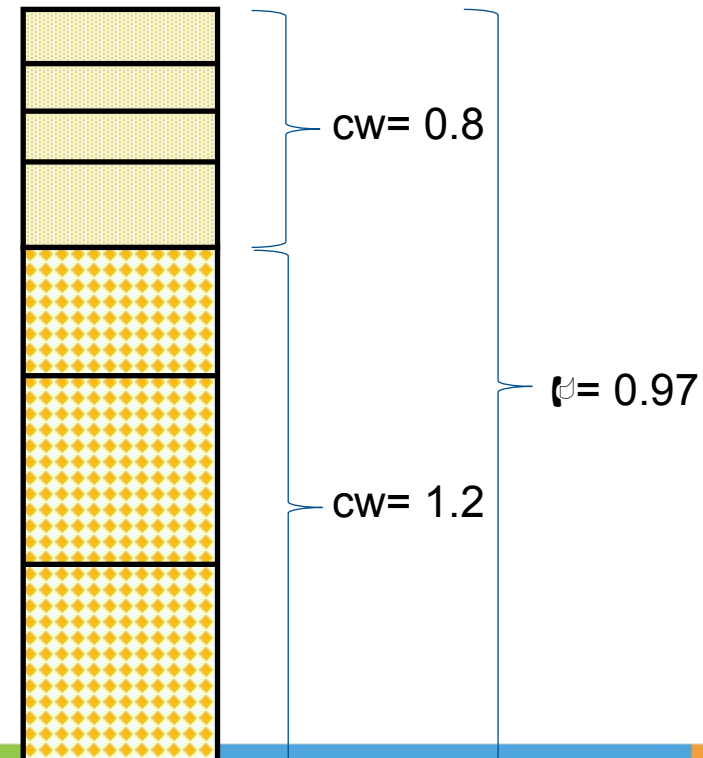
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 1.0

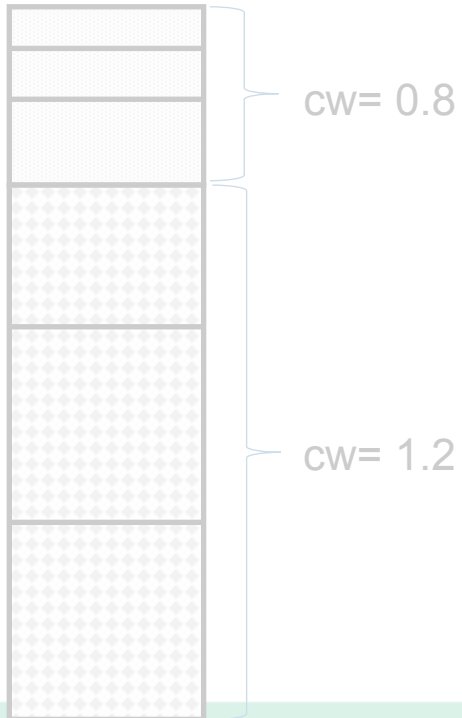
Cas = 7
Volume = 6,8



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

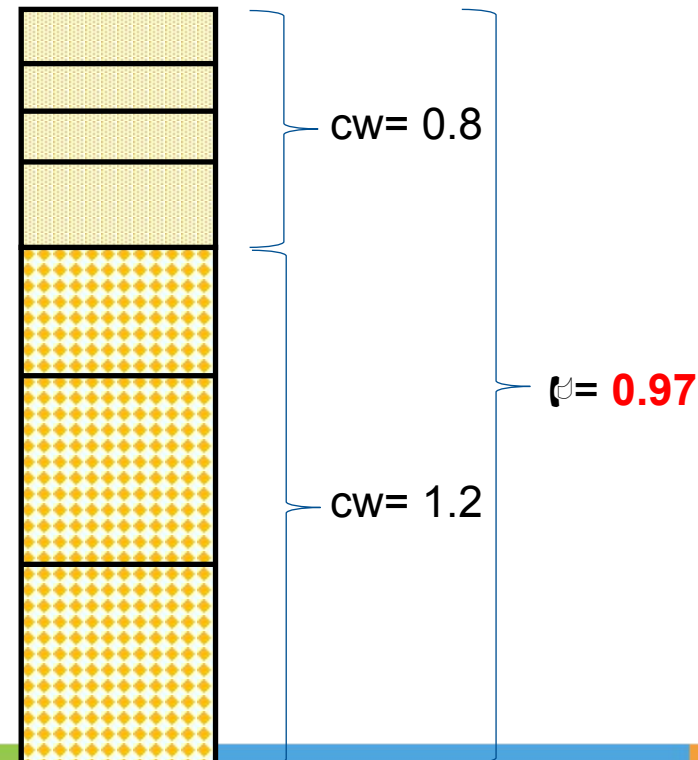
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 1.0

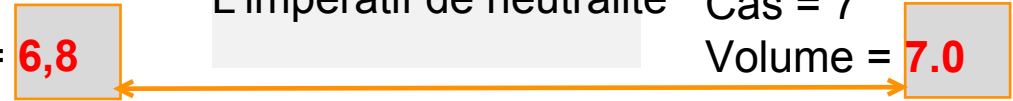
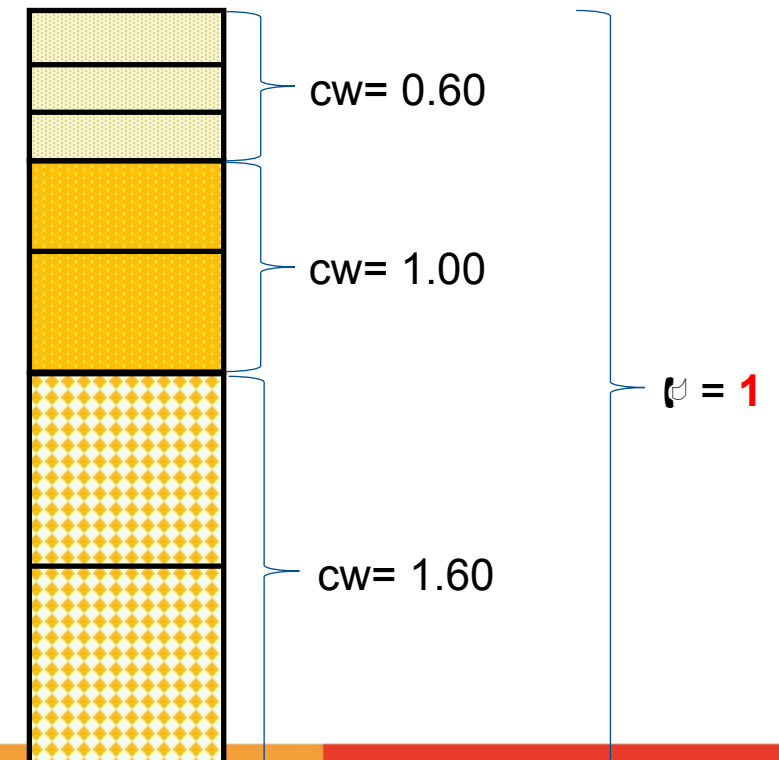
Cas = 7
Volume = **6,8**



L'impératif de neutralité

Données 2023
Version 2.0 (prov.)

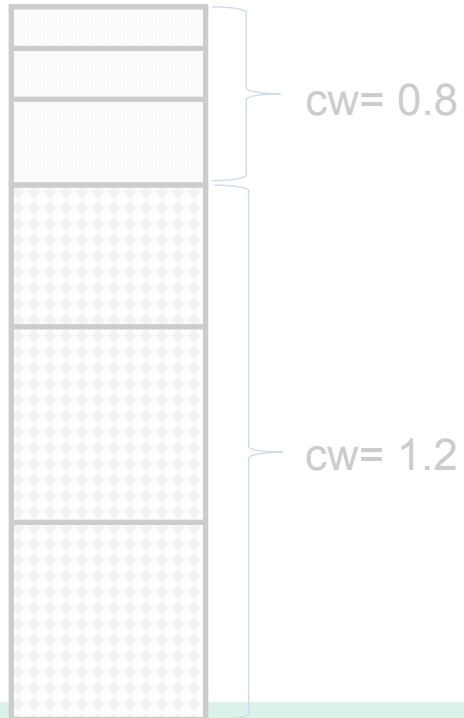
Cas = 7
Volume = **7.0**



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

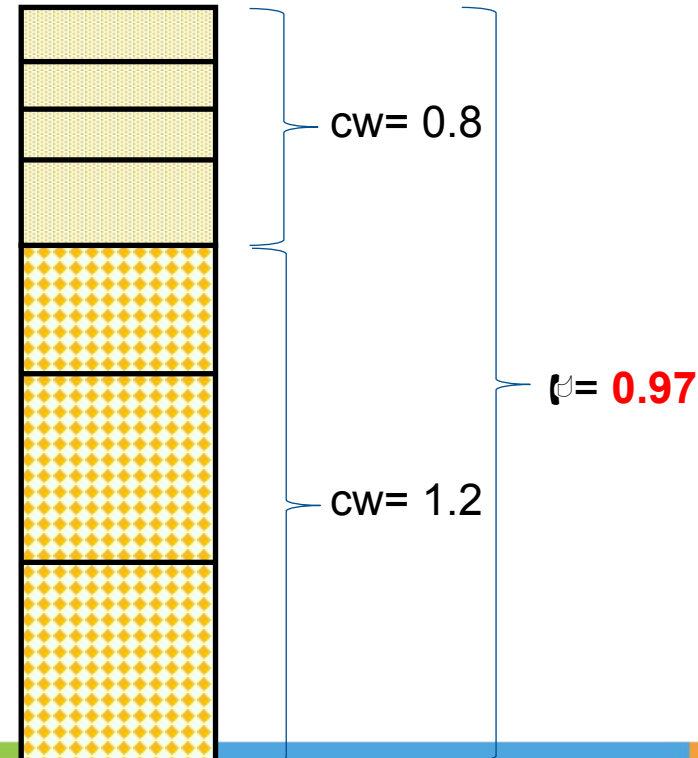
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 1.0

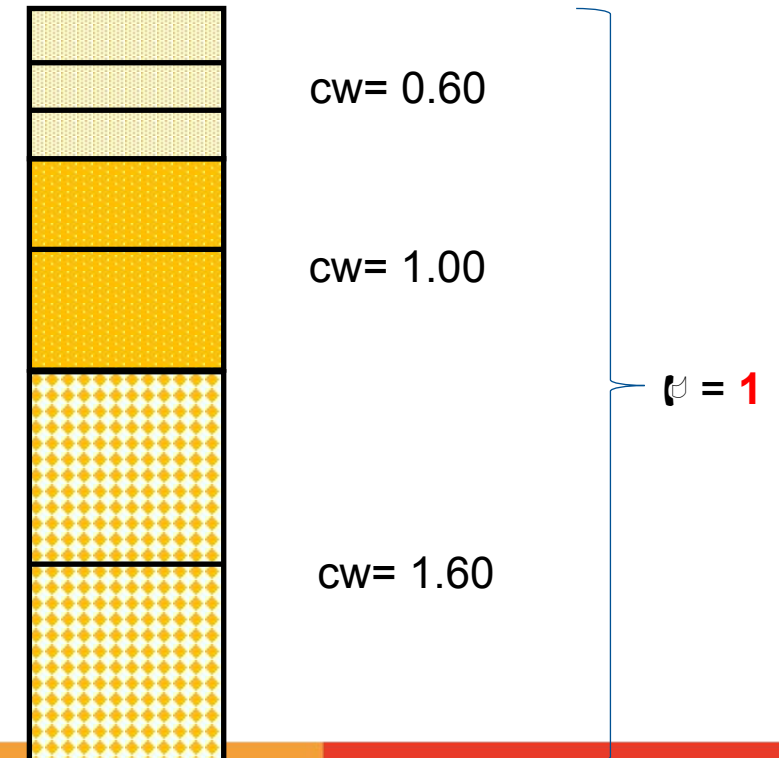
Cas = 7
Volume = **6,8**



Facteur de normalisation
 $6.8 / 7.0 = 0.97$

Données 2023
Version 2.0 (prov.)

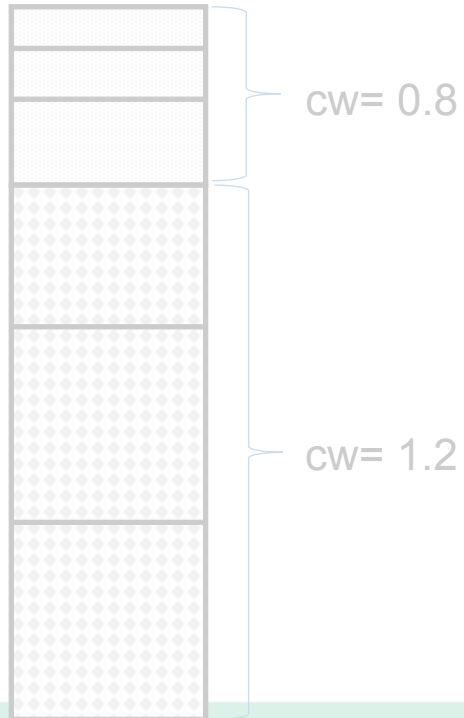
Cas = 7
Volume = **7.0**



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

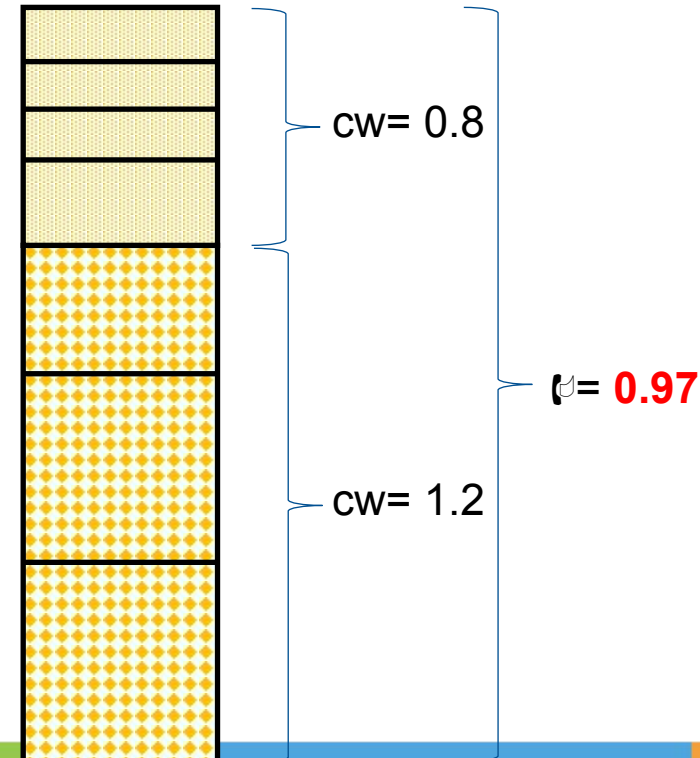
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



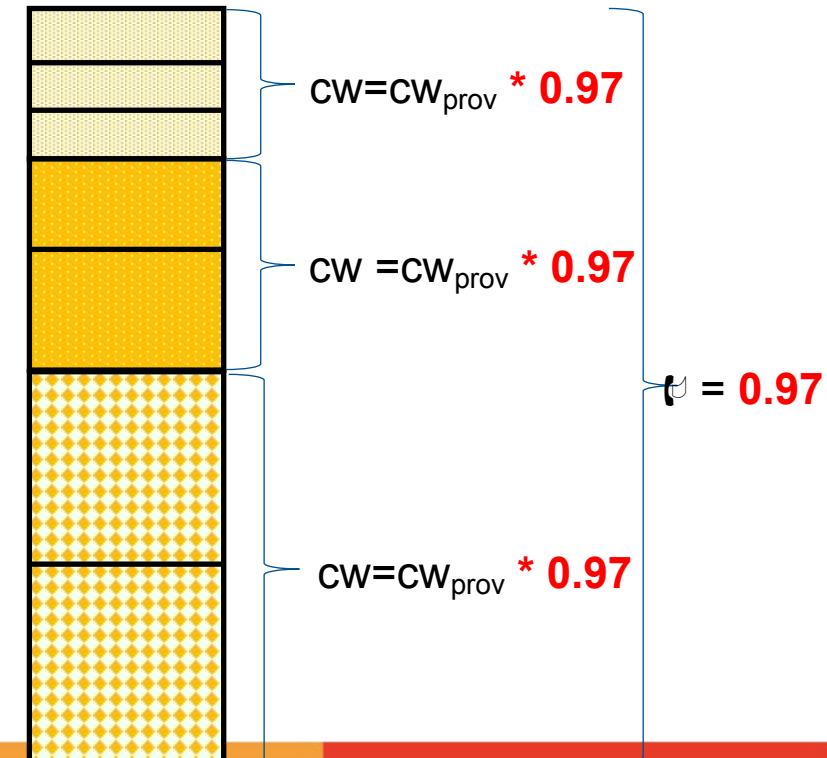
Données 2023
Version 1.0

Cas = 7
Volume = **6,8**



Données 2023
Version 2.0 (def.)

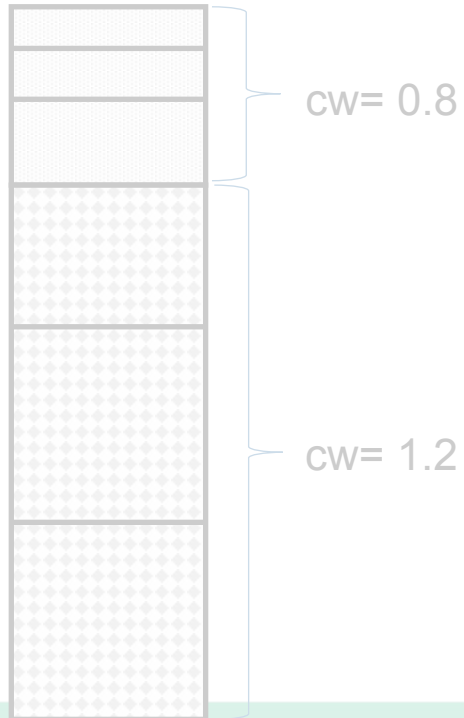
Cas = 7
Volume = **6,8**



Accord sur la structure tarifaire - Normalisation de la version suivante

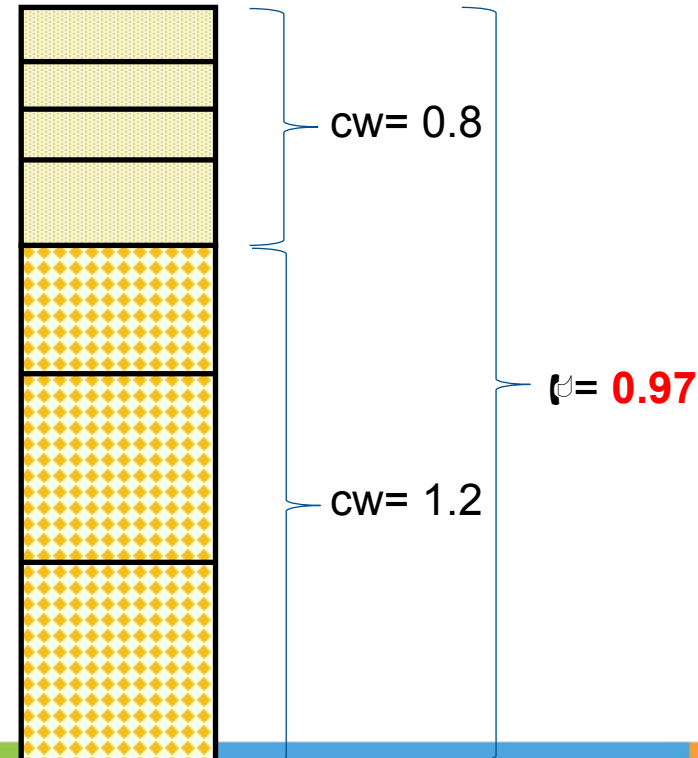
Données 2021
Version 1.0

Cas = 6
Volume = 6



Données 2023
Version 1.0

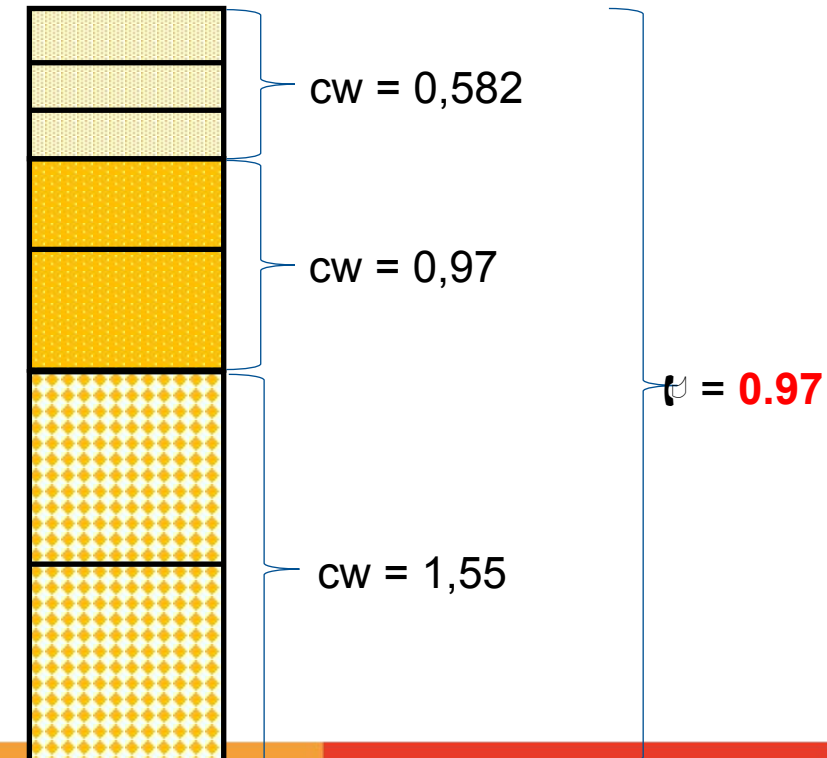
Cas = 7
Volume = **6,8**



Pas d'effet de catalogue

Données 2023
Version 2.0 (def.)

Cas = 7
Volume = **6,8**



Forfaits ambulatoires

1. Ensemble de règles
2. Convention sur la structure tarifaire
 - Normalisation de la version suivante
 - Codage ambulatoire
3. Facturation

Codage ambulatoire

- Selon l'accord sur la structure tarifaire, les directives pour le codage ambulatoire sont déterminantes.
- Le codage par analogie n'est autorisé que si l'OAAAT le prescrit.
- Actuellement, 4 codages analogiques sont autorisés.

1. Lignes directrices sur le codage ambulatoire

- ¹ Le Manuel de codage médical de l'Office fédéral de la statistique (OFS) contient les règles officielles et contraignantes en vigueur en Suisse pour le codage ambulatoire, qui doivent impérativement être appliquées par les fournisseurs de prestations.
- ² L'annexe C représente, à titre subsidiaire, les lignes directrices applicables au codage ambulatoire aussi longtemps que l'Office fédéral de la statistique ne publie pas de lignes directrices et d'autres instruments nécessaires au codage.
- ³ Conformément à l'annexe C, les fournisseurs de prestations sont tenus de coder les contacts-patients.

2. Codage analogue

- ¹ Les codages analogues ne sont admis que s'ils sont conformes aux directives de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA.

Codage ambulatoire - moment

Le codage ambulatoire s'effectue pendant ou immédiatement après le contact avec le patient. Ceci à la différence du codage hospitalier, où le codage n'a lieu que quelques jours plus tard, une fois que tous les documents et rapports sont disponibles.

1.1 Moment du codage

Le codage s'effectue pendant ou immédiatement après le contact-patient. Il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats d'examens (pathologie, laboratoire, etc.) effectués pour préciser le diagnostic.

Pour chaque diagnostic saisi, la date du contact-patient correspondant doit être indiquée.

Codage ambulatoire - Diagnostic

- Un seul diagnostic est codé.
- On n'attend pas que tous les résultats d'examens et de diagnostics soient disponibles, mais on codifie le diagnostic qui a servi de diagnostic pour le traitement pendant ou immédiatement après le contact avec le patient.
- par exemple "lésion du ligament croisé", même si le diagnostic n'est confirmé que par imagerie RM quelques jours plus tard.

1.2 Diagnostic

Dans la v1.0 du tarif forfaitaire par patient, un (1) diagnostic est pris en compte et saisi par contact-patient. Il n'y a donc plus de distinction diagnostic principal / diagnostic secondaire ni utilisation de codes secondaires (chiffre clé suivi d'un point d'exclamation ou d'un astérisque).

C'est l'affection diagnostiquée pendant ou immédiatement après le contact-patient et qui a été la raison principale du traitement et/ou de l'examen du patient qui est saisie. Par «raison principale», on entend le traitement qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales (prestations médicales et de soins, opérations, produits médicaux, etc.) pendant le contact-patient. En outre, on retiendra de préférence le diagnostic le plus proche du traitement effectué au niveau de l'organe ou de zone du corps.

1.3 Procédures

1.3.1 Quelles procédures sont codées

Toutes les procédures significatives effectuées pendant le contact-patient doivent être codées, y compris les procédures diagnostiques, thérapeutiques et de soins/curatives. Les procédures effectuées de manière routinière peuvent, mais ne doivent pas être explicitement saisies. Quant à l'ordre de saisie des procédures, il n'a pas d'importance.

En principe, la classification dans un groupe de cas (en plus du diagnostic) nécessite une (1) procédure. Si cela s'avère nécessaire pour la différenciation, le codage peut inclure d'autres procédures.

Procédures significatives (liste non exhaustive)

- Prestations opératoires;
- Prestations interventionnelles;
- Endoscopies;
- Accouchements;
- Gros appareils ou équipements: radiothérapie, médecine nucléaire, CT, IRM, radiologie interventionnelle, mammographie, DEXA;
- Prestations d'anesthésie, traitement de la douleur;
- Échographies.

Procédures non significatives

- Prises de sang et examens de laboratoire;
- Examens à l'admission;
- Certaines composantes d'une procédure: la préparation, l'installation du patient et la suture de plaie sont généralement comprises dans le code de l'opération;
- Thérapies médicamenteuses à l'exception de:
 - Thérapies médicamenteuses, dans la mesure où il existe un code CHOP spécifique;
 - Thérapies cytostatiques/immunothérapies, thrombolyse, perfusion de facteurs de coagulation & de produits sanguins;

- Résultats anormaux (résultats de laboratoire, de radiologie, de pathologie et autres résultats diagnostiques), dans la mesure où ils n'ont pas de signification clinique au sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un diagnostic plus affiné.

Seules les procédures qui ont effectivement été réalisées sont codées:

- Si une procédure planifiée n'est pas effectuée pour des raisons techniques, elle n'est pas codée.
- Si une procédure planifiée n'est pas effectuée en raison d'une autre maladie, cette procédure n'est pas codée (il est toutefois possible, si l'autre maladie a entraîné une procédure significative, de coder cette autre maladie et procédure).
- Si une intervention est interrompue, seule la partie de l'intervention qui a été effectuée est codée.

Dans la v1.0, les codes CHOP sont enregistrés tels qu'ils figurent dans l'extrait du catalogue CHOP pour la v1.0 du tarif des forfaits par patient, avec une fonction dans le tarif des forfaits par patient. Les codes CHOP qui ne sont pas mentionnés dans ledit extrait n'ont actuellement pas encore de fonction dans le tarif des forfaits par patient. Une prise en compte complète de toutes les procédures du catalogue CHOP est prévue pour la version suivante du tarif des forfaits par patient. L'extrait du catalogue CHOP pour le tarif basé sur des forfaits par patient est accessible en ligne, sur le site web de solutions tarifaires suisses SA³ ou de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (OTMA SA).

TARDOC

- Quelles sont les règles spécifiques au TARDOC ?
- Quelles sont les principales différences avec TARMED ?

Documents pertinents :

- Navigateur TARDOC
- Contrat de base LAMal
- Concept de valeur intrinsèque...
- Facturation...

TARDOC

1. Ensemble de règles

- Principales différences avec TARMED

2. Contrat de base LAMal

Règles - Interprétations générales

- Interprétations générales
- Règles au niveau des chapitres (interprétation des chapitres, limitations, interdictions de cumul)
- Règles au niveau de la position (interprétations médicales, limitations, interdictions de cumul)

- ☾ Plus d'interprétations générales que dans TARMED
- ☾ Le cadre réglementaire est tout aussi compliqué

GI-39 Approche systématique dans l'application des règles

Les niveaux hiérarchiques suivants s'appliquent pour les règles et interprétations:

1. niveau hiérarchique (le plus élevé): règles et/ou interprétations au niveau des Interprétations générales (IG) du tarif (p. ex. **GI-01**)
2. niveau hiérarchique: règles et/ou interprétations au niveau du chapitre (p. ex. **AA**)
3. niveau hiérarchique: règles et/ou interprétations au niveau du sous-chapitre (p. ex. **AA.00**)
4. niveau hiérarchique (le plus bas): règles et/ou interprétations au niveau de la position tarifaire (p. ex. **AA.25.0010**) et règles au niveau du groupe de prestations

Pour les règles concernant le même objet sur plusieurs niveaux, c'est la règle du niveau hiérarchique le plus bas qui s'applique.

TARDOC

1. Ensemble de règles
 - Principales différences avec TARMED
2. Contrat de base LAMal
3. Facturation

Principaux changements concernant TARMED

Interprétations générales - séance et clinique spécialisée

GI-06 Séance ^

Par *séance*, on entend la période de temps (de l'arrivée du patient à son départ du cabinet, l'institution selon l'art. 35, al. 2, let. n LAMal ou de la clinique spécialisée, marquée par un contact personnel direct ou en simultané via la télémédecine), durant laquelle un fournisseur de prestations est sollicité par un patient, un couple, une famille ou un groupe.

GI-13 Prestataires ^

Les fournisseurs de prestations se référant au présent tarif sont le médecin exécutant ou les personnes qui fournissent des prestations sur l'ordre, sur mandat ou par délégation d'un médecin.

Les règles d'application et de facturation s'appliquent:

- à l'hôpital pour l'ensemble des fournisseurs de prestations exécutants participant au traitement de la même clinique de spécialistes, du même institut ou du même centre au sein de l'hôpital.
- aux établissements selon l'art. 35, al. 2, let. n LAMal (établissements servant aux soins ambulatoires dispensés par des médecins) ainsi qu'aux médecins avec des fournisseurs de prestations employés (médecins, psychologues/psychothérapeutes, personnel spécialisé paramédical) pour l'ensemble des fournisseurs de prestations participant au traitement.

-aux prestations non médicales dans les unités de traitement, de prise en charge et de surveillance à l'hôpital et dans les cabinets médicaux, pour l'ensemble des prestataires non médicaux participant au traitement.

Principaux changements concernant TARMED

Clinique spécialisée

Chirurgie	Chirurgie (allgemein)	M20001
	Viszeralchirurgie	M20002
	Herzchirurgie	M20003
	Orthopädische Chirurgie	M20004
	Plastische und Wiederherstellungschirurgie	M20005
	Urologie	M20006
	Neurochirurgie	M20007
	Handchirurgie	M20008
	Gefässchirurgie	M20009
	Kieferchirurgie	M20010
	Thoraxchirurgie	M20011
	Wundambulatorium	M20012
	Notfall Chirurgie	M20013
	Sonstige Chirurgie	M20099
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	M30001
	Geburtshilfe	M30002
	Endokrinologie Reproduktion	M30003
	Notfall Gynäkologie und Geburtshilfe	M30004
	Sonstige Gynäkologie und Geburtshilfe	M30099

Principaux changements concernant TARMED

Compensation par analogie

Le TARDOC part du principe que les prestations fournies sont représentées.

GI-75 Facturation par analogie ^

L'application des positions dites d'analogie n'est pas autorisée. Certaines prestations qui ne font pas l'objet d'une tarification séparée sont regroupées dans les positions tarifaires *Prestations rares*. Si la prestation est mentionnée explicitement dans l'interprétation médicale de la position tarifaire correspondante, elle peut être facturée à l'aide de la position tarifaire du groupe de prestations **LG-551**.

Principaux changements concernant TARMED

Des prestations rares

Les prestations rarement fournies sont regroupées dans une position tarifaire. Celles-ci ne peuvent toutefois être appliquées que si l'intervention correspondante est mentionnée dans l'interprétation médicale.

- à Les prestations médicales qui n'ont pas de position tarifaire doivent être examinées individuellement pour savoir si elles figurent dans l'interprétation médicale d'une prestation rare.
- à La prestation médicale doit être mentionnée dans le champ de texte libre de la facture.

GI-51 Prestations ambulatoires rarement effectuées ^

Les prestations rarement effectuées et pour lesquelles il n'existe pas de position tarifaire correspondante peuvent être saisies au moyen de la position tarifaire destinée aux *prestations rares* **LG-551**.

Seules les prestations indiquées dans l'interprétation médicale de la position tarifaire correspondante peuvent être saisies. Les prestataires sont tenus d'indiquer la prestation en question dans le champ de texte libre de la facture.

La durée à saisir de la prestation correspond au temps effectif nécessaire à la fourniture de la prestation, de la préparation au suivi médical du patient.

Principaux changements concernant TARMED

Structure des chapitres

- La structure avec des prestations principales et des suppléments est analogue à celle de TARMED.
- Les chapitres ont été regroupés et renommés.
- La numérotation est désormais aa.nn.nnnn
- Les lettres sont attribuées de manière arbitraire

A
Prestations de base: médicales, par...

C
Prestations fournies par le médecin...

E
Psychiatrie

G
Imagerie / radiographie

J / K
Prestations fournies par le médecin...

M
Organes - corps entier

P
Appareil locomoteur

R
Région: tête et cou

T
Région: thorax

V
Région: abdomen et bassin

W
Anesthésie, prestations opératoires...

AA
Prestations médicales générales de base

AG
Traitements par injection, sans imagerie

AK
Prestations paramédicales de base

AM
Surveillance médicale et paramédicale

AP
Bandages

AR
Temps de changement

Principaux changements concernant TARMED

Télémédecine

- La télémédecine est désormais explicitement représentée dans TARDOC.
- Il convient de faire la distinction entre la télémédecine simultanée et la télémédecine différée.

GI-40 Télémédecine

Définition de la télémédecine:

Lors d'une consultation médicale par télémédecine, l'interaction entre le fournisseur de prestations et les patients, les parents/gardiens d'enfants ou encore de patients n'étant pas en mesure de communiquer se déroule par le biais d'une conversation à distance. Cela signifie que les partenaires de communication ne se font pas face directement et personnellement, mais dialoguent via un moyen électronique.

Lors de la *consultation télé médicale simultanée*, il y a un contact direct et ininterrompu entre les partenaires de communication (p. ex. téléphone, conversation vidéophonique).

Dans les *consultations télé médicales différées*, les partenaires communiquent par unités d'information temporellement interrompues (p. ex. SMS, courriel, mémos vocaux).

Les consultations télé médicales ne comprennent pas les messages générés automatiquement, la livraison non sollicitée de messages, les messages générés sans effort intellectuel de la part du fournisseur de prestations, les rappels de rendez-vous, les sollicitations en vue de visites médicales de contrôle.

La prestation de télémédecine doit être fournie par le médecin lui-même. La délégation au personnel paramédical est interdite, à l'exception des positions suivantes: [EA.05.0070](#), [EA.05.0080](#) et [EA.05.0090](#).

Principaux changements concernant TARMED

Concept de valeur intrinsèque

1 Qualitative Dignität und Abrechnungsberechtigung

¹Die qualitative Dignität bezeichnet die ärztliche fachliche Qualifikation und regelt die Berechtigung zur Anwendung von Tarifpositionen des TARDOC.

²Sie ist bei jeder Tarifposition im TARDOC vermerkt.

³Der Arzt ist berechtigt alle Positionen abzurechnen, für welche er mindestens über eine der geforderten qualitativen Dignitäten verfügt.

⁴Es gibt folgende Ausprägungen von qualitativen Dignitäten:

- Inhaber von Weiterbildungstiteln
- Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel
- Inhaber eines Besitzstands

⁵Inhaber der qualitativen Dignitäten sind natürliche Personen.

⁶Der TARDOC kennt keine quantitativen Dignitäten.

GI-03 Valeur intrinsèque qualitative

La *valeur intrinsèque qualitative* désigne la qualification professionnelle du médecin et règle l'autorisation d'utiliser les positions tarifaires du TARDOC.

La banque de données déterminante pour les titres de formation postgraduée relevant de la dignité est le **MedReg**.

Le médecin est autorisé à facturer toutes les positions tarifaires pour lesquelles il dispose au moins d'une des valeurs intrinsèques qualitatives exigées (sous réserve d'une reconnaissance de branche valable).

Peuvent être facturés en plus: -les positions tarifaires avec la valeur intrinsèque qualitative 9999 - Toutes.

- les positions tarifaires pour lesquelles un droit acquis a été demandé et accordé (important: Le droit acquis est accordé pour 3 ans. Avec la preuve d'une formation continue spécifique, les droits acquis peuvent être prolongés de 3 ans supplémentaires).

Principaux changements concernant TARMED

Concept de valeur intrinsèque

- à Titulaires de titres de formation postgraduée ayant une incidence sur la dignité (titres de spécialiste, formations approfondies, médecin praticien, attestation de formation complémentaire)
 - Fournir des prestations sous sa propre responsabilité professionnelle
- à Médecins en formation postgraduée pour un titre de formation postgraduée déterminant la dignité
 - Sous la responsabilité professionnelle et la surveillance d'un médecin
 - Pas de responsabilité professionnelle propre
- à Titulaire d'un droit acquis
 - Les postes de prestations qui ont été fournis régulièrement et sans contestation sur le plan qualitatif pendant au moins trois ans avant l'entrée en vigueur du TARDOC peuvent être facturés.
 - Nécessite une déclaration correspondante
 - Est limité à 6 ans maximum

TARDOC

1. Ensemble de règles
 - Principales différences avec TARMED
2. Contrat de base LAMal

Contrat de base LAMal - Préambule

Le préambule correspond à une brève introduction et à la classification dans la LAMal.

Ingress¹

Die Vertragsparteien curafutura und FMH schliessen in Anwendung von Artikel 46 KVG nachfolgenden Grundvertrag zur Einführung und Anwendung der neuen **gesamtschweizerischen ärztlichen ambulanten Einzelleistungstarifstruktur TARDOC** ab, wobei sich auch weitere Versicherer oder Versicherungsverbände und Leistungserbringer nach KVG dem Vertrag anschliessen können, und vereinbaren was folgt:

Contrat de base LAMal - Objet du contrat et but

- Structure tarifaire convenue au niveau national
- Accordé uniquement dans le domaine de l'AOS, donc pas pour l'AA/AI/AM.
- Processus administratifs également réglés
- Séparation du prix et de la structure

Art. 1 Vertragsgegenstand und Zweck / Verhältnis zu den anderen Verträgen

¹ Der vorliegende Vertrag bezweckt die **Anwendung der gesamtschweizerisch vereinbarten ärztlichen ambulanten Einzelleistungstarifstruktur** (nachfolgend Einzelleistungs- oder Tarifstruktur) und eine **einheitliche Abwicklung der Rechnungsstellung und Vergütung** in der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung** gemäss KVG an die Leistungserbringer nach der Tarifstruktur zu vergütenden Leistungen.

² Nicht Gegenstand dieses Vertrages sind sämtliche Aspekte der **Preisbildung**.

Contrat de base LAMal - Champ d'application

Les fournisseurs de prestations doivent disposer des autorisations nécessaires et être admis conformément à la LAMal.

Art. 2 Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag gilt für:

a) folgende Leistungserbringer, namentlich

- alle selbständig praktizierenden Ärzte, die eine Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht erhalten haben, die gesetzlichen Voraussetzungen nach KVG erfüllen und diesem Vertrag beigetreten sind;
- alle Spitäler und Kliniken die eine Betriebsbewilligung nach kantonalem Recht erhalten haben;
- alle in den Spitäler tätigen Ärzte bzw. die Spitäler selber, soweit sie die gesetzlichen Voraussetzungen nach KVG erfüllen;
- alle Ärzte bzw. deren Einrichtungen, die nach Art. 36a KVG Leistungen erbringen, die der ambulanten Krankenpflege dienen und als Leistungserbringer zugelassen sind;
- alle Ärzte sowie Spitäler und Kliniken, die Leistungen nach den besonderen Versicherungsformen erbringen (HMO, Hausarztmodell, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege usw.), soweit sie nach Einzelleistungstarif abrechnen und diesem Vertrag beigetreten sind. Für diese Leistungserbringer gelten dieselben vertraglichen Rechte und Pflichten wie für selbständig praktizierende Ärzte, soweit nichts anderes vereinbart wird;

b) alle nach KVG zugelassenen Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind.

Contrat de base LAMal - organisation commune

L'organisation commune assure la maintenance et le développement. La manière dont cela doit être fait n'est pas précisée.

Art. 3 Gemeinsame Organisation

¹ Die Vertragsparteien betreiben eine gemeinsame Organisation zur **Entwicklung, den Unterhalt, die Anwendung und die Pflege der ärztlichen ambulanten Einzelleistungstarifstruktur** und können im gegenseitigen Einverständnis bestimmte Aufgaben und Kompetenzen an diese gemeinsame Organisation delegieren. Unzulässig ist eine Weitergabe oder Aufspaltung von Pflichten oder Rechten aus diesem Vertrag sowie den weiteren ausserhalb dieses Vertrages abgeschlossenen Regelungen, an nicht gemeinsam geführte Drittorganisationen. Diese Rechte liegen ausschliesslich bei den Vertragspartnern oder deren gemeinsamer Organisation.

² Die gemeinsame Organisation hat unter anderem folgende Aufgaben:

- **Pflegen, Neubewerten, überarbeiten und weiterentwickeln der Tarifstruktur;**
- **Sicherstellung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Interpretation** dieser Tarifstruktur.

³ Die gemeinsame Organisation erarbeitet die notwendigen Reglemente.

L'organisation est responsable de la clarification
responsable de l'interprétation.

Art. 8 Verfahren zur Tarifinterpretation

Die Vertragspartner stellen gemeinsam sicher, dass die jeweilig gültige Tarifstruktur **gesamtschweizerischen einheitlich und verbindlich interpretiert wird.** Die Organisation und die Einzelheiten zur Tarifinterpretation werden an die gemeinsame Organisation nach Art. 3 delegiert. Diese Entscheide sind abschliessend.

Contrat de base LAMal - CPP

- Il est possible d'avoir différentes ou plusieurs commissions paritaires de confiance.
- La CPC a le droit de sanctionner.

Art. 9 Paritätische Vertrauenskommissionen (PVK)

¹ Leistungserbringer und Versicherer können auf **überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene** eine Paritätische Vertrauenskommission (PVK) einrichten, die aus allen Vertragsparteien paritätisch zusammengesetzt wird.

² Die Einzelheiten werden ausserhalb dieses Vertrags geregelt, die Organisation obliegt den kantonalen Gesellschaften bzw. den Spitälern.

Art. 10 Sanktionen bei Vertragsverletzung

¹ Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Leistungserbringer oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages oder weitere vertragliche Regelungen zur Tarifstruktur, des KVG oder seiner Verordnungen, **so kann die zuständige PVK folgende Sanktionen aussprechen:**

- a) schriftliche Mahnung
- b) Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen
- c) Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen
- d) Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen
- e) Ausschluss vom Vertrag
- f) Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien

² Die einzelnen Sanktionen können kumuliert werden.

³ Verletzt eine diese Vereinbarung unterzeichnende **Vertragspartei** diesen Grundvertrag oder dazugehörigen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen, so gilt das **Schiedsverfahren nach den Regelungen der gemeinsamen Organisation**, vorbehaltlich allfällige gesetzlichen Rechtsmittel nach KVG.

Contrat de base LAMal - Contrôles d'économicité

La CPC peut servir de médiateur lors de contrôles d'économicité ou être saisie en tant que tribunal arbitral.

Art. 14 Wirtschaftlichkeit / Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 76 f KVV)

Sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Versicherer Auffälligkeiten festzustellen, werden diese mit der jeweiligen kantonalen Gesellschaft bzw. dem jeweiligen Spital und der Klinik diskutiert und es werden gemeinsam geeignete Massnahmen sichergestellt. Die PVK kann vermitteln. Nach einem gescheiterten Versuch soll die PVK als vertragliches Schiedsgericht angerufen oder direkt an die gesetzliche Instanz gelangt werden.

Facturation

Conformément à l'accord sur la structure tarifaire, un règlement séparé est nécessaire pour la facturation. Celui-ci est présenté dans l'annexe D.

2. Dispositions spécifiques pour les fournisseurs de prestations ayant plusieurs services spécialisés

- ¹ Les parties contractantes conviennent, pour les fournisseurs de prestations ayant plusieurs spécialités, ce qui permet dans certains cas la facturation de plusieurs contacts-patients par jour pour le même patient, d'un règlement distinct dont le contenu est le suivant:
 - Forme et contenu des informations concernant le fournisseur de prestations émetteur de la facture dans le domaine ambulatoire, que le fournisseur de prestations transmet à l'assureur dans le cadre de la facturation;
 - Forme et contenu des informations concernant les services spécialisés qui sont nécessaires à la facturation et au contrôle des factures, et qui doivent être mises à la disposition des assureurs;
 - Règles relatives à l'identification du fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire;
 - Gestion d'une banque de données sur les services spécialisés déclarés par fournisseur de prestations.
- ² Les parties contractantes peuvent conjointement mandater un tiers pour l'exploitation de la banque de données prévue dans le règlement mentionné à l'alinéa 1.
- ³ Les fournisseurs de prestations, qui font valoir des services spécialisés, sont tenus de transmettre à l'organe désigné dans ledit règlement les informations relatives à ces spécialités, selon la forme et la périodicité exigées.
- ⁴ Les assureurs s'engagent à enregistrer dans leurs systèmes les informations relatives aux services spécialisés de chaque fournisseur de prestations.
- ⁵ Dans le cadre de la facturation, les fournisseurs de prestations s'engagent à transmettre à l'assureur toutes les informations nécessaires, de manière à ce qu'il puisse, avec les informations sur les services spécialisés dont il dispose, vérifier l'exactitude de la facturation si plusieurs contacts-patients facturables ont lieu au cours d'une même journée pour le même patient.

6. Facturation d'un traitement ambulatoire

6.1. Tarif forfaitaire par patient - forfaits ambulatoires

- 1 Les traitements ambulatoires qui comprennent des prestations avec des positions dites trigger dans le catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (ci-après CPTMA) sont exclusivement facturés selon le tarif forfaitaire par patient. Toute combinaison du tarif forfaitaire par patient avec le tarif à la prestation et d'autres tarifs médicaux ambulatoires dans le cadre d'un traitement ambulatoire est exclue.
- 2 La position tarifaire et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.
- 3 Les prestations pouvant être facturées séparément sont les suivantes:
 - les **produits sanguins labiles et stables** selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
 - les **implants** inclus dans les positions tarifaires référencées dans le catalogue du tarif forfaitaire par patient selon le prix de revient et la définition générale DG-07.

Source : Annexe B, Modalités d'application, ch. 6

à Pas de choix possible

à Règles claires pour l'application et donc l'exécution Art. 43 al. 5^{ter}

6.2. Tarif à la prestation - TARDOC

- ¹ Les traitements ambulatoires qui ne comprennent que des prestations individuelles dans le CPTMA sont facturés selon le TARDOC.
- ² Les positions tarifaires et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.
- ³ Les prestations pouvant être facturées séparément sont, sauf réglementation contraire dans les interprétations de chapitres ou les interprétations médicales, les suivantes:
 - les **produits sanguins labiles et stables** selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
 - les **médicaments** selon la liste des spécialités (LS);
 - les **analyses de laboratoire dans le laboratoire du cabinet ou de l'hôpital** selon la liste des analyses (LA);
 - les **instruments, appareils, dispositifs, matériels, substances et implants utilisés seuls ou en combinaison** au prix de revient et selon la définition générale DG-07.

6.3. Autres tarifs médicaux ambulatoires

- ¹ Les traitements ambulatoires qui comprennent des prestations qui figurent dans un autre tarif médical ambulatoire (p. ex. traitements par dialyse, transplantation d'organes solides, transplantation de cellules souches hématopoïétiques, irradiation thérapeutique par faisceau de protons) et qui ne présentent pas de position dite trigger, sont facturés selon l'autre tarif médical ambulatoire. L'utilisation du tarif à la prestation TARDOC (selon le chiffre 6.2) dépend des modalités d'application du tarif médical ambulatoire correspondant.
- Remarque : la convention tarifaire structurelle transitoire et ses annexes sont en cours d'élaboration !
 - Le Conseil fédéral et l'OFSP n'acceptent plus que des structures tarifaires uniformes au niveau national.
 - Exceptions selon l'art. 43, al. ^{5quater} LAMal concernant les tarifs forfaitaires des patients applicables au niveau régional.

Facturation

Sur la facture, il est indiqué

- le domaine d'expertise est indiqué pour chaque poste
- par traitement ambulatoire, le diagnostic est mentionné
- par traitement ambulatoire avec forfait :
 - le diagnostic selon la CIM-10-GM est mentionné
 - les postes LKAAT pertinents pour le regroupement et
 - les médicaments appliqués et/ou injectés sont mentionnés.

Si le diagnostic selon la CIM-10-GM ne peut pas être mentionné pour des raisons de protection des données, la première lettre du diagnostic (CIM-10) et l'affectation du chapitre selon la sortie du grouper sont fournies.

- **Les détails techniques sont exécutés dans la norme xml 5.0.**

Facturation

La facturation doit réunir de multiples aspects :

- détail des informations

Livraison des données

Es werden pro Datenjahr zwei Dateien übermittelt:

- Leistungsdaten (Folie 6f.)
- Kostendaten (Folie 8f.)

Die Leistungsdaten und die Kostendaten der einzelnen Fälle können mittels primärem Fallschlüssel (key) verknüpft werden. Der primäre Fallschlüssel kann fiktiv sein, muss dem Spital jedoch ermöglichen, allfällige Fragen der OAAT AG auf Fallebene beantworten zu können.

medical		cost	
Bezeichnung: <Spitalkürzel>+<"_ ">+<Jahr>+<"_ medical.">+<Dateiformat> Beispiel: ISG_2022_medical.txt oder ISG_2022_medical.dat		Bezeichnung: <Spitalkürzel>+<"_ ">+<Jahr>+<"_ cost.">+<Dateiformat> Beispiel: ISG_2022_cost.txt oder ISG_2022_cost.dat	
[key: primärer Fallschlüssel]	←	[year: Datenjahr]	
[patient_birth: Geburtsdatum]		[key: primärer Fallschlüssel]	
[patient_gender: Geschlecht]		[v101: Arzneimittel]	
[patient_pdx: Diagnose]		[v102: Blut und Blutprodukte]	
[service_dt: Behandlungsdatum]		[v103: Medizinisches Material]	
[service_tar: Tariftyp]		...	
[service_cd: Tarifposition]		[v453: Ärzteschaften des Herzkatheter-Labor]	
[service_qty: Anzahl]			
[service_ptvalue: Taxpunktwert]			
[service_amount: Rechnungsbetrag]			
[patient_garant: Kostenträger]			
[service_seq: Sitzungsnummer]			
[service_txt: Beschreibung]			
[service_center: Leistungsstelle]			

Le système de forfaits ambulatoires est établi sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations des fournisseurs de prestations (p. ex. hôpitaux, institutions ambulatoires, cabinets libéraux).

Droits acquis

- Déclaration/réclamation à l'OAAT
- Période pertinente pour la fourniture : Années 2022-2024
- A demander au niveau de la position tarifaire (TARDOC ou forfait ambulatoire)
- Déclaration possible à partir du 1er juillet 2025 jusqu'au 30 septembre 2025
- Les droits acquis s'appliquent pendant 3 ans à partir du 1er janvier 2026
- Prolongation possible de trois ans supplémentaires en cas de revalidation (formation continue spécialisée) au cours des trois premières années de validité. Une prolongation supplémentaire n'est pas possible.
- Le bureau de l'OAAT vérifie la déclaration à l'aide des factures LAMal. Si cela n'est pas possible, d'autres factures peuvent être soumises.

Normalisation, neutralité des coûts, prix de départ

- Pourquoi le système tarifaire global est-il normalisé ?
- Que signifie la neutralité des coûts ?
- Quelle est la différence entre la neutralité statique et la neutralité dynamique des coûts ?
- Qu'est-ce qu'un prix de départ et comment est-il fixé ?
- Qu'est-ce qui est important dans la perspective des négociations tarifaires avec les groupements d'achat ?

Annexes pertinentes de l'accord sur la structure tarifaire

Monitoring

Anhang D zum Tarifstrukturvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

Dynamische Kostenneutralität

Anhang E zum Tarifstrukturvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

Startpreise

Anhang I zum Tarifstrukturvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

Neutralité des coûts dynamique et statique :

- Art. 59c²⁵¹ Tarifgestaltung

¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein **Wechsel des Tarifmodells** darf **keine Mehrkosten verursachen**.

Monitoring à long terme comme solution transitoire jusqu'à la mise en œuvre de

- Art. 47c¹⁶² Überwachung der Kosten

¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein **gemeinsames Monitoring** der Entwicklung der **Mengen, Volumen** und **Kosten** sowie **Korrekturmassnahmen** bei **nicht erklärbaren** Mengen-, Volumen- und Kosten**entwicklungen** vor.

Neutralité statique des coûts et prix de départ

Teil VIII Sicherstellung der statischen Kostenneutralität und Preisbildung im Zeitpunkt der Einführung der Tarifstrukturen

1. Grundsatz

- ¹ Untenstehende Ausführungen, insbesondere zum Startpreis, stehen in Zusammenhang mit der Erfüllung der Anforderungen aus KVV Art. 59c Abs. 1 lit. c.

2. Statische Kostenneutralität

- ¹ Die Tarifpositionen des Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifs werden mit Taxpunkten bewertet.
- ² Die Taxpunkte des Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifs werden normiert, damit sich bei Anwendung der bisherigen Taxpunktwerte des TARMED für den Einzelleistungstarif und den Patientenpauschaltarif keine Mehrkosten ergeben (statische Kostenneutralität).

3. Startpreise

- ¹ Im Einklang mit der Forderung des Bundesrates vom 19. Juni 2024, dass der Taxpunktwert TARMED weitergeführt wird, fordern die Vertragsparteien die Leistungserbringer und Versicherer auf, die im Jahr 2025 angewendeten Taxpunktwerte des TARMED für den Patientenpauschaltarif und den Einzelleistungstarif mindestens im Jahr 2026 weiter anzuwenden.
- ² Besteht zwischen Leistungserbringer und Versicherer keine Einigung über die Weiterführung des im Jahr 2025 angewendeten Taxpunktwerts, empfehlen die Vertragsparteien den Leistungserbringern und Versicherern, den mindestens im Jahr 2026 anzuwendenden Startpreis gemäss den in Anhang I beschriebener Methode herzuleiten.

Neutralité statique des coûts =
Normalisation des points de
taxe du tarif à l'acte et du tarif
forfaitaire

Évaluation selon les points de taxation

AA.00.0010

Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.

Tarifparameter

Medizinische In

Taxpunkte

LieS [Min.]:	5.00	RBZ [Min.]:	5.00
AL [TP]:	10.56	IPL [TP]:	8.64
+/-AL [%]:		+/-IPL [%]:	

C08.41Z

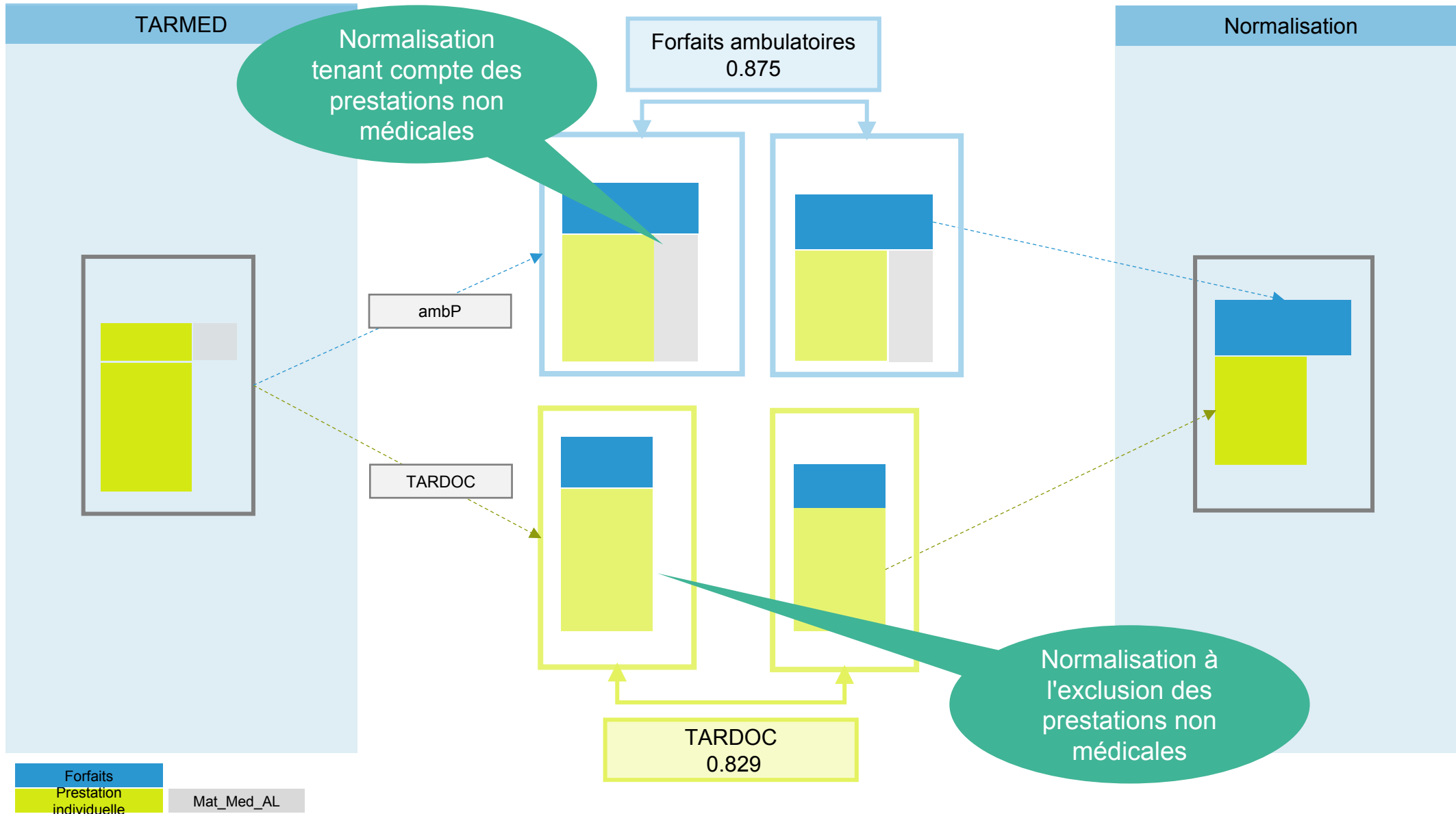
Eingriffe bei M. Dupuytren

Ambulante Pauschale

Taxpunkte

TP: **3'498.36**

Normalisation Version d'introduction



Valeurs du point TARMED 2025 = prix de départ

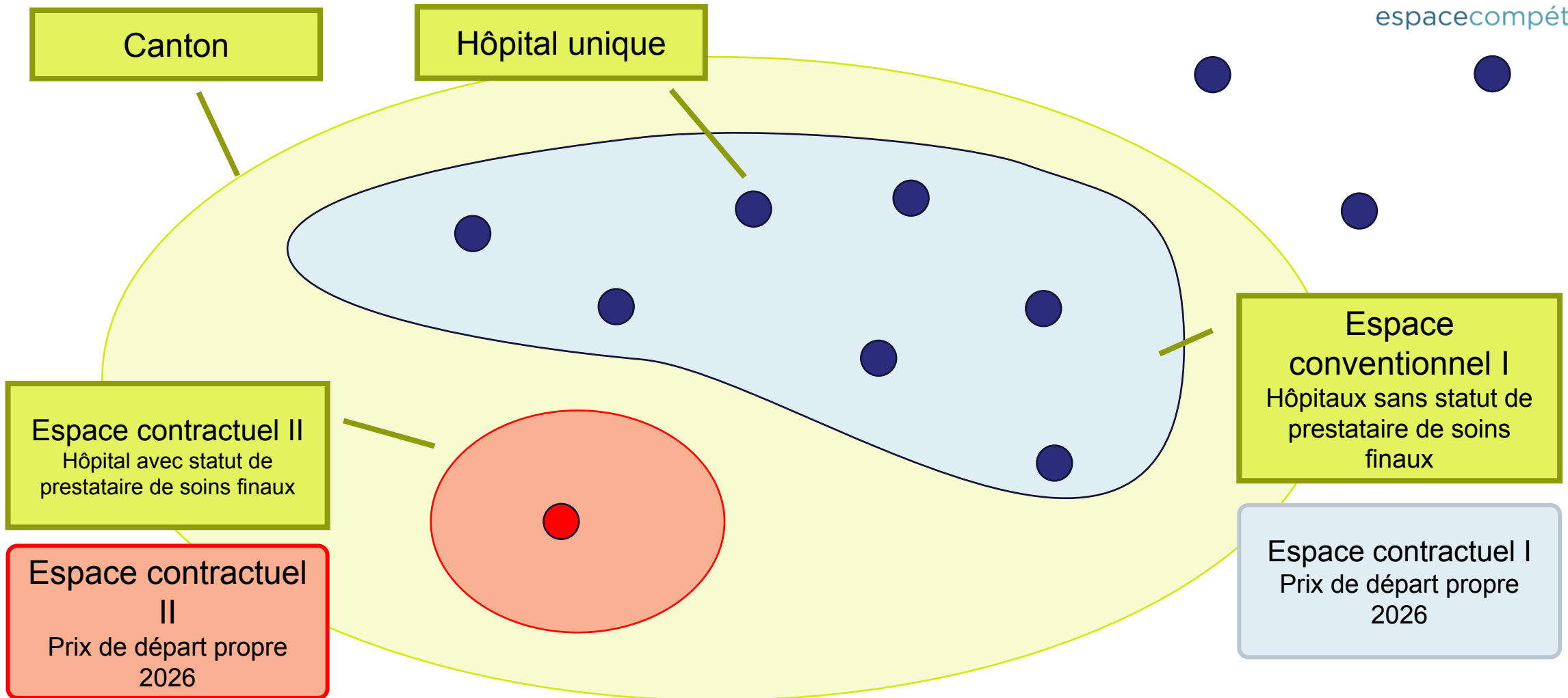
- Les adaptations de la valeur du point TARMED pour 2025 sont prises en compte.
- Les adaptations de la valeur du point 2026 et suivantes doivent être différenciées proprement du prix de départ, afin qu'elles ne soient pas corrigées par la neutralité dynamique des coûts.

Prix de départ sans incidence sur les recettes selon l'annexe I, accord sur la structure tarifaire

- Les adaptations de la valeur du point TARMED pour 2025 sont prises en compte.
- Les adaptations de la valeur du point 2026 et suivantes doivent être différenciées proprement du prix de départ, afin qu'elles ne soient pas corrigées par la neutralité dynamique des coûts.
- **Déclaration jusqu'au 31 mars 2025 !**

Aucun accord n'a été trouvé : L'autorité d'approbation/de fixation peut utiliser sa propre méthode.

Dérivation du prix initial selon l'annexe I



Dérivation du prix initial selon l'annexe I



espacecompétences

Espace contractuel I

Recettes antérieures dans le domaine d'application des forfaits ambulatoires

$$\text{Volume du TARDOC simulé} \times \text{Valeur du point tarifaire 2025}$$

Volume de points tarifaires TARDOC et forfaits ambulatoires



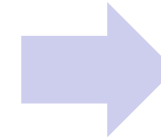
Prix de départ 2026

Espace contractuel II
Prix de départ propre 2026

Recettes antérieures dans le domaine d'application des forfaits ambulatoires

$$\text{Volume du TARDOC simulé} \times \text{Valeur du point tarifaire 2025}$$

Volume de points tarifaires TARDOC et forfaits ambulatoires



Prix de départ 2026

2. Normierung der Folgeversionen

- ¹ Die Vertragsparteien verpflichten sich, die OAAT zu einer **volumenneutralen Weiterentwicklung** vorliegender Tarifstrukturen zu beauftragen.
- ² Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Rahmen der OAAT ausschliesslich Folgeversionen zu verabschieden, welche das Gebot der volumenneutralen Weiterentwicklung einhalten.
- ³ Eine volumenneutrale Weiterentwicklung der Tarifstrukturen **ist dann gegeben, wenn in Bezug auf die Daten, die zur Normierung der Tarifstrukturen verwendet wurden, kein nationaler Katalogeffekt vorliegt: Das Taxpunktvolumen der Vorversion entspricht bei gleichem Anwendungsbereich der Summe der Taxpunktvolumen der weiterentwickelten Version.**

tie IV

Teil IX Monitoring und Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität

1. Monitoring

- ¹ Die Vertragsparteien vereinbaren ein zeitlich unbefristetes Monitoring gemäss Anhang D.
- ² Die Vertragsparteien setzen unter dem Dach der OAAT eine Expertengruppe Monitoring ein. Anhang D regelt die Einzelheiten.

2. Dynamische Kostenneutralität

- ¹ Die Vertragsparteien, Leistungserbringer und Versicherer verpflichten sich, zur Gewährleistung der dynamischen Kostenneutralität nach Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV Massnahmen gemäss Anhang E umzusetzen.
- ² Weiter verpflichten sich die Vertragsparteien bereits in der Kostenneutralitätsphase zur volumenneutralen Normierung der Folgeversionen der Tarifstrukturen (Teil III, Ziff. 2).

Monitoring

Anhang D zum Tarifstrukturvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

Ingress

- ¹ Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil IX des Tarifstrukturvertrags die Bestellung einer Expertengruppe Monitoring (EG-M) sowie das unbefristete Monitoring von Leistungskosten
 - des ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarifs (Anhang B, Ziffer 6.1);
 - des ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarifs (Anhang B, Ziffer 6.2);
 - weiterer ambulanten ärztlichen Tarife (Anhang B, Ziffer 6.3);
 - weiterer Tarife.
- ² Das Monitoring umfasst nur Leistungen zu Lasten der OKP.

6.3. Preisveränderungen

- ¹ Die Kostenentwicklung bei TARMED-Leistungen wird um allfällige Preisveränderungen (Taxpunktwert TPW) bereinigt. Dazu wird der TPW aus dem Basisjahr (2025) auf die Taxpunktvolumina der Jahre 2018 bis 2024 angewendet.
- ² Die Kostenentwicklung bei Leistungen im Anwendungsbereich des Einzelleistungstarifs und Patientenpauschaltarifs wird um allfällige Preisveränderungen (Taxpunktwert TPW) bereinigt. Dazu wird der Start-TPW aus dem Einführungsjahr (2026) auf die Taxpunktvolumina der Folgejahre angewendet.

7.2. Risikoadjustierung

- ¹ Mittels Risikoadjustierung wird die Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur im Basisjahr 2025 konstant gehalten.
- ² Die Risikoadjustierung wird mit folgenden Merkmalen durchgeführt:
 - **Demographie:** Altersgruppen (Definition wie im Datenpool der SASIS AG), Geschlecht (M/W);
 - **Patientenverhalten und Versicherungsdeckung:** Jahresfranchise (hoch/tief), Unfaldeckung (ja/nein), Person hat mindestens eine Arztkonsultation während der Referenzperiode (ja/nein), Person hat mindestens eine spitalambulante Notfallbehandlung während der Referenzperiode (ja/nein);
 - **Morbiditätsindikatoren** gemäss Risikoausgleich: Spitalaufenthalt im Vorjahr (ja/nein), im Vorjahr (ja/nein) [Daten aus den Jahren 2018 und 2019], 36 Indikatoren für pharmazeutische Kostengruppen PCGs (ja/nein) [Daten ab dem Jahr 2020];
 - Indikator(en) für Patienten, die einen Eingriff hatten, der auf der Liste «ambulant vor stationär» (AvoS) verzeichnet ist.
- ³ Führt diese Risikoadjustierung zu offensichtlich unhaltbaren mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch stehenden Resultaten, obliegt es dem Verwaltungsrat der OAAT, im technischen Konzept gemäss Ziffer 3 die Risikoadjustierung, um die erforderlichen Merkmale zu erweitern.

Dynamische Kostenneutralität

Anhang E zum Tarifstrukturvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

- Durée et phases
- Couloir
- Mécanisme de mesures
- Mise en œuvre des mesures
- ...

1. Start und Ende der verschiedenen Phasen

1.1. Kostenneutralitätsphase

- ¹ Die Kostenneutralitätsphase erstreckt sich **mindestens** über die Leistungsjahre **2026, 2027 und 2028**.
- ² Die dynamische Kostenneutralität wird nach Ablauf der Mindestlaufzeit weitergeführt, **bis der Bundesrat die dynamische Kostenneutralität beendet**. Dies erfolgt, wenn die von ihm bezeichneten Auflagen erfüllt sind:
 - a. **Bundesrätliche Genehmigung und Einführung eines Patientenpauschaltarifs, der mindestens 34% der Bruttoleistungen, (entspricht der Version 0.3) umfasst**. Die massgeblichen Bruttoleistungen (100%) umfassen die im entsprechenden Jahr abgerechneten Leistungen gemäss Patientenpauschalen sowie gemäss TARDOC inkl. die von Ärzten/Spitalambulatorien verabreichten Arzneimitteln, Verbrauchsmaterialien und Implantate und abgerechneten resp. veranlassten Analysen.
 - b. **Umsetzung der folgenden Konzepte betreffend TARDOC gemäss Prüfbericht des BAG im Rahmen der OAAT:**
 - o **Erhebung der Minutagen, der Arbeitszeit und der Produktivität**

- o **Anpassung des Referenzeinkommens;**
- o **Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei den im Kostenmodell-KOREG verwendeten Spartenbetriebszeiten;**
- o **Empirische Feststellung des SUK Satzes.**
- c. **Genehmigung eines Vertrags zur langfristigen Überwachung der Kosten nach Artikel 47c KVG durch den Bundesrat.**

1.2. Messphase

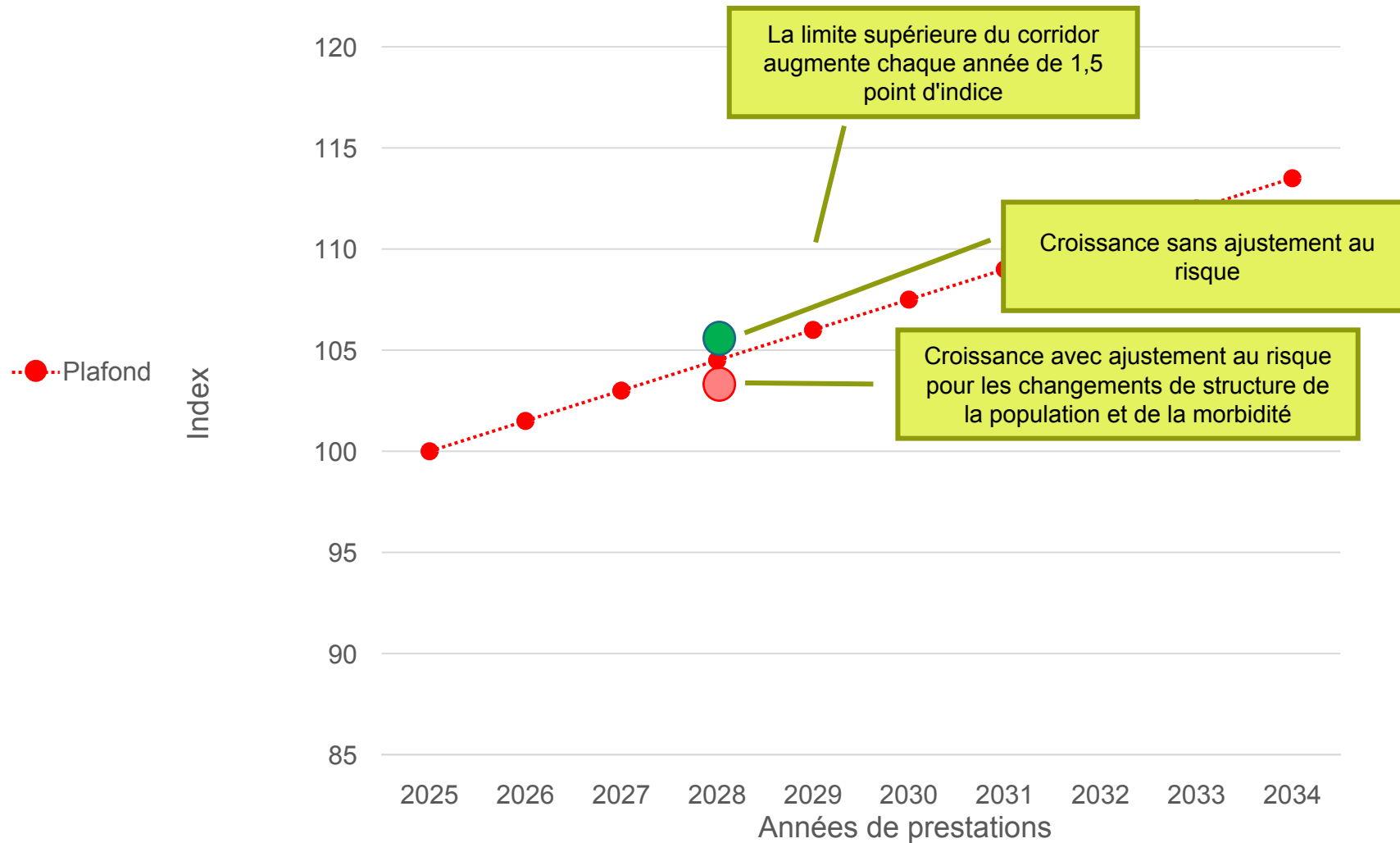
- ¹ Die **Messphase beginnt** mit dem **Leistungsjahr 2025** und **endet** mit der **Kostenneutralitätsphase**.

1.3. Kompensationsphase

- ¹ Die **Kompensationsphase beginnt** mit dem **Leistungsjahr 2028** und **endet zwei Jahre nach der Kostenneutralitätsphase**.

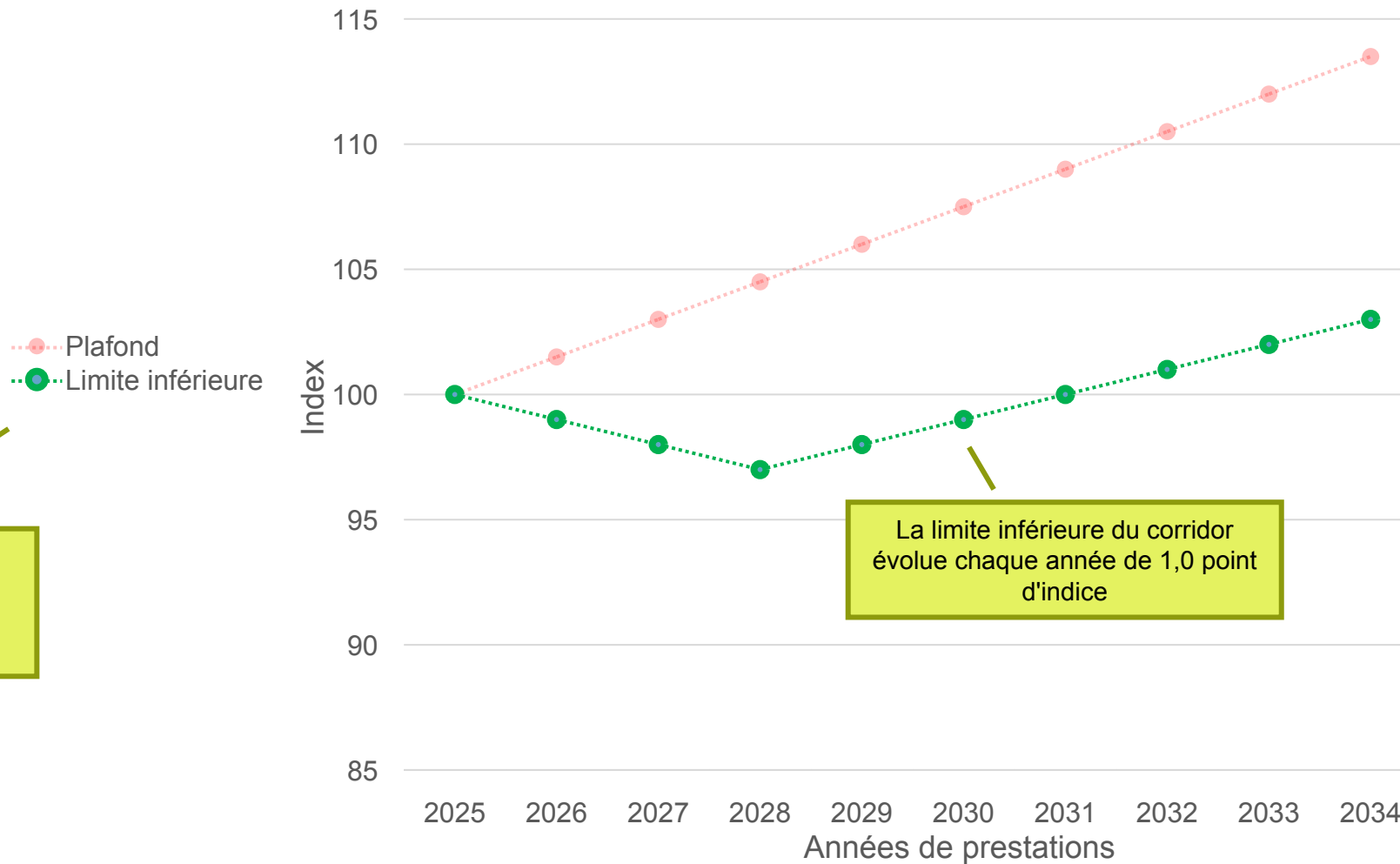
Neutralité dynamique des coûts - corridor supérieur

L'indice reflète l'évolution des coûts moyens des prestations médicales ambulatoires par personne assurée à partir de



Neutralité dynamique des coûts - corridor inférieur

L'indice reflète l'évolution des coûts moyens des prestations médicales ambulatoires par personne assurée à partir de



Neutralité dynamique des coûts - Mécanisme de mesures

1

Besoin d'agir au niveau national ?

Les coûts moyens par personne assurée sont-ils supérieurs au corridor ?

OU
|

NON

aucune mesure prise l'année correspondante

2

Besoin d'agir au niveau de la grande région ?

Les coûts moyens par personne assurée sont-ils supérieurs au corridor ?

OU
|

NON

aucune mesure pour l'année correspondante dans la grande région

3

Besoin de mesures sectorielles spécifiques ?

Les secteurs évoluent-ils différemment ?

OU
|

NON

Mesures uniformes au sein de la Grande Région

Mesures sectorielles au sein de la Grande Région

Neutralité dynamique des coûts - Mise en œuvre

6. Umsetzung

6.1. Grundsatz

- 1 Die **Leistungserbringer** und **Versicherer** sind **verpflichtet** für alle Leistungsjahre, Grossregionen und Sektoren, die gemäss Ziffer 5 von Massnahmen betroffen sind, **Massnahmen umzusetzen**.
- 2 Die Massnahmen werden **mittels des External Factor (EF)** auf den **Faktoren der Leistungserbringer** ausgewiesen.
- 3 Der External Factor wird auf die **Tarifpositionen** des Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifs angewendet.
- 4 Der External Faktor beträgt im **Einführungsjahr 1.00**.
- 5 Die Massnahmen modulieren den External Factor getrennt nach **Grossregionen** und bei sektorieller Betrachtung nach **Leistungserbringerkategorie**.

Première application du facteur externe (FE) en 2028

Neutralité dynamique des coûts - Formation des prix



Système tarifaire global
(TARDOC/AmbP) en TP

☾ Convention sur la structure
tarifaire

- Évaluation économique et conception appropriée
- Effet de catalogue Fournisseurs de prestations transversaux et internes
- Neutralité statique des coûts au moyen d'une normalisation initiale et de méthodes de fixation des prix de départ
- Neutralité dynamique des coûts au moyen de la normalisation des versions ultérieures, du monitoring et des mesures correctives au niveau national ou de la grande région et du secteur

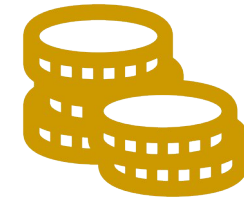


+ Hôpitaux/cliniques
+ HSK/tas/CSS

X

Valeur du point tarifaire (prix)
☾ Convention collective

=



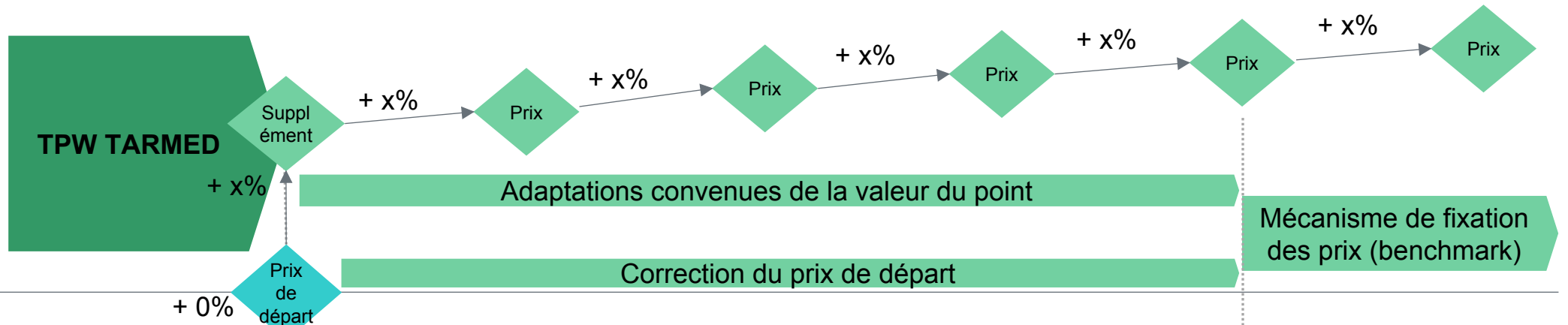
- Adaptations de la valeur du point tarifaire concernant l'évolution des coûts accumulés et prospectifs
- Prix de départ et possibilité de corriger le prix de départ
- Convention tarifaire (standard) avec éléments importants du point de vue des hôpitaux/cliniques
- Demandes d'autorisation
- Procédure de fixation

Neutralité dynamique des coûts - Formation des prix

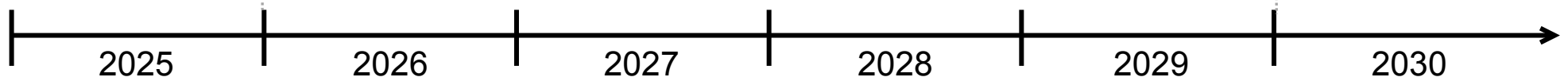
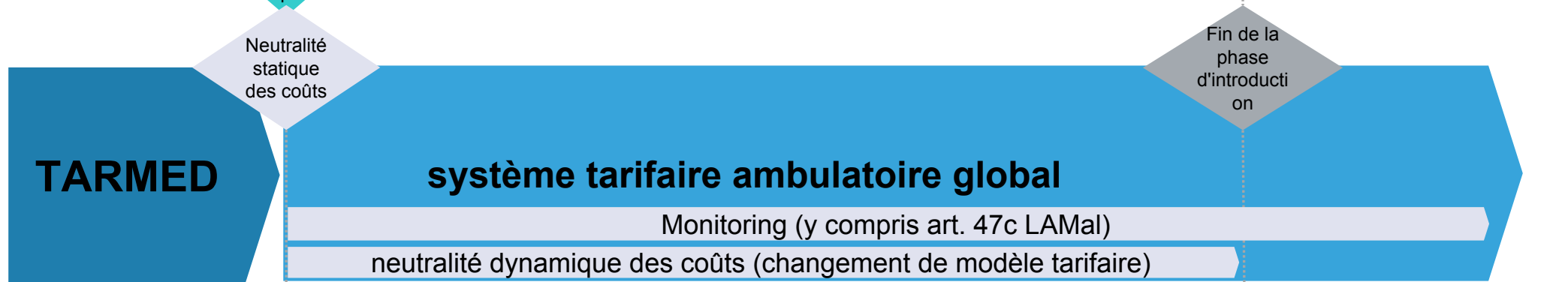


espacecompétences

Convention collective standard / Convention collective



Contrat de structure tarifaire



Neutralité dynamique des coûts - Mise en œuvre



espacecompétences

Valeur du point
tarifaire au

1er janvier 2026
Prix de départ

Adaptation de la valeur
du point tarifaire

Valeur du point tarifaire
année(s) suivante(s)

Prix de départ

Correction possible du prix de départ

Adaptation de la valeur
du point (à partir de
2026)

Adaptation de la valeur du point
tarifaire nouvelle (p. ex. à partir
de 2027)

Accord sur les structures tarifaires - Gestion des tarifs

- Il y a - après la situation particulière lors de l'introduction - une mise à jour annuelle de la structure tarifaire. Cela signifie que les données relatives aux coûts et aux prestations ambulatoires sont collectées chaque année.
- L'élimination des points faibles et des critiques encore en suspens est déjà prévue et se fera sur la base des données.
- Le champ d'application pourra être adapté à l'avenir.
- Illustration de nouvelles prestations est a été lancée.

Partie III: Gestion du tarif et normalisation des versions suivantes

1. Gestion du tarif

- ¹ Les parties contractantes s'engagent, à l'issue de la phase de neutralité dynamique des coûts d'une durée de trois ans, à mettre à jour et à développer chaque année la structure tarifaire via la réalisation d'une procédure de demande et une collecte des données relatives aux coûts et aux prestations dans le cadre de l'OTMA, conformément à l'art. 47a LA-Mal.
- ² La gestion et le développement de la structure tarifaire doivent être fondés sur des données. Les fournisseurs de prestations s'engagent à transmettre gratuitement les données nécessaires à la tarification, conformément aux directives de l'OTMA.
- ³ Aux fins de développement de la structure tarifaire, les parties contractantes s'engagent à:
 - améliorer la différenciation selon les coûts et les prestations des groupes de cas;
 - améliorer le niveau d'adéquation en ce qui concerne l'homogénéité des coûts, la qualité du système et l'actualité des examens et traitements représentés;
 - intégrer des examens et des traitements facturés au moyen de forfaits issus d'autres conventions tarifaires (p. ex. dialyses, cellules souches);
 - représenter et évaluer de nouveaux examens et traitements;
 - tenir compte de l'évolution économique, technique et médicale;

Résumé



Exemples pratiques

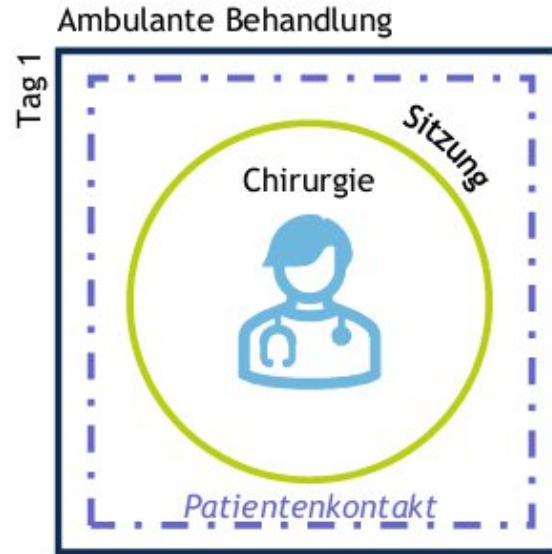
– cas d'usage

[Klarstellungen und Beispiele](#)

Exemple 1 relatif à la clarification 3

Le patient avec un ulcère de jambe se présente pour un changement de pansement chez l'infirmier diplômé.


- Un traitement ambulatoire en chirurgie, parce que les soins sont affiliés au service spécialisé de chirurgie.





Clarification 21 relative au chapitre 3 - Séance

La séance prend fin lorsque la rencontre du patient et du fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire est close (p. ex. lorsque le patient quitte le fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire). La rencontre consécutive immédiate avec un autre fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire (p. ex. examen par un autre médecin spécialiste) correspond à une interruption et non pas à la fin de la séance.



Exemple 1 relatif à la clarification 21


Le patient se présente le matin chez le médecin de famille avec une pneumonie et une forte fièvre. Après l'examen, le médecin convient avec le patient d'un rendez-vous de contrôle l'après-midi pour évaluer son état et décider si une hospitalisation est nécessaire.

Les deux séances comptent comme des séances séparées.

Exemple 2 relatif à la clarification 21


La patiente se présente au service des urgences avec une lacération à la tête et des vertiges. Après un premier examen et traitement par le médecin urgentiste, la patiente est conduite en radiologie pour un examen CT. Ensuite, le traitement de la patiente se poursuit au service des urgences et elle est peut rentrer chez elle.

Le traitement du médecin urgentiste n'est pas encore terminé lorsque l'examen CT est réalisé, mais se poursuit après le retour de la patiente. La prise en charge immédiate en radiologie interrompt la séance aux urgences, mais ne la clôt pas. La prestation du médecin urgentiste correspond donc à une (1) séance. Les prestations de la radiologie comptent comme une séance séparée (autre service spécialisé).



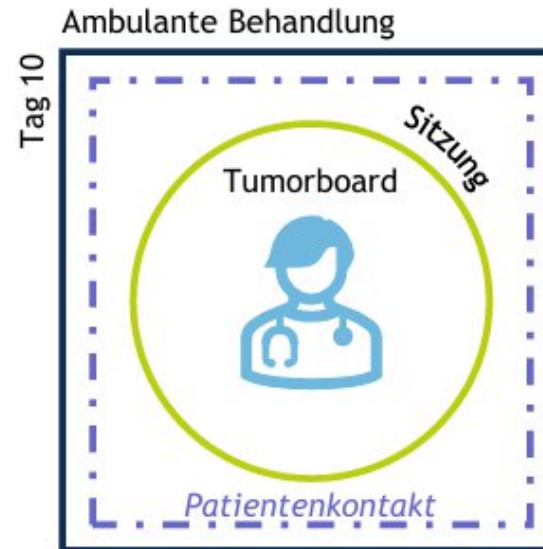
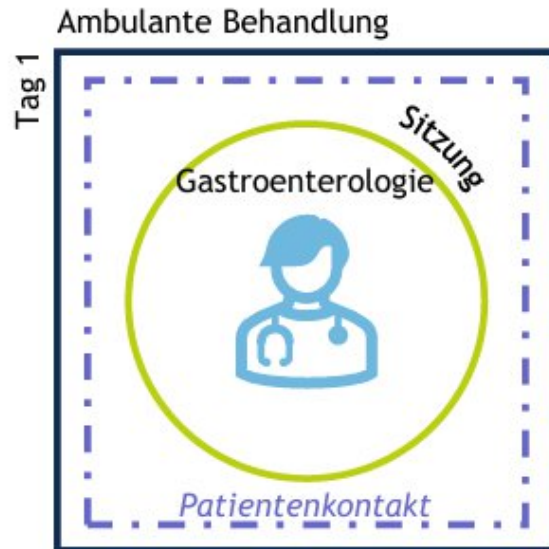
Exemple 3 relatif à la clarification 21

Le patient se rend le matin chez le pneumologue pour une consultation en vue de réaliser des tests complets. L'après-midi, le pneumologue et le patient discutent les résultats des tests au téléphone. Il s'agit de deux séances. Une séance correspond à la rencontre physique, l'autre séance à une rencontre par téléphone.



Après la biopsie réalisée par le gastroentérologue, un tumor board est organisé pour discuter les résultats et la marche à suivre. Le patient n'est pas présent lors du tumor board.

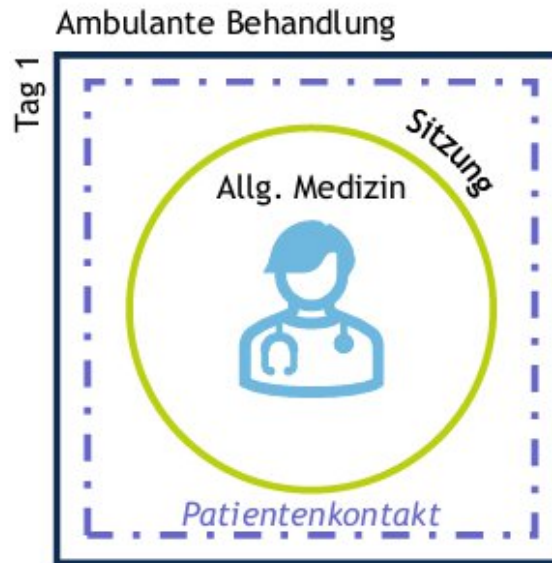
- **Deux traitements ambulatoires**, étant donné que le tumor board (avec ou sans présence du patient) compte comme une **séance** séparée. Le tumor board est facturé selon le tarif à la prestation TARDOC.
- Si plusieurs services spécialisés participent au tumor board, les limitations de la quantité par service spécialisé s'appliquent (plusieurs **traitements ambulatoires**).



Exemple 1 relatif à la clarification 5

Le patient consulte le médecin de famille en raison d'une forte toux (service spécialisé de médecine interne générale).

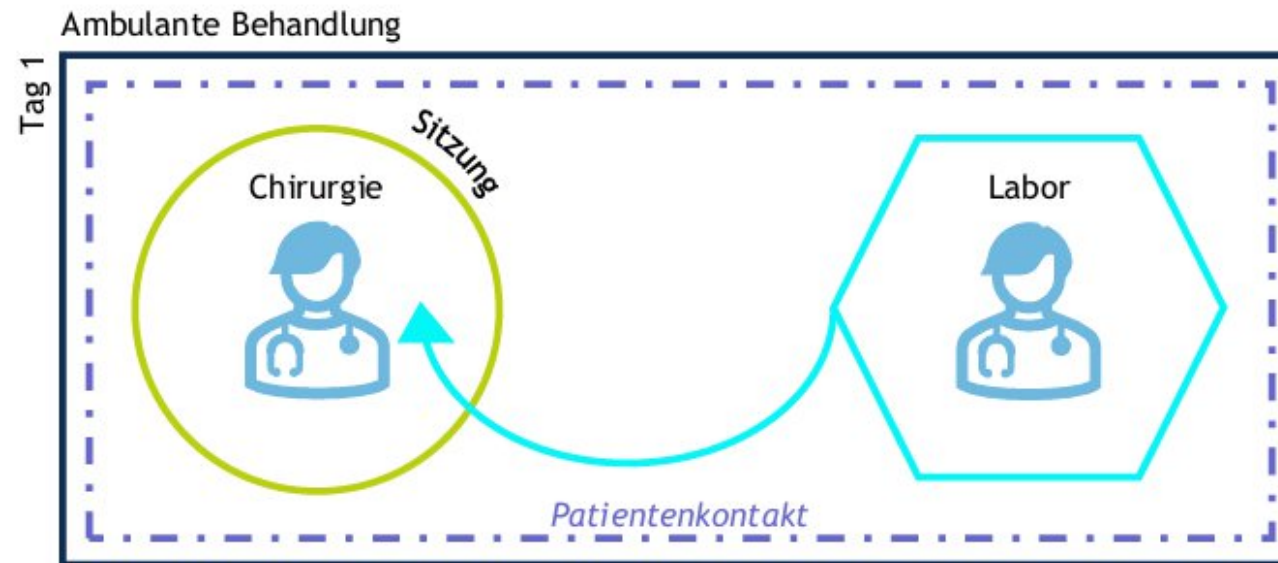
- Une séance, un contact-patient, un *traitement ambulatoire*. La séance est assimilée au contact-patient. Outre la séance, aucune autre prestation attribuée au contact-patient n'est fournie.



Exemple 2 relatif à la clarification 5

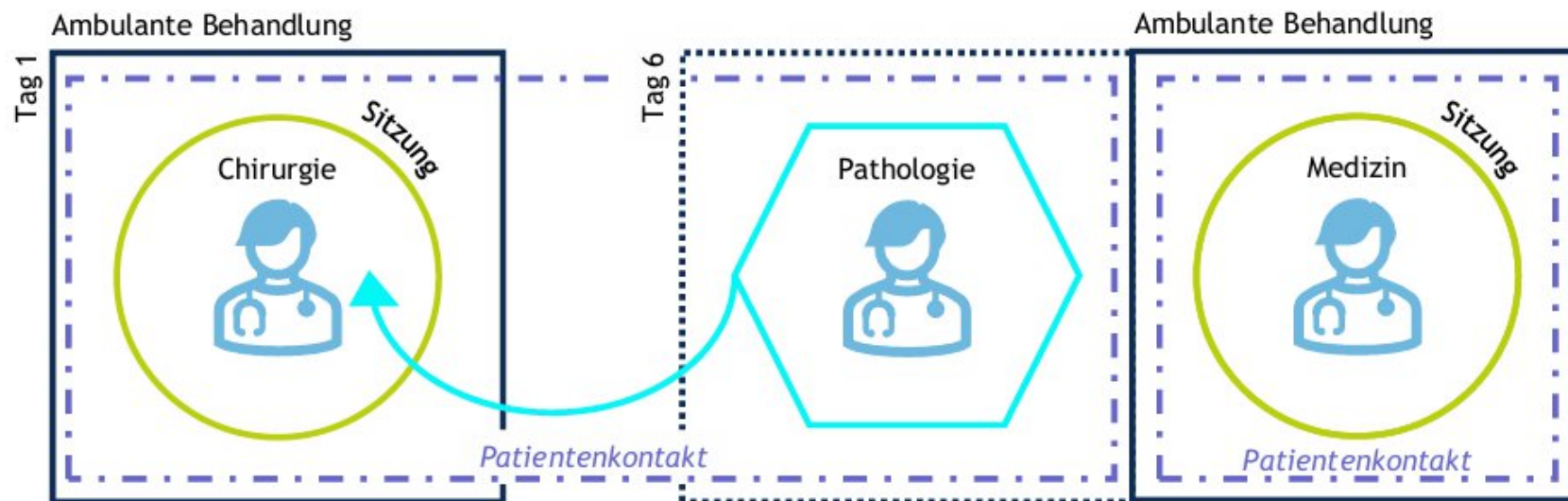
Des analyses de laboratoire sont réalisées pour un patient chez lequel on suspecte un infarctus.

- **Un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations du laboratoire sur l'échantillon (prestations attribuées) sont regroupées en **un contact-patient** avec la **séance** lors de laquelle l'analyse a été demandée.



Le patient se présente le matin dans le service de médecine interne pour discuter de ses symptômes de vertige. Le même jour, l'échantillon obtenu par une ponction à l'aiguille fine de la thyroïde est analysé. La ponction a eu lieu **cinq jours auparavant**.

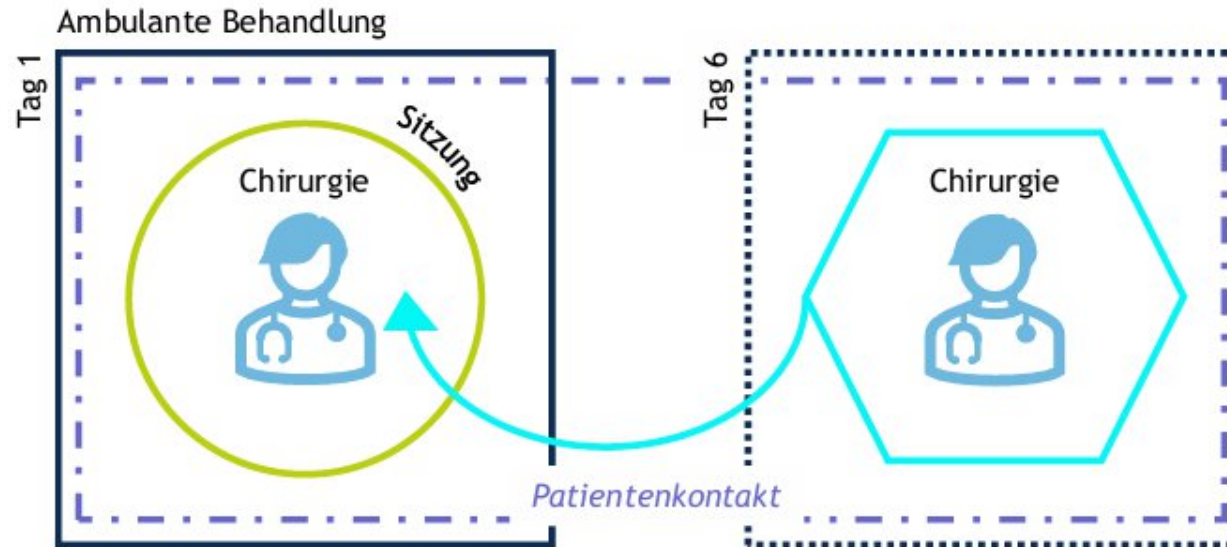
- Les prestations de pathologie sont regroupées en un **contact-patient** avec la **séance** lors de laquelle la ponction à l'aiguille fine a été demandée et comptent comme un *traitement ambulatoire*. La séance de la médecine interne compte comme **propre contact-patient** et propre *traitement ambulatoire*.



Exemple 7 relatif à la clarification 5

Le chirurgien répond cinq jours après l'intervention par e-mail à plusieurs questions du patient concernant la suite du traitement.

- **Un** contact-patient, un *traitement ambulatoire*. Les prestations dans le cadre de l'e-mail sont regroupées avec la séance précédente en un contact-patient. Elles comptent donc comme un *traitement ambulatoire*.



Clarification 20 relative au chapitre 4.1 - Système de règles des prestations attribuées

La formulation dans l'alinéa 2 doit être interprétée comme si les mots en caractères gras avaient été ajoutés. Les **ou** marqués en bleu dans les alinéas 2 et 4 correspondent sur le plan technique à inclus ou (OR).

Alinéa 2:

Les prestations de pathologie et de laboratoire sur l'échantillon sont attribuées au contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée, indépendamment du fait qu'elles aient été fournies par le même ou un autre fournisseur de prestations. Si un mandat consécutif ne nécessitant pas le prélèvement d'un nouvel échantillon est donné au laboratoire/au service de pathologie jusqu'au jour précédant la séance suivante avec le même fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire **ou** jusqu'au maximum 30 jours **après le contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée**, les prestations de laboratoire/de pathologie sont attribuées au même contact-patient. Si une séance a lieu le jour de l'octroi du deuxième mandat (p. ex. consultation), les prestations de laboratoire/pathologie sont attribuées à ce contact-patient avec la date du deuxième mandat, même si aucun prélèvement n'a été effectué.


Alinéa 4:

D'autres prestations en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'à la veille de la séance suivante avec le même fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire **ou** jusqu'au maximum 30 jours après la première séance. Sont exceptées les prestations demandées par les assureurs (cf. TARDOC: AA.15.0090, CA.15.0140 et EA.00.0210).



Clarification 6 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire par jour civil

La rencontre entre le patient et le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* sur des jours différents engendre différents traitements ambulatoires.



Clarification 8 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire sur un jour civil

Un fournisseur de prestations selon la LAMal est défini par le numéro RCC.

Les **contacts-patient** chez différents fournisseurs de prestations selon la LAMal le même jour civil ne sont pas regroupés, et par conséquent facturés séparément par chaque fournisseur de prestations.

Sont exceptés les **contacts-patient** avec des *diagnostics* qui sont groupés dans le même groupe de **diagnostics** ainsi que la fourniture de prestations liées les unes aux autres. Les prestations des deux séances ne peuvent pas être fournies séparément et comptent comme **un traitement ambulatoire**.

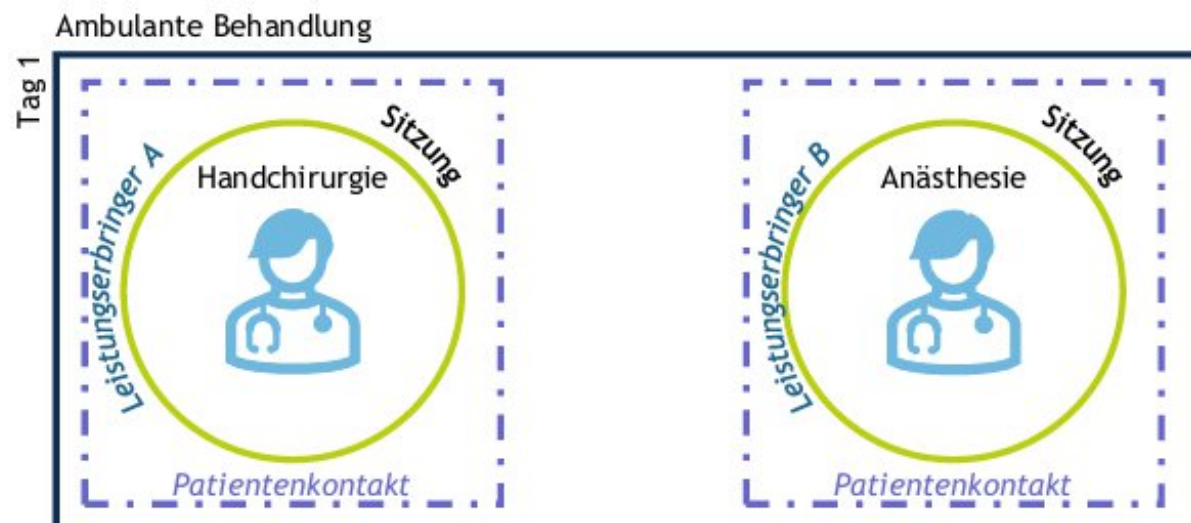
Clarification 7 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire au-delà de minuit

Si un patient est en traitement au-delà de minuit (critère «règle de minuit» rempli), mais qu'il n'occupe pas de lit (critère «occupation d'un lit» pas rempli), les **contacts-patient** de deux jours civils consécutifs sont regroupés en un traitement ambulatoire. La date de facturation correspond à la date de la sortie.

Exemple 2 relatif à la clarification 8

Le chirurgien de la main en cabinet fait appel à un anesthésiste en pratique privée pour une intervention sous anesthésie dans son cabinet.

- Un traitement ambulatoire, parce que les *diagnostics* des deux services spécialisés sont groupés dans le même groupe de diagnostics et que les prestations des deux **séances** sont **liées les unes aux autres**. L'opération ne pourrait pas être réalisée sans l'anesthésie et les soins.



Clarification 10 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics

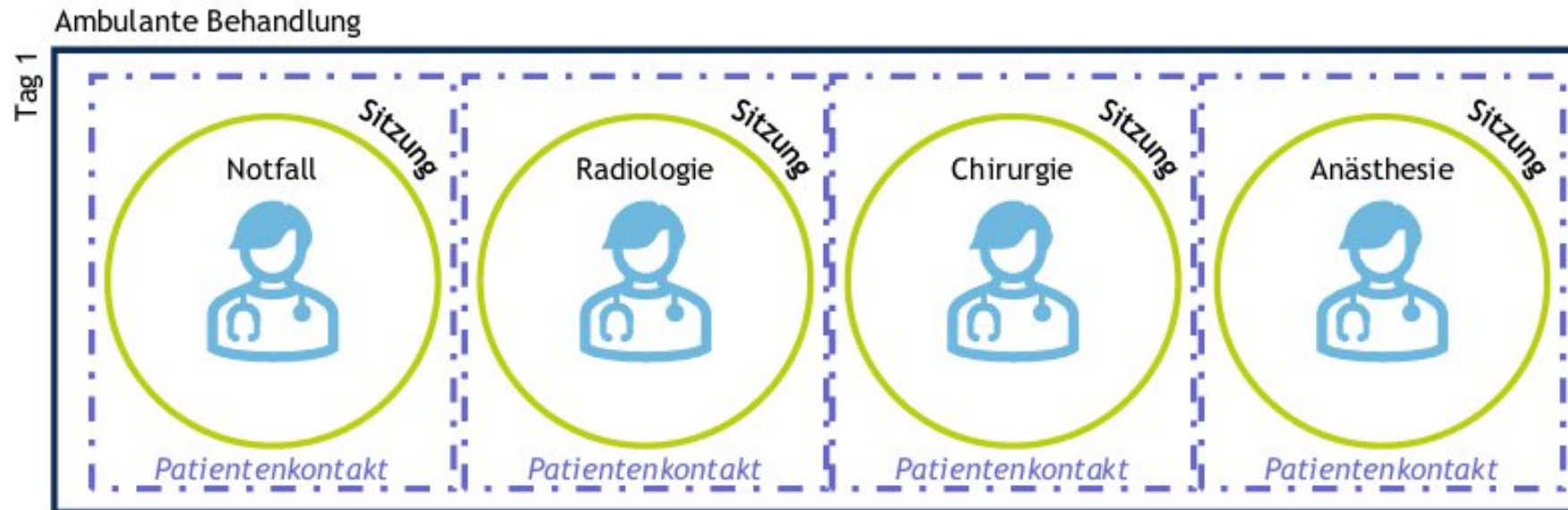
Deux contacts-patient auprès du même fournisseur de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. h ou l'art. 35 al. 2 let. n LAMal le même jour sont regroupés en un traitement ambulatoire, si leurs *diagnostics* sont groupés dans le même *groupe de diagnostics*².


Le groupement du *diagnostic* dans le *groupe de diagnostics* est déterminant, pas le groupement éventuellement divergent se référant à la procédure.

Exemple 2 relatif à la clarification 10

Le patient se présente aux urgences avec une fracture de l'avant-bras. Après la radiographie, le chirurgien orthopédiste réalise un embrochage.


- Un traitement ambulatoire, parce que les *diagnostics* de tous les contacts-patient des quatre services spécialisés conduisent au même groupe de diagnostics.





Clarification 11 relative au chapitre 5 - Interventions combinées pendant l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste

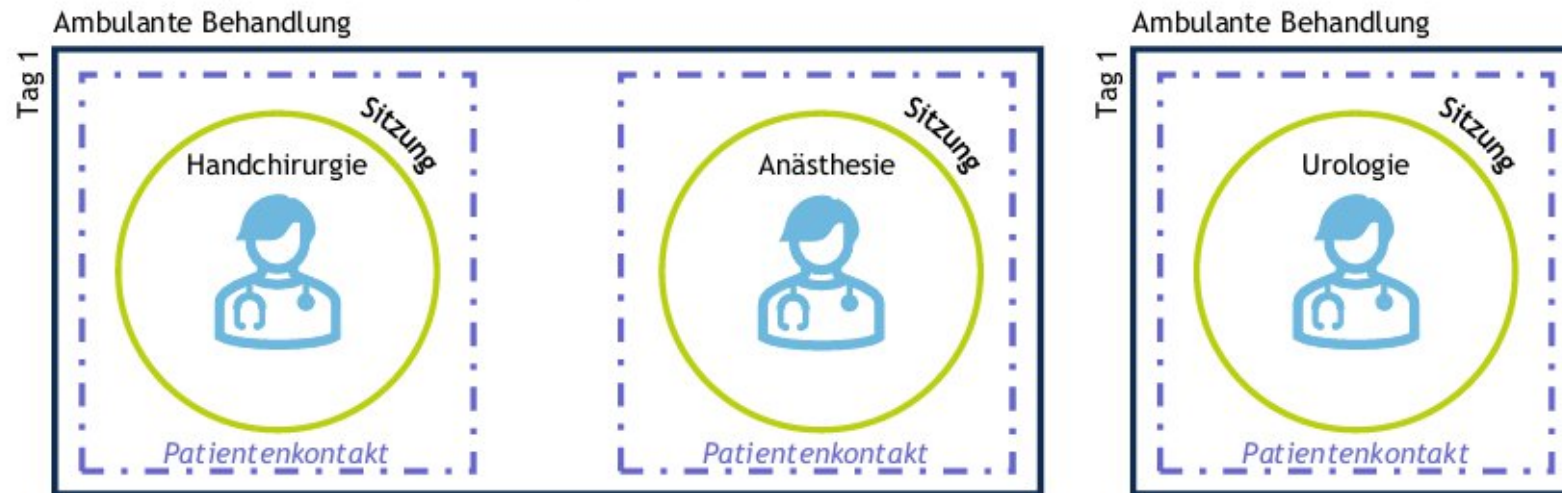
Pour les interventions combinées pendant une anesthésie par l'anesthésiste, le **contact-patient** de l'anesthésiologie doit saisir le *diagnostic* qui a motivé le séjour et qui présente le plus grand investissement de moyens médicaux (cf. directives pour la saisie des prestations ambulatoires). Le **contact-patient** de l'anesthésiologie est de ce fait regroupé en un traitement ambulatoire avec le **contact-patient** qui a motivé le séjour.



Exemple 1 relatif à la clarification 11

Chez un enfant, on retire le matériel d'ostéosynthèse et procède également à une circoncision pendant l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste. Le **contact-patient** du service spécialisé d'anesthésiologie détermine le codage du **diagnostic** qui a initialement motivé le séjour et présente le plus grand investissement de moyens médicaux.


- **Deux traitements ambulatoires**, parce que les **diagnostics** des deux services spécialisés chirurgicaux conduisent à **différents groupes de diagnostics** et que le service spécialisé d'anesthésiologie présente le **même diagnostic** que la séance du service spécialisé de chirurgie de la main.





Clarification 12 relative au chapitre 5 - Pas de regroupement

Les services **spécialisés** qui fournissent des prestations sur ordre du médecin sont, lorsque cela concerne le **même *diagnostic***, exemptés du regroupement des contacts-patient en un traitement ambulatoire.



Clarification 15 relative aux chapitres 5.1 et 5.2 - Produits sanguins labiles et stables

Les produits sanguins labiles et stables comprennent les articles suivants³:

Produits sanguins labiles et stables

Concentrés d'érythrocytes

Concentrés de thrombocytes

Concentrés de thrombocytes orientés sur le patient

Lymphocytes

Leucocytes

Concentrés de granulocytes

Fresh Frozen Plasma (FFP)

Les implants - articles

Système nerveux

Neurostimulateur et accessoires
Implants cochléaires

Œil

Lentilles

Peau

Prothèses mammaires
Matières artificielles de substitution de la peau
Sphincter artificiel de la vessie
Prothèse pénienne

Médecine nucléaire

Seeds

Autres dispositifs médicaux implantables

Stimulateurs périphériques avec accessoires
Stimulateur du diaphragme et accessoires
Pompes à médicaments implantables et accessoires

Autres

Vannes endobronchiques
Filet réparateur de défaut (par ex. filet herniaire)
Prothèses trachéobronchiques

Cœur et vaisseaux

Cœur artificiel et accessoires
Système d'accès vasculaire totalement implantable (VAD) avec accessoires
Ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP) / pompe microaxiale avec accessoires
Endoprothèses (stents grafts)
Stents coronaires à élution médicamenteuse (SEM)
Autres stents coronaires
Stimulateur cardiaque et accessoires
Défibrillateurs et accessoires
Endoprothèses
Systèmes d'accès veineux
Coils/parapluies/plugs
Valves cardiaques (matières organiques aussi)

Clarification 16 relative aux chapitres 6.1 et 6.2 - Implants

Les implants comprennent les articles suivants⁴:

Appareil locomoteur

Endoprothèses de la hanche
Endoprothèses de genou
Endoprothèses de tumeur
Endoprothèses modulaires et prothèses sur mesure
Clou d'ostéosynthèse intramédullaire destiné à l'écartement
Implants de colonne vertébrale
Implants du bassin
Ciment osseux
Transplants osseux de remplacement
Greffe de cartilage articulaire (par ex. chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation)
Matériel d'ostéosynthèse: vis, clous, plaques (dès 50 CHF)

Tractus gastro-intestinal

Anneau gastrique
Extenseurs
Prothèse auto-expansible

Crâne

Implants crâne et os de la face
Plaquettes de reconstruction mâchoire
Détracteurs Ramus

Clarification 17 relative au chapitre 6.2 - Facturation d'un traitement ambulatoire selon le tarif à la prestation TARDOC

Les traitements ambulatoires qui ne comprennent que des prestations individuelles dans le catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (ci-après CPTMA) sont facturés selon le TARDOC.

Les positions tarifaires et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.

Les prestations pouvant être facturées séparément sont, sauf réglementation contraire dans les interprétations de chapitres ou les interprétations médicales, les suivantes:

- les produits sanguins labiles et stables selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
- les médicaments selon la liste des spécialités (LS);
- les analyses de laboratoire dans le laboratoire du cabinet selon la liste des analyses (LA);
- les instruments, appareils, dispositifs, matériels, substances et implants utilisés seuls ou en combinaison au prix de revient et selon la définition générale DG-07.

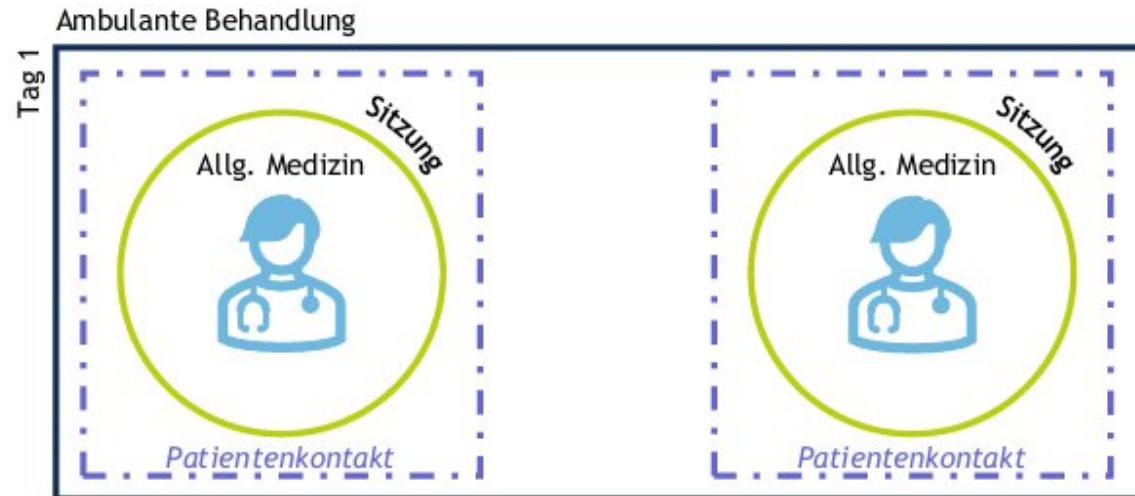
Les règles de cumul et les limitations de la quantité s'appliquent en principe **par séance** et **fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire** (service spécialisé).

Les limitations de la quantité par unité de temps (p. ex. 90, 120, 180 ou 260 jours) s'appliquent **par patient** et **fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire** (service spécialisé).

Exemple 1 relatif à la clarification 17

Un patient consulte le médecin de famille (cabinet individuel) le matin en raison d'un fort refroidissement. L'après-midi, il consulte une deuxième fois le même médecin en raison de douleurs dans le bas-ventre.

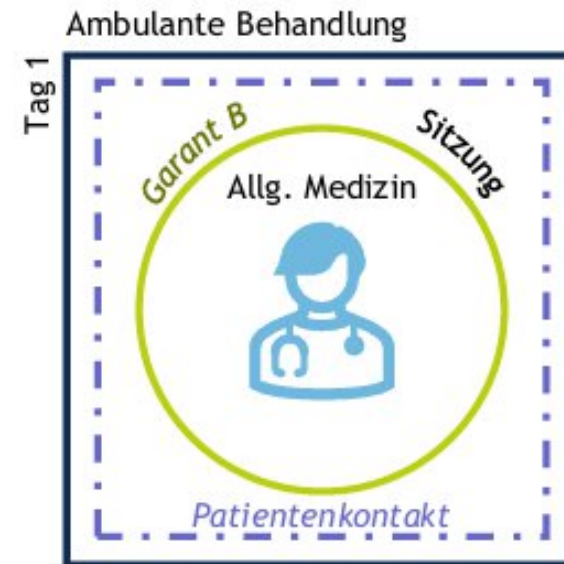
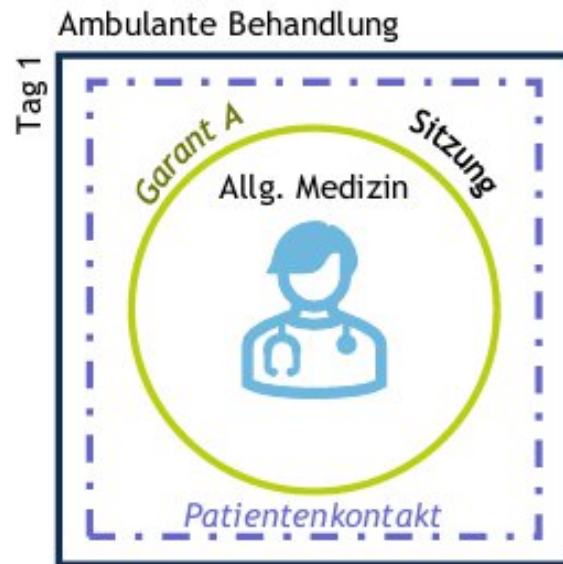
- **Deux séances, un traitement ambulatoire.** La limitation de la quantité de 20 minutes sur les positions de la consultation s'applique séparément aux deux séances.



Exemple 2 relatif à la clarification 17

Un patient consulte le médecin de famille (cabinet individuel) le matin en raison d'un fort refroidissement. L'après-midi, il consulte une deuxième fois le même médecin en raison d'une entorse qu'il s'est faite dans l'intervalle.

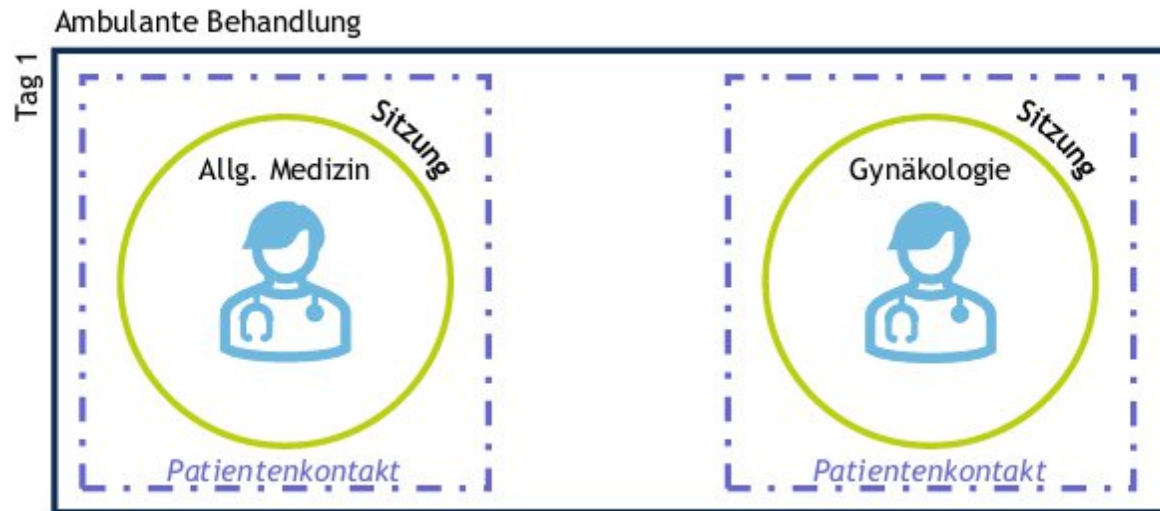
- Deux séances, deux *traitements ambulatoires*. Deux répondants des coûts différents sont impliqués.



Exemple 3 relatif à la clarification 17

Une patiente consulte le matin le cabinet de groupe (institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins) où elle se fait examiner par le médecin du service spécialisé de médecine interne générale en raison de douleurs dans le bas-ventre. L'après-midi, la patiente se présente pour une nouvelle consultation en raison des mêmes maux dans le même cabinet chez le gynécologue (service spécialisé de gynécologie et obstétrique) et se fait examiner par ce dernier.

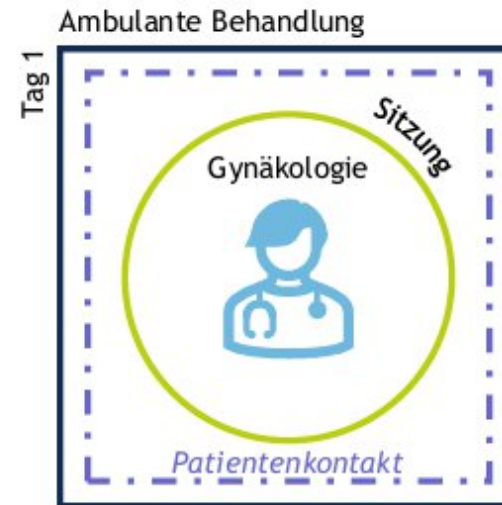
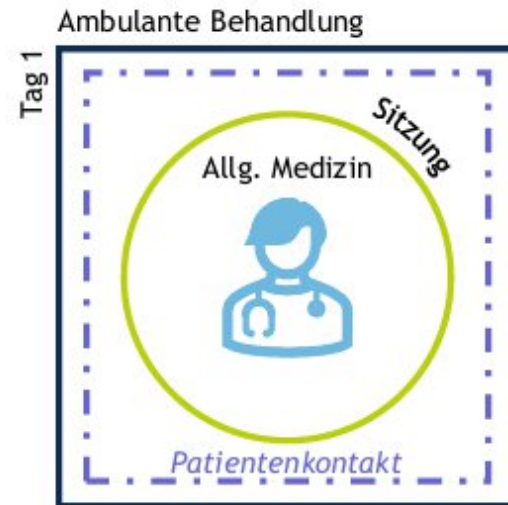
- **Deux** séances, **un traitement ambulatoire**. La limitation de la quantité de 20 minutes sur les positions de la consultation **s'applique séparément** aux deux séances.



Exemple 4 relatif à la clarification 17

Une patiente consulte le matin le cabinet de groupe (institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins) où elle se fait examiner par le médecin du service spécialisé de médecine interne générale en raison d'un refroidissement. L'après-midi, la patiente se présente dans le même cabinet pour une nouvelle consultation chez le gynécologue (service spécialisé de gynécologie et obstétrique) pour un examen de grossesse.

- **Deux** séances, **deux** *traitements ambulatoires*, parce que les **diagnostics ne sont pas** groupés dans le **même** groupe de diagnostics. Les limitations s'appliquent séparément aux deux séances.



Exemple 5 relatif à la clarification 17

Un patient est soigné tout au long de l'année dans le cabinet de groupe par plusieurs médecins du même service spécialisé. Des prestations en l'absence du patient sont régulièrement fournies.

- ➔ **Les limitations pour les prestations en l'absence du patient s'appliquent sur une base continue à l'ensemble des médecins du service spécialisé, indépendamment du diagnostic.**



Clarification 18 relative aux traitements pressants et urgents dans la pratique privée

[Le contenu de la clarification 18 est en révision]



