

Frequently Asked Questions - FAQ

TARMED – Modifications au 1^{er} janvier 2018

Etat: 23 janvier 2018

1. Où trouver le navigateur TARMED valable depuis le 1^{er} janvier 2018?
2. La nouvelle ordonnance est-elle aussi valable pour l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité?
3. Comment obtenir la nouvelle version du TARMED pour le logiciel de mon cabinet?
Où télécharger la nouvelle banque de données?
4. Est-on obligé d'installer une nouvelle version du TARMED?
5. Quelles sont les répercussions de l'ordonnance sur la structure tarifaire TARMED?
6. Que signifie «besoin accru en soins»?
7. Je suis détenteur du titre postgrade de médecin praticien: qu'est-ce qui change pour moi à partir du 1^{er} janvier 2018?
8. Avec quelle valeur du point tarifaire pourrais-je facturer à partir du 1^{er} janvier 2018?
9. Que faire en cas de réclamation de la part du patient concernant une facture?

Veuillez cliquer directement sur la question souhaitée pour consulter la réponse.

1. Où trouver le navigateur TARMED valable depuis le 1^{er} janvier 2018?

Le navigateur tarifaire 01.09.00_BR LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 pour le domaine LAMal et le navigateur tarifaire 01.08.00_BR en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 pour les domaines LAA, LAM, LAI sont publiés sur [le site internet de la FMH](#). Pour les domaines LAA, LAM, LAI, c'est l'ancienne version 01.08.00_BR du tarif qui reste en vigueur entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2018.

Version tarifaire	Assurance sociale	Validité
01.09.00_BR_LAMal	LAMal	A partir du 01.01.2018
01.08.00_BR	LAA, LAI, LAM	Du 01.01.2018 au 31.03.2018

2. La nouvelle ordonnance est-elle aussi valable pour l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité?

L'intervention tarifaire s'effectue par le biais d'une ordonnance élaborée par le Conseil fédéral qui ne concerne que la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le Conseil fédéral ne peut donc ordonner le tarif que pour la LAMal.

L'association des assureurs pour l'assurance-accidents (LAA), l'assurance-invalidité (LAI) et l'assurance militaire (LAM), la CTM, est libre de décider si elle souhaite ou non accepter l'intervention tarifaire et l'appliquer.

La CTM a décidé d'appliquer la version du tarif TARMED 01.08.00_BR pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2018 pour les domaines LAA, LAM et LAI avec une valeur du point pour les cabinets médicaux de 0.92.

Les travaux et les négociations sont actuellement en cours entre les partenaires tarifaires CTM, H+ et la FMH en vue d'un tarif pour les domaines LAA, LAM, LAI à partir du 1^{er} avril 2018.

3. Comment obtenir la nouvelle version du TARMED pour le logiciel de mon cabinet? Où télécharger la nouvelle banque de données?

Le nouveau tarif 01.09.00_BR LAMal, les documents supplémentaires et la banque de données Access sont publiés sur [le site de la FMH](#). Si ce n'est pas vous qui mettez à jour votre logiciel, veuillez vous adresser à votre fournisseur de logiciel.

4. Est-on obligé d'installer une nouvelle version du TARMED?

L'ordonnance du Conseil fédéral et les modifications dans la structure tarifaire TARMED concernent tous les médecins, médecins de famille et spécialistes, étant donné que la quasi-totalité des positions tarifaires ont subi des modifications. Une installation de la nouvelle version du TARMED est donc indispensable. Pour connaître les détails techniques de la nouvelle version du TARMED et son installation, veuillez vous adresser à votre fournisseur de logiciel.

5. Quelles sont les répercussions de l'ordonnance sur la structure tarifaire TARMED?

Facteur de valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations

Les «valeurs intrinsèques quantitatives» sont uniformisées. Un **facteur de valeur intrinsèque uniforme de 0,985** est attribué à toutes les valeurs intrinsèques. Les points tarifaires pour la «prestation médicale» (PM) avec la valeur intrinsèque quantitative FMH5 (p. ex. consultation de base ou bilan de santé chez les enfants) augmentent (facteur initial = 0,905), les points tarifaires de la «prestation médicale» pour les prestations avec une «valeur intrinsèque quantitative» plus élevée sont réduits. A l'origine, les facteurs de valeur intrinsèque étaient définis comme suit: FMH6 = 1,0436; FMH7 = 1,086; FMH8 = 1,3046; FMH9 = 1,4785; FMH10 – 12 = 2,2625.

Facteur de valeur intrinsèque	Jusqu'au 31.12.2017	A partir du 01.01.2018
FMH5	0.9050	0.9850
FMH6	1.0436	0.9850
FMH7	1.0860	0.9850
FMH8	1.3046	0.9850
FMH9	1.4785	0.9850
FMH10	2.2625	0.9850
FMH11	2.2625	0.9850
FMH12	2.2625	0.9850

Attention! Pour le **médecin praticien**, la «prestation médicale» (PM) est réduite davantage. La PM déjà corrigée pour toutes les positions tarifaires est revue à la baisse au **facteur 0,93**. Cela vaut pour toutes les prestations du domaine PM que les médecins praticiens facturent (y compris pour les positions de droits acquis).

Augmentation de la «productivité médicale» dans les unités fonctionnelles opératoires

Les productivités dans les unités fonctionnelles opératoires sont modifiées comme suit:

Unité fonctionnelle	Productivité jusqu'au 31.12.2017	Productivité à partir du 01.01.2018	Modification	Positions tarifaires concernées
0045 OPI	45%	55%	+ 10%	1'489
0049 OPII	50%	60%	+ 10%	990
0050 OPIII	55%	65%	+ 10%	47

Abaissement du taux de coûts dans certaines unités fonctionnelles

Les taux de coûts des prestations techniques (PT) sont abaissés de 10% pour les unités fonctionnelles présentant des investissements de plus 750'000 francs pour installations, équipements et appareils. Cela concerne les unités fonctionnelles suivantes:

- 0045 Salle d'opération de cabinet médical
- 0049 OP I
- 0050 OP II
- 0051 OP III
- 0062 Laboratoire d'électrophysiologie/espace cathétérisme
- 0080 Salle d'endoscopie urologique
- 0081 Diagnostic fonctionnel urologique
- 0082 Lithotritie extracorporelle
- 0122 Oxygénothérapie hyperbare
- 0188 Cathétérisme cardiaque et radiologie interventionnelle en cardiologie
- 0190 Caméra gamma
- 0191 Médecine nucléaire, diagnostic II (TEP)
- 0210 Radiothérapie à haute énergie
- 0211 Simulateur
- 0213 Curiethérapie
- 0223 Laboratoire d'histologie spécialisée
- 0402 Radiochirurgie/radiothérapie
- 0420 Irradiation corporelle totale
- 0422 Hyperthermie profonde
- 0600 Interventions sous surveillance CT

- 0900 Interventions sous surveillance IRM
- 5004 Salle de radiologie III
- 5006 Angiographie/radiologie interventionnelle non cardiaque
- 5007 Tomodensitométrie (CT)
- 5008 Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Suppression des minutages de la « prestation au sens restreint » pour les examens par CT et IRM

Les minutages pour les « prestations médicales » au sens restreint pour les examens par CT et IRM sont réduits à zéro.

Cela concerne les prestations suivantes dans le CT:

- 39.4010 + Supplément pour chaque série supplémentaire CT
- 39.4020 CT du neurocrâne
- 39.4030 CT des os de la face, cavités sinusales, maxillaire, mandibule, dents, articulations temporo-mandibulaires et base du crâne
- 39.4040 CT dentaire, par mâchoire
- 39.4050 CT du cou
- 39.4060 CT de l'ensemble du thorax et/ou des articulations sterno-claviculaires
- 39.4070 CT de l'abdomen supérieur
- 39.4080 CT de l'ensemble de l'abdomen
- 39.4090 CT du bassin et/ou des articulations sacro-iliaques
- 39.4100 CT de la colonne vertébrale
- 39.4110 CT de l'articulation de l'épaule et/ou du bras
- 39.4120 CT de l'avant-bras et/ou du coude
- 39.4130 CT du poignet et/ou de la main
- 39.4140 CT de la hanche et/ou de la cuisse
- 39.4150 CT du genou et/ou de la jambe
- 39.4160 CT du pied/des pieds et/ou de la cheville/des chevilles
- 39.4170 CT Angiographie de tous les vaisseaux
- 39.4200 Intervention diagnostique et/ou thérapeutique guidée par CT
- 39.4210 + Supplément pour embolisation ou vertébroplastie guidée par CT
- 39.4220 + Supplément pour nucléotomie
- 39.4230 + Supplément pour intervention chirurgicale assistée par CT au niveau du système nerveux central ou des os de la face

Cela concerne les prestations suivantes dans l'IRM:

- 39.5010 + Supplément pour chaque série IRM supplémentaire
- 39.5020 Angiographie IRM de tous les vaisseaux
- 39.5030 Spectroscopie IRM
- 39.5040 IRM du corps entier à la recherche de métastases, comme prestation d'imagerie exclusive
- 39.5050 IRM du neurocrâne, vue d'ensemble
- 39.5060 IRM de la colonne vertébrale, vue d'ensemble et/ou partielle
- 39.5070 IRM des os de la face, cavités sinusales
- 39.5080 IRM du cou
- 39.5090 IRM du thorax
- 39.5100 IRM du cœur
- 39.5110 IRM de l'abdomen, bassin
- 39.5120 Défécographie IRM, comme prestation d'imagerie exclusive
- 39.5130 IRM mammaire(s)
- 39.5140 IRM de articulation de l'épaule et/ou du bras

- 39.5150 IRM de l'articulation du coude et/ou de l'avant-bras
- 39.5160 IRM du poignet et/ou de la main
- 39.5170 IRM de la hanche et/ou de la cuisse
- 39.5180 IRM du genou et/ou de la jambe
- 39.5190 IRM du pied et/ou de la cheville, des articulations du pied, y compris le tendon d'Achille
- 39.5200 Intervention diagnostique et/ou thérapeutique guidée par IRM
- 39.5210 + Supplément pour embolisation ou vertébroplastie guidée par IRM
- 39.5220 + Supplément pour nucléotomie
- 39.5230 + Supplément pour intervention chirurgicale guidée par IRM au niveau du système nerveux central ou des os de la face

Adaptation du minutage pour la rédaction du rapport lors d'examens par CT ou IRM

Les minutages affectés aux rapports et résultats d'examens sont uniformisés et fixés à 20 minutes pour tous les examens par CT, et à 25 minutes pour tous les examens par IRM. Cela concerne les mêmes positions que celles mentionnées plus haut, sauf les positions pour les deuxièmes séries et les positions additionnelles.

En contrepartie, une position tarifaire distincte est introduite pour les prestations médicales au sens restreint au cas où le médecin spécialiste en radiologie doit être présent pendant un certain temps lors d'un examen par CT ou IRM. Ces positions tarifaires ont été tarifées comme prestation à l'acte avec une prestation au sens restreint de 5 minutes.

- 39.4015 + Prestation médicale en cas de suivi personnalisé de l'examen CT par le spécialiste en radiologie
- 39.5015 + Prestation médicale en cas de suivi personnalisé de l'examen IRM par le spécialiste en radiologie

Réduction du minutage pour certaines positions tarifaires

Les minutages de la prestation au sens restreint sont réduits pour les prestations suivantes:

- Opération de la cataracte (08.2760, 08.2780, 08.2820)
- Biopsie du corps vitré (et/ou injection intravitréenne) (08.3350)
- ECG d'effort et ECG Holter (17.0090, 17.0150)
- Coloscopie (19.1010, 19.1100, 19.1120, 19.1130, 19.1200, 19.1210, 19.1310, 19.1330, 19.1340, 19.1480, 19.1490, 19.1500)
- Radiothérapie stéréotaxique (32.0610, 32.0615)

Modification de la prestation à l'acte «examen par le spécialiste» en prestation au temps

Les prestations à l'acte intitulées «examen par le spécialiste...» sont transformées en prestations au temps. Elles seront facturées par périodes de 5 minutes. Cela concerne les positions tarifaires suivantes qui sont remplacées par de **nouvelles positions tarifaires** (prestation au temps, par 5 minutes):

Ancienne position	Nouvelle position	Limitation
00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours	00.0415 Petit examen par le spécialiste de premier recours, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	<= 3 fois par séance <= 6 fois par 3 mois
	00.0416 Petit examen par le spécialiste de premier recours pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-dessus de 75 ans, par période de 5 min	<= 6 fois par séance <= 12 fois par 3 mois
	00.0417 Petit examen par le spé-	<= 6 fois par

	cialiste de premier recours, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins, par période de 5 min	séance ≤ 12 fois par 3 mois
00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours	00.0425 Examen complet par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min	≤ 5 fois par séance ≤ 10 fois par 3 mois
00.0430 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation	00.0435 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	≤ 3 fois par séance ≤ 6 fois par 3 mois
	00.0436 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-dessus de 75 ans, par période de 5 min	≤ 6 fois par séance ≤ 12 fois par 3 mois
	00.0437 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins, par période de 5 min	≤ 6 fois par séance ≤ 12 fois par 3 mois
00.0440 Examen rhumatologique complet par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation	00.0445 Examen rhumatologique complet par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, par période de 5 min	≤ 5 fois par séance ≤ 10 fois par 6 mois
03.0010 Examen de l'enfant ou de l'adolescent jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie	03.0015 Examen de l'enfant ou de l'adolescent jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie, par période de 5 min	≤ 5 fois par séance ≤ 10 fois par 6 mois
04.0010 Examen par le spécialiste en dermatologie	04.0015 Examen par le spécialiste en dermatologie, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	≤ 3 fois par séance ≤ 6 fois par 3 mois
	04.0016 Examen par le spécialiste en dermatologie pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-dessus de 75 ans, par période de 5 min	≤ 6 fois par séance ≤ 12 fois par 3 mois
	04.0017 Examen par le spécialiste en dermatologie, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans nécessitant plus de soins, par période de 5 min	≤ 6 fois par séance ≤ 12 fois par 3 mois
07.0010 Examen par le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale	07.0015 Examen par le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, par	≤ 3 fois par 3 mois

	période de 5 min	
09.0010 Examen par le spécialiste en ORL	09.0015 Examen par le spécialiste en ORL, par période de 5 min	<= 3 fois par 3 mois
22.0010 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique	22.0015 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique, par période de 5 min.	<= 4 fois par séance <= 8 fois par 6 mois
24.0010 Examen par le spécialiste en orthopédie ou chirurgie	24.0015 Examen par le spécialiste en orthopédie ou chirurgie, par période de 5 min	<= 3 fois par 3 mois

Les raisons justifiant le besoin accru en soins doivent figurer dans le dossier du patient. Le besoin accru en soins d'un patient est à justifier seulement sur demande auprès de l'assureur.

Le besoin accru en soins n'a pas été défini de manière exhaustive par le Conseil fédéral (pas d'indication concernant les pathologies ni les diagnostics) et l'application relève de l'appréciation du médecin.

Différenciation pour les «prestations en l'absence du patient»

La position tarifaire 00.0140 «Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min» est supprimée et remplacée par les nouvelles positions tarifaires suivantes:

Nouvelle prestation en l'absence du patient avec la limitation cumulative de max. 30 x par 3 mois	< 6 ans > 75 ans avec la limitation cumulative de max. 60 x par 3 mois	Exception: besoin accru en soins avec la limitation cumulative de max. 60 x par 3 mois
00.0141 Etude de dossier, en l'absence du patient, par période de 1 min	00.0131	00.0161
00.0142 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min	00.0132	00.0162
00.0143 Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, par période de 1 min	00.0133	00.0163
00.0144 Discussions avec des thérapeutes et des soignants, en l'absence du patient, par période de 1 min	00.0134	00.0164
00.0145 Envoi chez un médecin consultant, en l'absence du patient, par période de 1 min	00.0135	00.0165
00.0146 Etablissement d'ordonnances ou prescriptions en dehors des consulta-	00.0136	00.0166

tions, visites et consultations téléphoniques, en l'absence du patient, par période de 1 min

00.0147 Prestations diagnostiques d'instituts de pathologie, d'histologie ou de cytologie, en l'absence du patient, par période de 1 min.	00.0137	00.0167
00.0148 Tumorboard en l'absence du patient, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 1 min	00.0138	00.0168

Veillez noter que les limitations s'appliquent à toutes les positions tarifaires mentionnées ci-dessus.

La position tarifaire 02.0070 «Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min» est supprimée et remplacée par les nouvelles positions tarifaires suivantes:

Nouvelles prestations en l'absence du patient (spécialiste en psychiatrie)

02.0071 Etude de dossier, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

02.0072 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

02.0073 Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

02.0074 Discussions avec des thérapeutes et des soignants, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

02.0075 Envoi chez un médecin consultant, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

02.0076 Etablissement d'ordonnances ou prescriptions en dehors des consultations, visites et consultations téléphoniques, en l'absence du patient, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 1 min

Ces nouvelles positions différenciées pour les prestations médicales en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie sont limitées à 180 fois par période de 3 mois au total.

La position tarifaire 02.0260 «Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 5 min» est supprimée et remplacée par les nouvelles positions tarifaires suivantes:

Nouvelles prestations en l'absence du patient (psychothérapie déléguée)

02.0261 Etude de dossier, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

02.0262 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

02.0263 Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

02.0264 Discussions avec des thérapeutes et des soignants en dehors des relations ha-

bituelles, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

02.0265 Interprétation de tests, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

02.0266 Rédaction de rapports exhaustifs, sauf si rémunérés ailleurs, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

Ces nouvelles positions différenciées pour les prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué au cabinet médical sont limitées à 240 fois par période de 6 mois au total.

Application des restrictions également aux spécialistes facturant par voie électronique

La mention «Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique», qui apparaît actuellement pour les positions tarifaires suivantes, est supprimée. Cette mesure concerne les positions tarifaires suivantes:

> 6 ans et < 75 ans	> 6 ans > 75 ans	Besoin accru en soins
00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation) <= 2 fois par séance	00.0025 <= 4 fois par séance	00.0026 <= 4 fois par séance
00.0050 Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min	00.0055 <= 12 fois par cas	00.0056 <= 12 fois par cas
00.0070 + Visite, par période de 5 min en plus (supplément de visite) <= 3 fois par séance	00.0075 <= 6 fois par séance	00.0076 <= 6 fois par séance
00.0120 + Consultation téléphonique par le spécialiste, par période de 5 min en plus <= 2 fois par séance	00.0125 <= 4 fois par séance	00.0126 <= 4 fois par séance
00.0510 Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min	00.0515 <= 12 fois par 3 mois	00.0516 <= 12 fois par 3 mois
00.0530 Consultation génétique et/ou prénatale par le spécialiste, par période de 5 min <= 9 mois par an	00.0535 <= 18 fois par an	00.0536 <= 18 fois par an
00.0610 Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min <= 6 fois par 3 mois	00.0615 6 fois par séance <= 12 fois par 3 mois	00.0616 6 fois par séance <= 12 fois par 3 mois
00.1370 Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical, par période de 15 min <= 4 fois par séance	00.1375 <= 8 fois par séance	00.1376 <= 8 fois par séance
00.1890 + Consultation de médecine complémentaire par téléphone, par le spécialiste, par période de 5 min	00.1895 <= 4 fois par séance	00.1896 <= 4 fois par séance
02.0060 Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min <= 4 fois par séance	02.0065 <= 8 fois par séance	02.0066 <= 8 fois par séance
02.0150 Consultation téléphonique par le psychologue ou le psychothérapeute traitant, par période de 5 min <= 4 fois	02.0155 <= 8 fois par séance	02.0156 <= 8 fois par séance

[Retour à l'aperçu](#)

par séance		
22.0030 Consultation gynécologique spéciale par le spécialiste, par période de 5 min <= 6 fois par an	-	22.0035 <= 12 fois par an
22.0040 Consultation de stérilité pour la femme par le spécialiste en gynécologie, par période de 5 min <= 4 fois par séance	-	22.0045 <= 8 fois par séance, 32 fois par cas

Les raisons justifiant le besoin accru en soins doivent figurer dans le dossier du patient. Le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur.

Pour que les spécialistes en psychiatrie puissent accorder suffisamment de temps aux patients dans les situations de crise, l'interprétation de la position tarifaire 02.0080 Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min est complétée avec la remarque suivante: «Peut aussi être facturé en cas d'intervention psychiatrique de crise par téléphone.» Cette position tarifaire n'est pas limitée.

Précision de l'interprétation des suppléments en cas d'urgence

Les médecins et les institutions visées à l'art. 36a LAMal peuvent continuer de facturer les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence.

Les critères d'urgence applicables jusqu'ici pour l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence A (lu-ve 7-19, sa 7-12) sont complétées d'un point. Le nouveau critère ajouté est que, lors d'un contact direct entre médecin et patient, l'indemnité est applicable pour chaque patient qui présente ou pour lequel il n'est pas exclu qu'il présente un trouble des fonctions vitales. Elle est aussi applicable en cas de maladie aiguë, de traumatisme ou d'intoxication qui provoque ou qui peut provoquer la lésion d'un ou plusieurs organes. Dans le domaine de la psychiatrie, on partira du principe qu'il s'agit d'une urgence en cas d'état d'excitation, de mise en danger de soi-même ou d'autrui, de troubles de la conscience ou d'états stuporeux catatoniques. Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (p. ex. téléphone), les critères actuels restent applicables.

Pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence B et C (lu-di 19-22, sa 12-19, di 7-19 et lu-di 22-7), les critères d'urgence sont complétés de sorte que, lors d'un contact direct entre médecin et patient, le traitement immédiat doit être jugé médicalement nécessaire par le spécialiste. Lorsqu'il n'y a pas contact direct entre médecin et patient (p. ex. téléphone), les critères actuels restent applicables, c.-à-d. que le traitement immédiat est médicalement nécessaire et/ou jugé manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers. En plus, la fenêtre temporelle pour les indemnités forfaitaires de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F (lu-ve 19-22, sa 12-19, et di 7-19) est étendue aussi à samedi avant-midi (7-12).

Adaptations de l'interprétation en cas de ponction et prise de sang par du personnel non médical (00.0715 et 00.0716)

Dans l'interprétation des positions tarifaires 00.0715 (ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation, par du personnel non médical) et 00.0716 (prise de sang capillaire, toute localisation, par du personnel non médical), la limitation selon laquelle celles-ci ne peuvent être pratiquées que par le personnel du laboratoire de cabinet médical dans le cadre du diagnostic en présence du patient est supprimée. La prise de sang par du personnel non médical peut aussi être facturée si l'analyse s'effectue dans un laboratoire extérieur et pas au cabinet médical.

Précision de l'interprétation de la position tarifaire « Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min » et tarification dans l'unité fonctionnelle salle de consultation

La prestation est désormais tarifée dans l'unité fonctionnelle salle de consultation (0001) et non plus dans l'unité fonctionnelle salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours (0022). De plus, l'interprétation est précisée.

Suppression du supplément de 10% sur le matériel à usage courant et sur les implants

Attention! Le supplément de 10% sur le prix coûtant du matériel à usage courant et des implants est supprimé.

Suppression de positions tarifaires pour les prestations hospitalières et pour les prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire, ainsi que de tous les renvois à la loi

Les chapitres suivants sont supprimés:

- 00.01.02 Prise en charge du patient hospitalisé
- 00.01.02.01 Prise en charge du patient hospitalisé, par le spécialiste ne facturant pas par voie électronique
- 00.01.02.02 Prise en charge du patient hospitalisé, par le spécialiste facturant par voie électronique
- 34.01.02 Prestations non médicales, service de soins intensifs reconnus
- 34.01.03 Prestations non médicales, soins intensifs de néonatalogie
- 34.01.04 Prestations non médicales, soins intensifs pour brûlés
- 34.03 Soins intermédiaires
- 35.02 Salle de réveil
- 38 Prophylaxie des maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA)

Les prestations de base techniques pour les patients stationnaires et/ou sous narcose dans les chapitres suivants sont supprimées:

- 17.05. Prestations de base techniques pour cœur et vaisseaux (2 positions tarifaires)
- 31.07. Prestations de base techniques de médecine nucléaire (6 positions tarifaires)
- 32.09. Radio-oncologie, radiothérapie: prestations de base techniques 14 positions tarifaires
- 39 Imagerie médicale 16 positions tarifaires

Dans le chapitre 39 Imagerie médicale, les positions tarifaires pour la consultation de base/unité d'exploitation radiologie LAA, LAM, LAI, 39.0011, 39.0016 et 39.0021 sont supprimées.

Dans le chapitre 17 Cardiologie, les positions 17.0920 et 17.1120 (suppléments pour assistance médicale lors de cathétérisme cardiaque à but diagnostic) sont supprimées.

Les positions pour le rapport médical à l'AI (00.2230 et 00.2240) ainsi que le supplément pour expertises médicales express (00.2315) sont supprimées.

Par ailleurs, il est procédé à des adaptations textuelles dans de nombreuses interprétations générales, interprétations de chapitre et interprétations médicales, par exemple dans l'interprétation générale 8 concernant la séance.

- Ancienne interprétation: Les séances manquées ne peuvent pas être portées à la charge des assurances sociales.
- Nouvelle interprétation: Les séances manquées ne peuvent pas être portées à la charge de l'assurance-maladie sociale.

Modifications dans les groupes de prestations

Le groupe de prestations GP-12 «Prise en charge du patient hospitalisé» est supprimé. Les nouveaux groupes de prestations suivants sont créés:

- GP-04 Prestations médicales en l'absence du patient
- GP-05 Prestations médicales en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie
- GP-08 Prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute traitant
- GP-09 Prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué

Aucune modification dans les valeurs intrinsèques qualitatives

Le Conseil fédéral ne prévoit aucune modification concernant les valeurs intrinsèques qualitatives. Ces dernières restent valables en 2018 pour autant qu'elles soient régulièrement (tous les 3 ans) validées par un diplôme de formation continue.

Même tarification de la phytothérapie que les autres médecines complémentaires

Les positions tarifaires de la phytothérapie sont modifiées comme suit:

00.1870 Phytothérapie, consultation par le spécialiste, première période de 5 min	Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie	Interprétation: médicaments à base de plantes selon la LS et la LMT. Max. 180 min par 6 mois (y compris 00.1871 et 00.1872). Cette position tarifaire fait partie du groupe de prestations GP-03. Quantité: 1 fois par séance. Fait partie du groupe de prestations GP-03.
Nouveau: 00 00.1871 + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, par période de 5 min en plus	Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie	Quantité: max. 34 fois par 6 mois. Fait partie du groupe de prestations LG-03.
Nouveau: + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, dernière période de 5 min	Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie	Quantité: max. 1 fois par séance. Fait partie du groupe

De plus, les positions tarifaires 00.1880, 00.1890, 00.1900 «Consultation de médecine complémentaire par téléphone» sont complétées par l'ajout de la valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie.

6. Que signifie «besoin accru en soins»?

Les raisons justifiant le besoin accru en soins doivent figurer dans le dossier du patient. Le besoin accru en soins d'un patient est à justifier seulement sur demande auprès de l'assureur.

Le besoin accru en soins n'a pas été défini de manière exhaustive par le Conseil fédéral (pas d'indication concernant les pathologies ni les diagnostics) et l'application relève de l'appréciation du médecin.

7. Je suis détenteur du titre postgrade de médecin praticien: qu'est-ce qui change pour moi à partir du 1^{er} janvier 2018?

Pour le **médecin praticien**, la «prestation médicale» (PM) est réduite davantage. La PM déjà corrigée pour toutes les positions tarifaires est revue à la baisse au facteur 0.93. Cela vaut pour toutes les prestations du domaine PM que les médecins praticiens facturent (y compris pour les positions de droits acquis).

Si vous avez des positions tarifaires dans les droits acquis, vous pouvez continuer à les facturer avec le facteur 0.93 pour la prestation médicale. Veuillez noter que les positions de droits acquis doivent régulièrement (tous les 3 ans) être validées par un diplôme de formation continue.

8. Avec quelle valeur du point tarifaire pourrais-je facturer à partir du 1^{er} janvier 2018?

La valeur du point tarifaire valable dès 2018 vous sera communiquée à temps par la société cantonale de médecine. Vous pouvez consulter les valeurs actuellement en vigueur en suivant [ce lien de NewIndex SA](#).

9. Que faire en cas de réclamation de la part du patient concernant une facture?

En règle générale, adressez-vous dans un premier temps au patient. Il s'agit souvent de malentendus qui peuvent être clarifiés en discutant avec lui. Si vous ne parvenez pas à vous entendre, le patient a la possibilité de s'adresser à son assurance ou à une organisation de défense des patients.

En cas de litige tarifaire impliquant également le fournisseur de prestations, le patient peut soit s'adresser au tribunal des assurances de son canton, soit, dans le système du tiers garant, exiger de son assureur qu'il lance une procédure contre le fournisseur de prestations devant le tribunal arbitral.

Si le patient s'adresse au tribunal des assurances, il doit dans un premier temps demander à sa caisse-maladie une décision pouvant faire l'objet d'une opposition et signifier son opposition à son assureur. Il pourra ensuite recourir contre cette décision de l'assureur auprès du tribunal cantonal des assurances. Le Tribunal fédéral est compétent en dernière instance.

Il est recommandé au médecin de s'adresser à sa société de discipline ou à la société cantonale de médecine, voire directement à nous: division Tarifs et conventions pour la médecine ambulatoire en Suisse tarife.ambulant@fmh.ch.