

Frequently Asked Questions - FAQ

TARMED – Modifications pour le 1^{er} janvier 2018

Etat: 16. novembre 2017

1. Où trouver le navigateur TARMED valable à partir du 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. Comment et quand le logiciel de mon cabinet sera-t-il mis à jour et est-ce encore possible avant le 1^{er} janvier 2018?
7. J'ai entendu dire que la valeur du point tarifaire cantonal en vigueur a été résiliée? Quelle est la marche à suivre? Avec quelle valeur du point tarifaire pourrais-je facturer à partir du 1^{er} janvier 2018?
8. Que faire en cas de réclamation de la part du patient concernant une facture?
9. Dois-je avoir facturé toutes mes prestations d'ici fin décembre 2017?

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

1. Où trouver le navigateur TARMED valable à partir du 1^{er} janvier 2018?

Le navigateur tarifaire 01.09.00_BR en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018 pour le domaine LAMal et le navigateur tarifaire 01.08.00_BR en vigueur à partir du 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 la version 01.08.00_BR du tarif qui sera appliquée entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 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 accepter l'intervention tarifaire et l'appliquer ou pas.

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 avec une valeur du point pour les cabinets médicaux de 00.92.

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, 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 du 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 la valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations

Les «valeurs intrinsèques quantitatives» sont uniformisées. Un **facteur de la 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 la valeur intrinsèque étaient définis comme suit: FMH6 = 1,0436; FMH7 = 1,086; FMH8 = 1,3046; FMH9 = 1,4785; FMH10 – 12 = 2,2625.

Les valeurs intrinsèques quantitatives valables jusqu'ici pour chaque position tarifaire (FMH5-12) figurent encore dans le catalogue des prestations publié par le Conseil fédéral. Mais le facteur uniforme de 0,985 est attribué à toutes les positions.

Pour le **médecin praticien**, la «prestation médicale» est réduite davantage. La PM déjà corrigée pour toutes les positions tarifaires subit une correction vers le bas du **facteur 0,93**.

Augmentation de la « productivité du médecin » dans les unités fonctionnelles opératoires

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

- 0045 OP I: augmentation de 45% à 55% (1'489 positions tarifaires concernées)
- 0049 OP II: augmentation de 50% à 60% (990 positions tarifaires concernées)
- 0050 OP III: augmentation de 55% à 65% (47 positions tarifaires concernées)

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. 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. Cette position tarifaire a été tarifée comme prestation à l'acte avec une prestation au sens restreint de 5 minutes.

Le minutage pour les résultats d'examens et le rapport est fixé 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 pour suppléments.

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):

- 00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours (15 min) est remplacée par 00.0415 Petit examen par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min. Elle est limitée à **6 fois par période de 3 mois et à 3 fois par séance.**
- 00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours (25 min) est remplacée par 00.0425 Examen complet par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min. Elle est limitée à **10 fois par période de 3 mois et à 5 fois par séance.**
- 00.0430 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation (14 min) est remplacé par 00.0435 Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, par période de 5 min. Elle est limitée à **6 fois par période de 3 mois et 3 fois par séance.**
- 00.0440 Examen rhumatologique complet par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation (25 min) est remplacée par 00.0445 Examen rhumatologique complet par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, par période de 5 min. Elle est limitée à **10 fois par période de 6 mois et 5 fois par séance.**
- 03.0010 Examen de l'enfant ou de l'adolescent jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie (25 min) est remplacée par 03.0015 Examen de l'enfant ou de l'adolescent jusqu'à 18 ans par le spécialiste en pédiatrie, par période de 5 min. Elle est limitée à **10 fois par période de 6 mois et 5 fois par séance.**
 - 04.0010 Examen par le spécialiste en dermatologie (12 min) est remplacée par 04.0015 Examen par le spécialiste en dermatologie, par période de 5 min. Elle est limitée à **6 fois par période de 3 mois et à 3 fois par séance.**
 - 07.0010 Examen par le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale (14 min) est remplacée par 07.0015 Examen par le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, par période de 5 min. Elle est limitée à **3 fois par période de 3 mois et à 3 fois par séance.**
 - 09.0010 Examen par le spécialiste en ORL (15 min) est remplacée par 09.0015 Examen par le spécialiste en ORL, par période de 5 min. Elle est limitée à **3 fois par 3 mois et à 3 fois par séance.**
 - 22.0010 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique (20 min) est remplacée par 22.0015 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique, par période de 5 min. Elle est limitée à **8 fois par période de 6 mois et à 4 fois par séance.**
 - 24.0010 Examen par le spécialiste en orthopédie ou chirurgie (14 min) est remplacée par 24.0015 Examen par le spécialiste en orthopédie ou chirurgie, par période de 5 min. Elle est limitée à **3 fois par période de 3 mois et à 3 fois par séance.**

De plus, des positions séparées ont été créées au niveau des positions tarifaires 00.00410 (--> 00.0415), 00.00430 (--> 00.0435) et 04.00010 (--> 04.0015) pour les enfants < 6 ans et les personnes > 75 ans et pour les patients nécessitant plus de soins. Ces prestations sont limitées de manière plus

généreuse. Les raisons de la nécessité de plus de soins doivent apparaître dans le dossier du patient et la nécessité de plus de soins être motivée vis-à-vis de l'assureur.

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:

- 00.0141 Etude de dossier, en l'absence du patient, par période de 1 min
- 00.0142 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min
- 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
- 00.0144 Discussions avec des thérapeutes et des soignants, en l'absence du patient, par période de 1 min
- 00.0145 Envoi chez un médecin consultant, en l'absence du patient, par période de 1 min
- 00.0146 Etablissement d'ordonnances ou prescriptions en dehors des consultations, 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
- 00.0148 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

Les nouvelles positions différenciées pour les prestations en l'absence du patient sont globalement limitées à **30 fois par 3 mois (auparavant 12 fois à 5 min par période de 3 mois)**.

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:

- 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

Les nouvelles positions différenciées pour les prestations en l'absence du patient par le spécialiste en psychiatrie sont globalement limitées à **180 fois par période de 3 mois (auparavant 36 fois à 5 min par période de 3 mois)**.

La position tarifaire 02.0160 «Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 5 min» est supprimée et remplacée par les nouvelles positions tarifaires suivantes:

- 02.0161 Etude de dossier, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min
- 02.0162 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

- 02.0163 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
- 02.0164 Discussions avec des thérapeutes et des soignants en dehors des relations habituelles, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min
- 02.0165 Interprétation de tests, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min
- 02.0166 Rédaction de rapports exhaustifs, sauf si rémunérés ailleurs, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 1 min

Les nouvelles positions différenciées pour les prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute traitant en psychiatrie hospitalière sont globalement limitées à **240 fois par période de 6 mois (auparavant 48 fois par période de 6 mois)**.

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:

- 02.0261 Etude de dossier, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 1 min
- 02.0262 Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, 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 délégué, par période de 1 min
- 02.0264 Discussions avec des thérapeutes et des soignants, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 1 min
- 02.0265 Interprétation de tests, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 1 min
- 02.0266 Rédaction de rapports exhaustifs pour autant qu'il n'existe pas d'autre indemnisation, en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 1 min

Les nouvelles positions différenciées pour les prestations en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué dans le cadre du cabinet médical sont globalement limitées à **240 fois par période de 6 mois (auparavant 48 fois à 5 min par période de 6 mois)**.

Les limitations pour les enfants < 6 ans et les personnes > 75 ans restent inchangées (ne sont pas divisées par deux). Des positions séparées ont été créées pour les enfants < 6 ans et les personnes > 75 ans et pour les patients nécessitant plus de soins. Les raisons de la nécessité de plus de soins doivent apparaître dans le dossier du patient et la nécessité de plus de soins être motivée vis-à-vis de l'assureur. De plus, les limitations aujourd'hui consignées pour les positions tarifaires 02.0070 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min, 02.0160 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue/psychothérapeute traitant, par période de 5 min, 02.0260 Prestation en l'absence du patient, par le psychologue/psychothérapeute délégué, par période de 5 min, ne sont pas divisées par deux.

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 20 positions tarifaires, est supprimée. Cette mesure concerne les positions tarifaires suivantes:

- 00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)
Limitation à 2 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
Limitation à 6 fois par cas
- 00.0070 + Visite, par période de 5 min en plus (supplément de visite)
Limitation à 3 fois par séance
- 00.0120 + Consultation téléphonique par le spécialiste, par période de 5 min en plus
Limitation à 2 fois par séance
- **Nouvelle prestation** 00.0415 (anciennement 00.0410) Petit examen par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min
Limitation à 3 fois par séance et 6 fois par période de 3 mois
- **Nouvelle prestation** 00.0435 (anciennement 00.0430) Petit examen rhumatologique par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, par période de 5 min
Limitation à 3 fois par séance et 6 fois par période de 3 mois
- 00.0510 Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min
Limitation à 6 fois par période de 3 mois
- 00.0530 Consultation génétique et/ou prénatale par le spécialiste, par période de 5 min
Limitation à 9 fois par année
- 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
Limitation à 3 fois par séance et 6 fois par période de 3 mois
- 00.1370 Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical, par période de 15 min
Limitation à 4 fois par séance
- 00.1890 + Consultation de médecine complémentaire par téléphone, par le spécialiste, par période de 5 min en plus
Limitation à 2 fois par séance
- 02.0060 Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min
Limitation à 4 fois par séance
- 02.0150 Consultation téléphonique par le psychologue ou le psychothérapeute traitant, par période de 5 min
Limitation à 4 fois par séance
- 22.0030 Consultation gynécologique spéciale par le spécialiste, par période de 5 min
Limitation à 6 fois par année
- 22.0040 Consultation de stérilité pour la femme par le spécialiste en gynécologie, par période de 5 min
Limitation à 4 fois par séance et 16 fois par cas

Les limitations pour les enfants < 6 ans et les personnes > 75 ans sont doublées (comprendre le temps limité à 20 min peut être doublé à 40 min). Excepté 22.0030 et 22.0040. Les limitations pour les patients nécessitant plus de soins sont également doublées. Des positions séparées ont été créées pour les enfants < 6 ans et les personnes > 75 ans et pour les patients nécessitant plus de soins. Les raisons de la nécessité de plus de soins doivent apparaître dans le dossier du patient et la nécessité de plus de soins être motivée vis-à-vis de l'assureur.

Pour que les spécialistes en psychiatrie puissent accorder suffisamment de temps aux patients dans le cas de situations de crise, l'interprétation de la position tarifaire 02.0080 Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min est complétée de 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 (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 disant que 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 extérieure et pas dans le 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

Le supplément de 10% sur le prix coûtant du matériel à usage courant et sur les 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.

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 (position tarifaire adaptée)
Tarifiée comme la consultation de base 00.0010.

Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie

Interprétation: médicaments à base de plantes selon la LS et la LMT. Au maximum 180 min par période de 6 mois (y compris 00.1871 et 00.1872).

Cette position fait partie du groupe de prestations GP-03.

Quantité: 1 fois par séance.

- 00.1871 + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, par période de 5 min en plus (nouvelle position tarifaire)

Tarifiée comme 00.0020 (+ consultation, par période de 5 min en plus)

Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie

Quantité: au maximum 34 fois par 6 mois

Cette position fait partie du groupe de prestations GP-03.

- 00.1872 + Phytothérapie, consultation par le spécialiste, dernière période de 5 min (nouvelle position tarifaire)

Tarifiée comme 00.0030 (+ consultation, dernière période de 5 min)

Valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie

Quantité: 1 fois par séance

Cette position fait partie du groupe de prestations GP-03.

- 00.1880, 00.1890, 00.1900 «Consultation de médecine complémentaire par téléphone» (positions tarifaires adaptées)

Ajout de la valeur intrinsèque qualitative: AFC Phytothérapie

6. Comment et quand le logiciel de mon cabinet sera-t-il mis à jour et est-ce encore possible avant le 1^{er} janvier 2018?

La FMH a transmis l'ordonnance définitive et la banque de données aux fournisseurs de logiciels. Ces derniers devraient pouvoir procéder à la mise à jour des logiciels des cabinets médicaux dans les délais.

7. J'ai entendu dire que la valeur du point tarifaire cantonal en vigueur a été résiliée? Quelle est la marche à suivre? 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](#).

8. 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

9. Dois-je avoir facturé toutes mes prestations d'ici fin décembre 2017?

Non, votre logiciel devrait reprendre automatiquement les nouvelles positions tarifaires en vigueur et le nombre correct de points en fonction de la date. En cas de problème, veuillez vous adresser directement à votre fournisseur de logiciel.