



# Fiche d'information

---

Date :

18 octobre 2017

---

## Adaptation du tarif médical TARMED

### Contexte

La structure tarifaire TARMED repose principalement sur des données et des estimations datant des années 1990. Entre-temps, les partenaires tarifaires ont adapté certaines positions du TARMED et les ont soumises au Conseil fédéral pour approbation. Mais, depuis sa mise en vigueur, ils n'ont jamais procédé à une actualisation systématique et fondamentale de sa structure.

Sur le fond, tout le monde s'entend sur la nécessité d'une révision. Le principe de l'autonomie tarifaire prévoit qu'il revient en premier lieu aux partenaires tarifaires de s'entendre sur les tarifs dans des conventions. C'est pourquoi certains d'entre eux (FMH, H+ Les Hôpitaux de Suisse et, ultérieurement, Cufutura) travaillent depuis plusieurs années déjà sur une révision totale de la structure tarifaire TARMED.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en tant qu'office compétent, a toujours accompagné ce processus tout en attirant régulièrement l'attention des partenaires tarifaires sur les conditions-cadre pour l'approbation d'une structure tarifaire qui lui serait soumise conjointement. Dans son courrier du 2 juin 2015, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) leur a par ailleurs communiqué, sur mandat du Conseil fédéral, les conditions-cadre de la révision de la structure tarifaire TARMED. Or, contrairement à ce qu'ils avaient annoncé au DFI et à l'OFSP, les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à soumettre une structure tarifaire révisée à la fin juin 2016. Aussi le DFI a-t-il chargé l'OFSP d'élaborer une proposition pour adapter la structure puis de la soumettre au Conseil fédéral. Dans l'intervalle, cette proposition a été soumise au Conseil fédéral.

La modification d'ordonnance proposée vise, d'une part, à adapter la structure tarifaire pour les prestations médicales (TARMED), à savoir la version 1.08, en date du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ; et, d'autre part, à fixer la structure tarifaire adaptée comme structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires uniforme sur le plan suisse. Le Conseil fédéral a mis la modification d'ordonnance proposée en consultation du 22 mars au 21 juin 2017.

### Compétence subsidiaire du Conseil fédéral

Dans le cadre de la compétence d'approbation prévue à l'art. 46, al. 4, LAMal, le Conseil fédéral a invité à plusieurs reprises les partenaires tarifaires à effectuer une révision fondamentale du TARMED. À ce jour, cette exigence n'a pas été remplie. Par l'introduction de la compétence subsidiaire selon l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal, le Conseil fédéral peut procéder à l'adaptation des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation lorsque celles-ci ne sont plus appropriées et que les partenaires en question n'arrivent pas à s'entendre sur une révision.

#### Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)  
Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Dans l'interprétation de cette compétence subsidiaire, le Conseil fédéral se limite à réglementer ce qui est nécessaire pour assurer la pérennité d'une structure, ceci afin de tenir compte, dans toute la mesure du possible, de la priorité accordée à l'autonomie tarifaire.

Le 20 juin 2014, le Conseil fédéral a fait usage **pour la première fois** de la compétence subsidiaire conférée à l'art. 43, al. 5<sup>bis</sup>, LAMal : il a adopté l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5) et adapté la structure tarifaire pour le tarif à la prestation TARMED. L'ordonnance est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Cette adaptation visait à valoriser davantage les prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Les adaptations étaient construites de sorte à avoir une incidence neutre sur les coûts, conformément à l'art. 43, al. 6, en relation avec l'art. 46, al. 4, LAMal. Par cette ordonnance, le Conseil fédéral souhaitait également débloquer les négociations entre les partenaires tarifaires.

Force est de constater aujourd'hui que ces négociations sont toujours bloquées. Le Conseil fédéral doit faire **une deuxième fois** usage de sa compétence subsidiaire pour adapter la structure tarifaire TARMED. Il est contraint d'agir car, sinon, une lacune s'ouvrirait du fait qu'il n'y aurait plus de structure tarifaire commune entre les partenaires à partir de 2018.

### **Adaptations de TARMED au 1<sup>er</sup> janvier 2018**

Les adaptations actuellement proposées consistent surtout à rectifier des tarifs surévalués dans certains domaines du TARMED et à créer une structure tarifaire plus appropriée (le rapport entre les remboursements respectifs des différentes prestations doit être adéquat). De plus, il s'agit de contrecarrer les incitations créées par l'actuelle structure, qui amènent à facturer davantage de prestations ou à le faire de manière inappropriée pour certaines positions. Après la consultation, le Conseil a décidé, à la mi-août, de maintenir les adaptations du TARMED. Il a partiellement tenu compte des avis des participants à la consultation et adapté certaines mesures lorsque ces changements étaient justifiés. Le 18 octobre 2017, il a formellement adopté la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie.

Les adaptations de TARMED entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et devraient permettre de réaliser des économies annuelles de l'ordre de 470 millions de francs. Après leur entrée en vigueur, les effets et la mise en œuvre de ces adaptations seront examinés à l'aide d'un monitoring.

### **Groupe 1 : adaptations menant à la majoration ou à la réduction d'une ou de plusieurs positions tarifaires**

- Valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations

Initialement, la valeur intrinsèque comportait différents niveaux pour refléter la durée de formation post-grade, qui pouvait varier d'un spécialiste à l'autre. Chaque position tarifaire était assortie d'une valeur intrinsèque quantitative, elle-même associée à un facteur de la valeur intrinsèque. Désormais, la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales, LPMéd ; RS 811.11) prévoit une formation de 5 ou 6 ans pour tous les titres de spécialiste. Aussi n'est-il plus justifié d'opérer avec ces différents facteurs. Désormais, toutes les prestations sont associées à un facteur de la valeur intrinsèque unifié. Cette harmonisation mène à une évaluation uniforme des prestations médicales. Sur la base des réponses à la consultation, le facteur de la valeur intrinsèque uniforme a été recalculé et légèrement relevé.

- Augmentation de la productivité des unités fonctionnelles opératoires

La productivité des unités fonctionnelles opératoires se situe entre 45 et 55 %, taux particulièrement bas. Dans d'autres unités fonctionnelles, la productivité dépasse pratiquement partout les 70 %. Les présentes adaptations augmenteront la productivité des unités fonctionnelles opératoires pour les porter

#### **Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch  
www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

à un niveau plus économique, entre 55 et 65 %. Cette augmentation est légèrement plus faible que prévu, afin de tenir partiellement compte des objections soulevées dans le cadre de la consultation et aussi de contrebalancer l'effet du cumul d'autres mesures, notamment touchant la valeur intrinsèque et les minutages.

- Abaissement du taux de coûts dans certaines unités fonctionnelles

Les taux de coûts seront abaissés comme prévu de 10 % dans les unités fonctionnelles présentant des investissements de plus 750 000 francs pour installations, équipements et appareils. En effet, leur exploitation (temps brut d'exploitation) de 9 heures par jour ouvré, voire de 12 heures pour les IRM et les CT (tomodensitomètres), n'est pas considérée comme étant assez économique. De plus, les coûts de ces appareils ont en partie diminué depuis l'introduction du TARMED et leur amortissement sur six ans, notamment pour les IRM et les CT, est relativement bas. Outre ces raisons évidentes justifiant un abaissement du taux de coûts, les valeurs attribuées à d'autres paramètres dans le modèle tarifaire sont aussi sujettes à caution, d'autant que les bases de calcul n'ont jamais été intégralement exposées. La diminution prévue du taux de coûts se traduira par une réduction des prestations techniques dans certaines unités fonctionnelles. Au vu des réponses à la consultation, seuls les taux de coûts des locaux d'examen et de traitement (UBR) ne seront pas abaissés.

- Temps (minutage) pour les prestations au sens restreint d'examens par CT ou IRM

Au vu des réponses à la consultation, cette mesure est adaptée comme suit : plutôt que de supprimer totalement les minutages pour les prestations médicales au sens restreint, deux positions tarifaires distinctes (une pour les examens par CT et une pour les examens par IRM, prestation à l'acte) sont introduites. Il arrive que la présence d'un médecin spécialiste en radiologie soit indispensable pendant un certain temps lors d'un examen par CT ou IRM. Outre le minutage pour la rédaction du rapport (CT = 20 minutes ; IRM = 25 minutes), le radiologue pourra ainsi facturer – pour autant que sa présence ait été indispensable – ces nouvelles positions (5 minutes).

- Réduction du minutage pour certaines positions tarifaires

Le minutage de certaines prestations, au sens d'une valeur moyenne pour la fourniture de ces prestations, sera abaissé : opération de la cataracte, injection intravitréenne, ECG d'effort et Holter, coloscopie et radiothérapie stéréotaxique. Pour ces positions, le temps nécessaire au traitement s'est en effet nettement réduit depuis l'introduction du TARMED. En abaissant le minutage, la fourniture de la prestation est plus économique puisqu'il n'est pas possible de facturer d'autres prestations en même temps. Ces mesures sont maintenues quant au principe. En ce qui concerne l'abaissement des minutages pour l'opération de la cataracte, l'adaptation suivante a été apportée sur la base de la consultation : les minutages pour la préparation et le suivi sont fixés à 11 minutes au lieu de 3. Le minutage de la prestation au sens restreint, c.-à-d. la durée effective de l'opération de la cataracte, est maintenu à 22 minutes comme proposé. Le minutage de la prestation au sens restreint est aussi légèrement augmenté pour la coloscopie complète (passant de 20 à 25 minutes) et pour la coloscopie partielle (passant de 12 à 15 minutes).

- Transformation de la prestation à l'acte « examen par le spécialiste » en prestation en temps

Les prestations à l'acte intitulées « examen par le spécialiste... », soit 10 positions tarifaires, jusqu'ici assorties à un minutage prédéterminé, seront transformées en prestations en temps, facturables par périodes de 5 minutes. La raison en est, notamment, que l'examen n'est pas homogène et que la durée de traitement varie selon le patient et le fournisseur de prestations. Par conséquent, il est plus approprié de les transformer en prestations en temps, par périodes de 5 minutes. Pour les positions qui contenaient une énumération des parties de prestations au choix du fournisseur de prestations, ce dernier sera désormais tenu de mentionner les examens effectués dans le dossier du patient, à des fins de transparence. Cette mesure sera mise en œuvre comme proposé dans le cadre de la consultation.

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

## Groupe 2 : modifications portant sur des règles de facturation pour une ou plusieurs positions tarifaires

- 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, sera supprimée. La facturation des prestations sera ainsi plus économique. Les limitations temporelles qui aujourd'hui déjà sont prévues dans TARMED devraient en principe s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations. Cette mesure est maintenue quant au principe. Cependant, au vu des résultats de la consultation, les limitations sont assouplies pour certains groupes de patients, surtout les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chez qui l'expérience a montré que les besoins en soins sont plus importants. Pour d'autres patients – p. ex. les patients atteints de maladies cancéreuses complexes – la limitation peut être également doublée.

Par cette mesure, le décompte des positions pour la consultation de base est par exemple limité à 20 minutes pour tous les médecins. Cette limite est élevée à 30 minutes pour les enfants et les personnes âgées. Pour d'autres patients présentant des besoins en soins plus élevés, les fournisseurs de prestations peuvent également relever la limitation à 30 minutes, en le signalant, toutefois, dans le dossier du patient et en le motivant auprès de l'assureur. Outre cette position pour la consultation de base, les fournisseurs de prestations peuvent encore facturer d'autres positions, p. ex. pour l'examen, l'investigation et le conseil. On ne peut donc pas parler ici d'une limitation du décompte ou du traitement à 20 minutes.

- Accroissement de la transparence pour les prestations « en l'absence du patient »

Différentes adaptations limiteront la possibilité de porter en compte cette position tarifaire. En effet, toute prestation fournie en l'absence du patient (étude du dossier, obtention d'informations auprès de tiers) sera assortie d'une position tarifaire afin que chaque intervention du prestataire soit établie de manière claire et précise. L'extension de ces positions augmente la transparence ainsi que les possibilités de contrôle, en particulier pour les assurés. De plus, elle dissuade les prestataires de recourir inconsidérément à cette position tarifaire. Les limitations fixées à ce jour pour ces positions tarifaires seront réduites de moitié, de 60 à 30 minutes par 3 mois, pour contrer la forte augmentation du nombre de prestations facturées sur cette position ces dernières années. Cette mesure est maintenue quant au principe.

Cependant, au vu des résultats de la consultation, les limitations sont assouplies pour certains groupes de patients, surtout les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, chez qui l'expérience a montré que les besoins en soins sont plus importants. Pour ces patients, la limitation reste donc de 60 minutes par 3 mois. Pour d'autres patients – p. ex. les patients atteints de maladies cancéreuses complexes – la limitation peut également être doublée (à 60 min par 3 mois). Le fournisseur de prestations doit, toutefois, le signaler dans le dossier du patient et le motiver auprès de l'assureur. Les limitations des prestations en l'absence du patient pour le traitement de personnes atteintes de troubles psychiques restent au niveau initial, à savoir 180 min. par 3 mois respectivement 240 min. par 6 mois.

- Interprétation plus précise des suppléments d'urgence

Dans le projet mis en consultation, il était prévu que les positions concernant l'« indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » ne puissent plus être facturées par les établissements visés à l'art. 36a LAMal si leur offre est orientée explicitement sur les urgences et les consultations sans rendez-vous. Les réponses à la consultation ont montré qu'il est pratiquement impossible de faire la distinction entre les diverses offres. De plus, cette indemnité forfaitaire contribue dans certains cantons au financement des soins d'urgence ambulatoires. Cette mesure est adaptée comme suit : le nouveau critère applicable pour la facturation de cette indemnité forfaitaire en cas d'urgence durant la journée sera désormais la gravité du cas. L'indemnité forfaitaire ne pourra être facturée que si le patient présente ou qu'il n'est pas exclu qu'il présente un trouble des fonctions vitales ou une lésion d'un organe. 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

### Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

de soi-même ou d'autrui, ou de troubles de la conscience. Le complément apporté aux critères applicables à la notion d'urgence vise à garantir que l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence soit facturée de façon raisonnable.

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.



## Aperçu des adaptations en comparaison avec la version mise en consultation

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M1: Valeur intrinsèque	Facteur de la valeur intrinsèque 0.968 Facteur d'échelle pour le médecin praticien 0.94	Facteur de la valeur intrinsèque 0.985 Facteur d'échelle pour le médecin praticien 0.93
M2: Productivité OP	OP I = 72% OP II = 65% OP III = 65%	OP I = 55% OP II = 60% OP III = 65%
M3: Taux de coûts	Abaissement des taux de coûts de 10%, dans les unités fonctionnelles suivantes : - 26 unités fonctionnelles ayant des frais d'investissement importants - 6 unités fonctionnelles représentant des locaux d'examen et de traitement (UBR) des spécialistes	Abaissement des taux de coûts de 10%, dans les unités fonctionnelles suivantes : - 25 unités fonctionnelles ayant des frais d'investissement importants (sans l'unité fonctionnelle 142 Endoscopie gastroentérologique, grande)
M4 : Examens CT et MRI	- Suppression des minutages de la prestation au sens restreint  - Uniformisation du minutage pour la rédaction du rapport (CT 20 Min, MRI 25 Min)	- Suppression des minutages de la prestation au sens restreint  - Uniformisation du minutage pour la rédaction du rapport (CT 20 Min, MRI 25 Min)  - Introduction de deux positions tarifaires distinctes (comme positions supplémentaires aux prestations principales) pour le cas où le médecin spécialiste en radiologie est présent durant l'examen (Minutage de 5 minutes)
M5 : Minutage opération de la cataracte	- Regroupement des positions tarifaires 08.2760, 08.2780, 08.2820 (prestation au sens restreint 22 Min, préparation et finition 3 Min, rapport 3 Min, temps d'occupation du local 22 Min)	- Regroupement des positions tarifaires 08.2760, 08.2780, 08.2820 (prestation au sens restreint 22 Min, <b>préparation et finition 11 Min</b> , rapport 3 Min, temps d'occupation du local 22 Min)

### Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch  
Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M5 : Minutage Biopsie du corps vitreux / injection intravitréenne	- 08.3350 : minutage pour prestation au sens restreint et pour temps d'occupation du local = 10 Min	<p>- Introduction de positions séparées pour la biopsie du corps vitreux et pour l'injection intravitréenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biopsie du corps vitreux : minutage pour prestation au sens restreint et pour temps d'occupation du local = 30 Min</li> <li>▪ Injection intravitréenne: minutage pour prestation au sens restreint et pour temps d'occupation du local = 10 Min</li> </ul>
M5 : Minutage ECG	<p>- 17.0090 ECG d'effort, ergométrie : minutage pour prestation au sens restreint = 25 Min et pour temps d'occupation du local = 35 Min</p> <p>- 17.0150 ECG Holter : minutage pour prestation au sens restreint et pour temps d'occupation du local = 25 Min</p>	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)  
 Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M5 : Minutage Koloskopie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19.1010 : minutage pour prestation au sens restreint = 20 Min, pour rapport = 3 Min, pour local = 30 Min, pour attente = 20 Min</li> <li>- 19.1200 : minutage pour prestation au sens restreint = 12 Min, pour rapport = 3 Min, pour local = 22 Min, pour attente = 20 Min</li> <li>- 19.1210 : minutage pour prestation au sens restreint = 20 Min, pour rapport = 3 Min, pour local = 30 Min, pour attente = 20 Min</li> <li>- 19.1120 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1330 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1490 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1130 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 18 Min</li> <li>- 19.1340 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 18 Min</li> <li>- 19.1500 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 16 Min</li> <li>- 19.1100 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 5 Min</li> <li>- 19.1310 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 5 Min</li> <li>- 19.1480 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19.1010 : minutage pour <b>prestation au sens restreint = 25 Min</b>, pour rapport = 3 Min, <b>pour local = 35 Min</b>, pour attente = 20 Min</li> <li>- 19.1200 : minutage pour <b>prestation au sens restreint = 15 Min</b>, pour rapport = 3 Min, pour <b>local = 25</b>, pour attente = 20 Min</li> <li>- 19.1210 : minutage pour <b>prestation au sens restreint = 25 Min</b>, pour rapport = 3 Min, pour <b>local = 35 Min</b>, attente = 20 Min</li> <li>- 19.1120 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1330 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1490 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> <li>- 19.1130 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 18 Min</li> <li>- 19.1340 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 18 Min</li> <li>- 19.1500 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 16 Min</li> <li>- 19.1100 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 5 Min</li> <li>- 19.1310 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 5 Min</li> <li>- 19.1480 : minutage pour prestation au sens restreint et pour local = 4 Min</li> </ul>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.



Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M5: radiothérapie stéréotaxique	Pour les positions tarifaires 32.0610 et 32.0615, les minutages des prestations au sens restreint et ceux du temps d'occupation du local sont fortement réduits (de 180/180 à 60/70 et de 90/95 à 40/45).	<p>- Pour les positions tarifaires 32.0610 et 32.0615, les minutages des prestations au sens restreint et ceux du temps d'occupation du local sont fortement réduits (de 180/180 à 60/70 et de 90/95 à 40/45).</p> <p>- Une nouvelle position tarifaire 32.1130 « Prestation de base technique 0, radiothérapie stéréotaxique, patient ambulatoire » avec un minutage du temps d'attente de 5 minutes est créée. Elle peut être facturée une fois par séance, c.-à-d. une fois par radiothérapie stéréotaxique, quel que soit le nombre de fractions. Elle peut donc être facturée en combinaison avec les positions 32.0610 et 32.0615. Le minutage du temps d'attente est en revanche supprimé pour la position tarifaire 32.0610.</p>
M6: Prestations à l'acte	Les prestations à l'acte « Examen par le spécialiste » sont transformées en prestations en temps, facturables par périodes de 5 minutes. Les limitations sont adaptées en conséquence → 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)  
 Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M7: Limitations	<p>La remarque « <i>Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique</i> » est supprimée pour les positions tarifaires suivantes : 00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030, 22.0040</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La remarque « <i>Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique</i> » est supprimée pour les positions tarifaires suivantes : 00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030, 22.0040</li> <li>- Limitations sont doublées pour les enfants &lt; 6 ans et les personnes &gt; 75 ans (à l'exception des positions : 22.0030/22.0040, pour les positions 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260 voir M8).</li> <li>- Pour les patients qui sont considérés comme nécessitant plus de soins, les limitations sont aussi doublées.</li> <li>- Pour les enfants &lt; 6 ans et les personnes &gt; 75 ans ainsi que pour les patients nécessitant plus de soins de nouvelles positions distinctes sont créées. Les motifs pour un besoin accru en soins doivent être motivés dans le dossier du patient et le besoin accru en soins doit être justifié auprès de l'assureur.</li> </ul>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)  
 Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M8 : Prestations en l'absence du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les positions tarifaires désignées comme « prestation en l'absence du patient » (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) sont divisées, de sorte à ce que chaque prestation possible en l'absence du patient ait désormais sa propre position tarifaire.</li> <li>- Les limitations fixées à ce jour pour ces positions tarifaires seront réduites de moitié.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les positions tarifaires désignées comme « prestation en l'absence du patient » (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) sont divisées, de sorte à ce que chaque prestation possible en l'absence du patient ait désormais sa propre position tarifaire.</li> <li>- Introduction d'une position supplémentaire pour les Tumor-boards</li> <li>- La limitation fixée à ce jour pour la position tarifaire 00.0140 sera réduite de moitié. Les limitations pour les enfants &lt; 6 ans et pour les personnes &gt; 75 ans ne sont <b>pas</b> réduites de moitié. Pour les patients qui sont considérés comme nécessitant plus de soins, les limitations ne sont aussi pas réduites de moitié (c.à.d. limitations = celles fixées à ce jour).</li> <li>- Pour les enfants &lt; 6 ans et les personnes &gt; 75 ans ainsi que pour les patients nécessitant plus de soins de nouvelles positions distinctes sont créées. Les motifs pour un besoin accru en soins doivent être motivés dans le dossier du patient et le besoin accru en soins doit être justifié auprès de l'assureur.</li> <li>- Les limitations fixées à ce jour pour les positions tarifaires 02.0070, 02.0160, 02.0260 ne sont <b>pas</b> réduites de moitié (c.à.d. limitations = celles fixées à ce jour). Ici, il n'y a pas d'exceptions pour les enfants et les personnes âgées respectivement pour les personnes nécessitant plus de soins.</li> <li>- Pour ces nouvelles positions, des nouveaux groupes de prestation (GP-04, GP-05, GP-08, GP-09, GP-10, GP-11) sont introduits. Ces derniers mentionnent chacun la limitation cumulée valable pour toutes les positions des groupes.</li> <li>- L'ensemble des nouvelles positions pour les patients nécessitant plus de soins (mesure 7) se trouve dans un nouveau groupe de prestations GP-30.</li> </ul>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
<p>M9 : Indemnité forfaitaire en cas d'urgence</p>	<p>L'interprétation des positions tarifaires comprenant la désignation « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » (00.2510 bis 00.2590) est précisée en ce sens que ces positions ne peuvent plus être facturées par les institutions visées à l'art. 36a LAMal (institutions qui offrent des soins ambulatoires dispensés par des médecins) qui ont explicitement orienté leur offre sur les cas d'urgence.</p>	<p>- Les critères d'urgence applicables jusqu'ici pour les 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 (ex. téléphone), les critères actuels restent applicables.</p> <p>- 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 jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers.</p> <p>- 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).</p> <p>- Les nouveaux critères d'urgence ne s'appliquent pas qu'aux institutions selon l'art. 36a LAMal.</p>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
M10 : Ponction/prise de sang par du personnel non médical	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.	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>
M11 : Instruction du patient pour effectuer lui-même des mesures ou des soins.	La position 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 » est désormais tarifée dans l'unité fonctionnelle « salle de consultation » et non plus dans l'unité fonctionnelle « salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours ».	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>
M12 : supplément de 10 % sur le matériel à usage courant et sur les implants	L'interprétation générale IG-20 « Matériel à usage courant et implants » est adaptée de sorte qu'il ne sera plus possible de facturer un supplément de 10% sur le prix coûtant du matériel à usage courant et des implants.	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>
M13 : suppression de positions tarifaires pour les prestations hospitalières et pour les prestations AA/AI/AM ainsi que des renvois à la loi	Les positions tarifaires pour lesquelles le type de traitement est « hospitalier » sont supprimées. Les positions pour la prise en charge du patient hospitalisé ainsi que celles comportant la mention « Loi : Uniquement prestations de l'assurance-accident / de l'assurance-invalidité / de l'assurance-maladie » sont supprimées/ ne pas adaptées ou ne sont pas fixées. Par ailleurs, les renvois à la loi (LAMal, OAMal et OPAS) ainsi qu'à la liste des analyses sont supprimés dans toute la structure tarifaire.	<i>Conforme à la version mise en consultation</i>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch  
 Cette publication existe aussi en italien et en allemand.

Mesure	Version mise en consultation	Décision du Conseil fédéral
Modifications supplémentaires		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La position tarifaire 00.2205 « Rapport médical sur formulaire » passe d'une prestation à l'acte avec un minutage de 9 minutes à une prestation en temps, par tranches de 5 minutes, avec la limitation « 2 fois par séance au maximum ». Un nouveau numéro (00.2206) est attribué à la position tarifaire et l'ancien numéro est supprimé.</li> <li>- Une nouvelle position tarifaire 02.0015 « + Indemnité de déplacement pour le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par période de 5 min » est introduite. La position est tarifée comme les diagnostics et thérapie psychiatriques.</li> <li>- Tarification de la phytothérapie identique à celle des autres formes de médecine complémentaire.</li> </ul>

**Informations complémentaires :**

Office fédéral de la santé publique OFSP, division Communication et Campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette publication existe aussi en italien et en allemand.