



FAQ Système tarifaire global

État au 01.05.2026

1. Questions générales

Qu'est-ce que le système tarifaire global?	Le système tarifaire global se compose des forfaits ambulatoires version 1.1 et de TARDOC version 1.4. Dès le 1^{er} janvier 2026, il remplacera le TARMED comme structure tarifaire pour la médecine ambulatoire, sous réserve de l'approbation par le Conseil fédéral. Le système tarifaire global a été développé sur la base des structures tarifaires Forfaits ambulatoires version 1.0 et TARDOC version 1.3.2 après l'approbation partielle par le Conseil fédéral le 19 juin 2024.
Le nouveau système tarifaire global s'applique-t-il aussi au domaine AA/AI/AM?	Les structures tarifaires dans le domaine AOS doivent être approuvées par le Conseil fédéral, ce qui n'est pas le cas dans le domaine AA/AI/AM. H+ s'emploie à ce que le système tarifaire global puisse aussi être utilisé dans ce domaine. H+ a également conclu une convention tarifaire avec la CTM.
Puis-je simuler mes propres cas pour l'application du système tarifaire global?	Oui. Le groupeur de simulation permet à chaque fournisseur de prestations de simuler l'application du système tarifaire global à ses cas réels qui ont été facturés selon TARMED. Le groupe de cas correspondant est indiqué dans le résultat de cette simulation. Les cas individuels peuvent être simulés au moyen du groupeur de cas individuels.

	Les volumes de prestations dans le domaine d'application de TARDOC peuvent être simulés au moyen du transcodage .
Y a-t-il une transposition de TARMED à TARDOC, resp. de TARMED au CPTMA?	L'OTMA SA a mis à disposition un outil de simulation dans lequel les cas TARMED peuvent être transposés en prestations TARDOC. Une transposition de TARMED vers les prestations forfaitaires dans le CPTMA a été mise à disposition par H+ sur le site Web.
Qu'est-ce que des produits thérapeutiques remis?	Les produits thérapeutiques remis sont des médicaments et des dispositifs médicaux qui ont été physiquement confiés au patient et qui servent en premier lieu à la poursuite de la thérapie hors de la séance. H+ recommande de ne définir les produits (par ex. attelles, bandages) utilisés directement durant la séance comme produits thérapeutiques remis que s'ils ne sont pas impérativement nécessaires médicalement à la fin de la séance. Par exemple, si le patient a absolument besoin d'une attelle (stabilisation, limitation de la mobilité) avant de quitter l'hôpital, ce n'est pas un produit thérapeutique remis.

2. Modalités d'application

2.1. Séance, contact-patient et traitement ambulatoire

Quelle est la définition d'un fournisseur de prestations en setting ambulatoire?	Un fournisseur de prestations en setting ambulatoire est un médecin (art. 35 al. 2 let. a LAMal) ou une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal) qui dispose d'une seule spécialité ou un service spécialisé (selon le règlement sur les services spécialisé, y c. liste des services spécialisés) au sein d'un hôpital (art. 35 al. 2 let. h LAMal) ou d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal). Modalités d'application chapitre 2
Quelle est la définition de la séance?	La séance est définie comme la rencontre physique ou à distance d'un patient et d'un fournisseur de prestations en setting ambulatoire. Dans ce cadre, une prestation est dispensée au patient à des fins de diagnostic ou de traitement. Modalités d'application chapitre 3.1
Quelle est la définition du contact-patient?	Le contact-patient se compose de la séance et des prestations qui en résultent (prestations de pathologie et d'analyse, prestations en l'absence du patient, rapports). Si aucune prestation ne découle de la séance, cette dernière est assimilée au contact-patient. Modalités d'application chapitre 4

Quelle est la définition d'un traitement ambulatoire?	Au sens du système tarifaire global, un traitement ambulatoire est un contact-patient ou plusieurs contacts-patients réunis. Des règles doivent être observées lors de la réunion de plusieurs contacts-patients. Modalités d'application chapitre 5
Expertises/consiliums/tumorboard: pourquoi ces prestations correspondent-elles à une séance à part entière?	Dans les trois situations – expertises, consiliums (dossiers et imagerie), tumorboards / colloques interdisciplinaires d'experts – il s'agit de prestations qui peuvent être fournies en présence ou en l'absence du patient. La définition comme séance à part entière tient compte de cette particularité. Modalités d'application chapitre 3.1 al. 2
Pourquoi la réunion de contacts-patients est-elle nécessaire?	Sans la réunion des contacts-patients, il y aurait une forte incitation à répartir le traitement entre plusieurs fournisseurs de prestations en setting ambulatoire.
Existe-t-il un aperçu ou une liste des disciplines qui sont exclues de la réunion des contacts-patients?	Sont exclus de la réunion des contacts-patients les services spécialisés qui fournissent des prestations sur prescription médicale comme les services de transport et de sauvetage. La liste se trouve dans le règlement sur les services spécialisés. Modalités d'application chapitre 5 al. 8; Règlement sur les services spécialisés annexe 1
Qu'est-ce qui importe pour la définition du service spécialisé? La spécialité du médecin traitant ou celle dans laquelle il travaille?	L'hôpital doit attribuer chaque médecin à un service spécialisé. C'est donc le domaine dans lequel travaille le médecin qui compte, et pas son propre titre de spécialiste. Dans la plupart des cas, les deux correspondent. Mais il est possible qu'un médecin disposant d'un titre de spécialiste en vise un autre également et travaille donc dans un service spécialisé différent. Dans ce cas de figure, il est important que ce soit le service spécialisé qui s'applique et pas le titre de spécialiste du médecin.

	Règlement sur les services spécialisés chapitre 2 al. 1
Pourquoi la consultation de stomathérapie n'est-elle pas un fournisseur de prestations dans le setting ambulatoire?	La consultation de stomathérapie n'est pas un fournisseur de prestations en vertu de l'art. 35 al. 2 e) LAMal habilité à fournir des prestations sur ordonnance d'un médecin.
Les contacts-patients de différents fournisseurs de prestations selon la LAMal sont réunis si leurs diagnostics entrent dans le même groupe de diagnostics et si les prestations sont directement dépendantes. Comment cela s'applique-t-il? Dans quelles situations cette interdépendance existe-t-elle?	Des exemples d'application sont présentés dans le document Clarifications et exemples, chapitre 5, clarification 8. Il s'agit par exemple de l'opération par un médecin agréé à l'hôpital.
Pourquoi les sages-femmes ne sont-elles pas considérées comme une spécialité fournissant des prestations sur prescription d'un médecin? (Modalités d'application page 5)	Selon la loi, les sages-femmes peuvent fournir des prestations sans prescription d'un médecin. C'est pourquoi les mêmes règles s'appliquent aux sages-femmes que pour les chiropraticiens et les médecins.
Les infirmières et les infirmiers doivent-ils n'être rattachés qu'à un seul service spécialisé, ou peuvent-ils fournir des prestations pour plusieurs services spécialisés?	Les infirmières et les infirmiers peuvent fournir des prestations pour plusieurs services spécialisés et en conséquence être rattachés à plusieurs d'entre eux. Lors de la saisie des prestations, il faut s'assurer que le bon service spécialisé soit à chaque fois retenu.
Qu'est-ce que des groupes de diagnostics?	Les groupes de diagnostics réunissent les diagnostics figurant dans un même Capitulum.
Comment les unités organisationnelles sont-elles rattachées?	Les unités organisationnelles sont des structures propres à l'hôpital. Elles doivent être rattachées aux services spécialisés. Il peut arriver que plusieurs unités organisationnelles soient rattachées à un seul service spécialisé, p. ex. les unités organisationnelles Orthopédie épaule, Orthopédie pied et Orthopédie hanche sont toutes assignées au service spécialisé Orthopédie. Mais il est aussi possible que plusieurs services spécialisés travaillent au sein d'une unité organisationnelle, p. ex. c'est

	envisageable lorsque, dans un petit hôpital, plusieurs spécialistes proposent des consultations mais qu'ils sont assignés de manière générale à la chirurgie et ne constituent pas une unité organisationnelle propre. Ou lorsque, dans un hôpital plus important, une unité interdisciplinaire a été créée, p. ex. la chirurgie du dos, composée de neurochirurgiens et de chirurgiens orthopédistes. L'organisation concrète relève de l'hôpital. L'important est que le service spécialisé soit dirigé par un médecin titulaire du titre de spécialiste correspondant. Règlement sur les services spécialisés
Comment puis-je mettre en pratique des clarifications si j'ai déjà reçu une contestation à ce sujet?	H+ recommande de toujours appliquer les clarifications aussi rapidement que possible. H+ recommande en outre d'appliquer les clarifications sur les contestations déjà intervenues, mais pas sur les factures déjà payées.

2.2. Attribution des prestations

Durant combien de temps un rapport doit-il être attribué au contact-patient correspondant?	Il n'y a pas de limite à l'attribution des rapports au contact-patient correspondant. Modalités d'application chapitre 4.1 al. 3
Comment le système reconnaît-il à quel contact-patient les prestations de laboratoire doivent être attribuées?	Les prestations de laboratoire peuvent être attribuées par exemple au moyen de la date de la demande et du service spécialisé qui l'a formulée.

Que se passe-t-il avec les prestations en absence du patient à compter du jour 31?	Ces prestations sont facturées via TARDOC.
L'attribution d'une prestation à une séance a-t-elle une influence sur la date de fourniture de la prestation attribuée?	La date de la prestation correspond au jour où elle a été effectivement fournie.
Comment faut-il attribuer les prestations en absence qui interviennent avant le premier contact comme, par exemple, l'étude du dossier lors d'un transfert de patient?	Ces prestations ne sont pas attribuées à un contact-patient. Elles sont facturables directement via TARDOC.
Quel numéro de groupement faut-il faire figurer sur la facture pour les prestations attribuées?	Selon la définition, les prestations attribuées ne font pas partie de la séance. Lors de la facturation via TARDOC, H+ recommande donc d'associer aux prestations attribuées un numéro de groupement séparé. Mais il faut veiller à bien interpréter les règles de cumul des prestations attribuées. En cas de facturation d'un forfait ambulatoire, les prestations attribuées ne doivent pas figurer sur la facture, car elles ne sont pas pertinentes pour le groupement.

2.3. Saisie des prestations ambulatoires

L'utilisation du catalogue des prestations est-elle obligatoire?	Le catalogue des prestations (CPTMA) constitue la base pour l'utilisation du groupeur.
Quels codes diagnostics doivent être utilisés? La CIM-10 ou le Code tessinois?	Selon le chapitre 2 des Directives pour la saisie des prestations ambulatoires, les règles suivantes doivent être appliquées: • Pour les séances sans position de déclencheur (Trigger), les diagnostics sont saisis selon la CIM-10-GM ou le Code tessinois. • Pour les séances avec position de déclencheur (facturation avec un forfait ambulatoire), le diagnostic doit toujours être saisi selon la CIM-10-GM. • Lorsque plusieurs séances ont lieu le même jour, dont une avec position de déclencheur, le diagnostic doit être saisi selon la CIM-10-GM pour toutes les positions. H+ recommande aux hôpitaux de saisir les diagnostics de toutes les séances selon la CIM-10-GM. Ceci afin d'assurer une uniformité et d'éviter des contestations.
Y a-t-il une différence entre le diagnostic utilisé en médecine et le diagnostic pour la saisie des prestations ambulatoires?	Le diagnostic utilisé quotidiennement en médecine n'est pas forcément formulé selon la CIM-10 ou le Code tessinois. En revanche, le diagnostic pour la saisie des prestations ambulatoires doit recourir au format CIM-10 ou du Code tessinois afin que la définition du traitement ambulatoire puisse être appliquée correctement. Il peut aussi y avoir éventuellement une différence dans le moment du diagnostic. Le diagnostic pour la saisie des prestations ambulatoires décrit l'état pendant ou immédiatement après le contact-patient qui a justifié le traitement et / ou l'examen du patient (cf. Directives pour la saisie des prestations ambulatoires). Il peut donc arriver que le diagnostic utilisé en médecine soit modifié plus tard sur la base de nouveaux diagnostics. Comme

	c'est le diagnostic au moment du traitement qui est déterminant, les modifications ultérieures ne doivent pas être prises en compte dans la facturation.
Comment déterminer le diagnostic pertinent lorsqu'en ambulatoire plusieurs diagnostics sont effectués par un même fournisseur de prestations (par ex. médecin de famille qui détermine la posologie médicamenteuse en cas d'hypertension et contrôle d'un grain de beauté)?	Selon les directives pour la saisie des prestations ambulatoires, il faut retenir le diagnostic qui a été la raison principale du traitement et/ou de l'examen du patient. Par «raison principale» il faut comprendre le traitement qui a entraîné l'engagement de ressources médicales le plus élevé pendant le contact-patient. Directives pour la saisie des prestations ambulatoires, chapitre 2.1
Quand a lieu la saisie de la prestation?	La prestation est saisie pendant ou juste après le contact-patient. Directives pour la saisie des prestations, chapitre 1.2
Les prestations attribuées nécessitent-elles aussi un diagnostic?	Non, une prestation attribuée ne doit pas comporter un diagnostic. L'attribution dépend du service spécialisé, du demandeur ou de la date. Le diagnostic n'est pas déterminant.
Le diagnostic est-il saisi complètement?	Oui, le diagnostic est toujours saisi en entier.
Est-ce qu'un diagnostic doit être saisi avec la séance de la radiologie?	Un diagnostic doit être saisi pour chaque séance. Ce n'est pas indiqué expressément mais cela découle de la formulation à l'Annexe C. La raison est que le contact-patient de la radiologie dépend d'une éventuelle combinaison avec d'autres contacts-patients. Si aucun diagnostic n'était saisi, ceux-ci ne pourraient ni être combinés ni vérifiés par les répondants des coûts. On remarquera que la pose du diagnostic au sens médical ne recouvre pas forcément la saisie du diagnostic.
Qu'est-ce que les positions analogues et les codes de réserve? Comment sont-ils utilisés dans le cadre de la facturation et des procédures de demande?	Les prestations manquantes ou non définies peuvent faire l'objet d'une demande d'intégration dans les structures tarifaires dans le cadre de la procédure de demande. Les partenaires tarifaires examinent la demande et décident si la prestation doit figurer au catalogue de prestations. Si une prestation doit, momentanément, être facturée avant son intégration officielle, elle peut être imputée sur une position existante (prestation analogue), en tant que « <i>position analogue</i> ». Elle doit aussi être assortie d'un « <i>code de réserve</i> ».

	• Les positions analogues permettent de facturer des prestations qui ne figurent pas encore dans le CPTMA. Leur utilisation n'est possible que selon les directives de l'OTMA. • Les codes de réserve servent exclusivement à documenter des prestations qui ne figurent pas encore dans le CPTMA. Ils ne comportent pas de définition médicale et n'ont aucun rapport avec les prestations. L'OTMA peut, en cours d'année, attribuer une description à un code de réserve. Vous trouverez une vue d'ensemble de tous les codes analogues et de réserve sur le site Web de l'OTMA. Exemple: Prestation: Traitement d'une fracture et/ou d'une luxation, réduction fermée avec attelle externe Position analogue: C08.FA.0030 Code de réserve C00.YY.0010
--	---

2.4. Détermination de la structure tarifaire

Comment puis-je savoir, en tant qu'utilisateur, si le cas doit être facturé au moyen de TARDOC ou des forfaits ambulatoires?	C'est la présence ou non d'une position de déclencheur (Trigger) qui est déterminante. Si une telle position est saisie pour une prestation ambulatoire, cela conduit automatiquement et impérativement à la facturation d'un forfait ambulatoire.
Quelle est la définition des positions de déclencheur (Trigger)?	Les positions de déclencheur sont les positions du CPTMA qui lancent l'attribution à un groupe de cas. Si une position de déclencheur est saisie pour une prestation ambulatoire, cela conduit toujours à la facturation d'un forfait ambulatoire. Dans la version d'introduction, les positions P et PZ du CPTMA correspondent aux déclencheurs (positions dites trigger).

Le système tarifaire cohérent s'applique-t-il également au domaine des cabinets médicaux privés?	Le système tarifaire global est une structure tarifaire uniforme au niveau national, qui s'applique aussi bien au secteur ambulatoire des cabinets médicaux que des hôpitaux.
Que se passe-t-il lorsque plusieurs positions de déclencheur (Trigger) sont saisies pour une même prestation ambulatoire?	Si plusieurs positions de déclencheur (Trigger) sont saisies, c'est leur rang dans l'arbre de décision, resp. dans le groupeur, qui est déterminant. Selon l'ordre dans lequel se succèdent les positions de déclencheur, l'une, l'autre ou la combinaison des deux positions conduit au groupe de cas à facturer.
Les fournisseurs de prestations peuvent-ils choisir entre la facturation au moyen des forfaits ambulatoires et le tarif à la prestation? Quelles règles déterminent le choix de la structure tarifaire correcte?	Non, les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts ne peuvent pas choisir la structure tarifaire à appliquer. Il convient donc de vérifier pour chaque traitement ambulatoire s'il comprend une position de déclencheur (Trigger). Une telle position conduit toujours à la facturation au moyen des forfaits ambulatoires. Modalités d'application chapitre 6.1
Les prestations fournies dans le cadre de la consultation d'anesthésie quelques jours avant l'intervention peuvent-elles être facturées comme une prestation ambulatoire séparée?	Oui. Une réunion de contacts-patients dont les diagnostics entrent dans le même groupe de diagnostics ne vaut – à une exception près – que pour les contacts-patients qui ont eu lieu le même jour. L'exception est le traitement ambulatoire après minuit (par exemple une urgence). Modalités d'application chapitre 5

3. Forfaits ambulatoires

Mécanisme de base

Combien y a-t-il de forfaits ambulatoires?	La version 1.1 comporte 315 forfaits, dont un groupe de cas d'erreur et 3 forfaits non évalués.
Comment savoir quel forfait facturer?	Les forfaits ambulatoires sont déterminés sur la base du diagnostic et de la prestation fournie (selon le CPTMA). Le diagnostic conduit à un Capitulum et la prestation (ainsi que d'autres caractéristiques telles que l'âge, le sexe etc.) mène au bon groupe de cas au sein du Capitulum. Ce processus ne se fait pas manuellement, mais au moyen d'un groupeur.
Qu'est-ce qu'un groupeur et comment fonctionne-t-il?	Le groupeur est un organigramme ou un arbre de décision complet. Il permet d'attribuer les traitements ambulatoires au bon groupe de cas sur la base du diagnostic, des prestations et d'autres caractéristiques (comme l'âge du patient par exemple). L'arbre de décision peut être consulté dans le Manuel de définition dans le navigateur tarifaire.
Quelles prestations sont comprises dans les forfaits?	Selon les chapitres 6.1 et 3.2 des Modalités d'application, le groupe de cas ainsi que les prestations facturables séparément représentent de manière exhaustive les prestations imputables du traitement ambulatoire. D'autres facturations séparées ne sont pas possibles. Les prestations suivantes peuvent être facturées séparément: - les produits sanguins stables et labiles, - les produits thérapeutiques fournis, - les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le Catalogue des forfaits ambulatoires

Pourquoi les forfaits ambulatoires ont-ils été élaborés sur la base de TARMED?	Les forfaits ambulatoires ont été élaborés sur la base des données effectives de coûts et de prestations ambulatoires. En d'autres termes, les données de prestations (facturation, positions TARMED et prestations relevant d'autres tarifs) et de coûts (selon REKOLE) de cas ambulatoires facturés ont été relevées et évaluées. Les positions tarifaires (par ex. TARMED) n'ont été utilisées que pour l'identification des cas.
Les forfaits ne comprennent-ils que des prestations médicales? Les implants / médicaments / analyses de laboratoire sont-ils compris dans les forfaits?	Toutes les prestations d'un traitement ambulatoire sont en principe comprises dans les forfaits. Les prestations non médicales en font partie également, comme les médicaments, le matériel, les implants, les prestations de laboratoire, etc. Certains implants bien définis peuvent néanmoins être facturés séparément. Il est précisé dans le Catalogue des forfaits ambulatoires et le navigateur tarifaire pour quels groupes de cas une facturation séparée des implants est possible. Les analyses de laboratoire sont incluses dans les forfaits. La facturation des analyses est réglementée à l'art. 59 OAMal et devra être modifiée au moment de l'introduction des forfaits ambulatoires.
Les prestations du personnel infirmier sont-elles prises en compte?	Oui, les prestations du personnel infirmier sont aussi comprises dans les forfaits ambulatoires. Leurs coûts effectifs entrent également dans le calcul desdits forfaits. Ces prestations ne sont donc soumises à aucune limitation, comme c'est le cas dans un tarif à la prestation: l'ensemble des coûts intervenus sont pris en compte pour la tarification.
Pourquoi les implants ne sont-ils facturables séparément que pour certains groupes de cas?	Les implants ne sont facturables séparément que pour les groupes de cas où cette règle aboutit à une meilleure homogénéité interne au groupe de cas. Il s'agit uniquement de ceux dans lesquels les

	différences de prix des implants sont responsables de la dispersion des coûts dans le groupe de cas.
Les médicaments très onéreux et les cytostatiques sont-ils facturables séparément?	De tels médicaments sont principalement administrés sous perfusion. Ils ne font pas l'objet de forfaits. Il n'est donc pas nécessaire de disposer d'une réglementation spéciale pour leur indemnisation. Le Spinraza (Code ATC M09AX07) fait partie du forfait C01.50A (Ponction lombaire ou sous-occipitale avec thérapie médicamenteuse complexe (M09AX07)).
Y a-t-il des forfaits spécifiques pour les traitements pédiatriques?	Lors de l'élaboration des forfaits par cas, il a toujours été contrôlé si les coûts étaient plus élevés pour les enfants. Dans la plupart des cas, l'âge ne constituait pas à lui seul un critère de différenciation (split), mais plutôt le nécessaire recours supplémentaire à une anesthésiste / à un anesthésiste. Raison pour laquelle l'anesthésie par des anesthésistes est souvent retenue en tant que critère de différenciation. Elle figure dans le catalogue des forfaits ambulatoires. Cela permet en outre d'indemniser correctement non seulement les traitements pédiatriques, mais également ceux d'autres patients ayant besoin, en plus, d'une anesthésie, ce qui renchérit leur prise en charge.
Des médicaments remis peuvent-ils être facturés séparément?	Des produits thérapeutiques remis (médicaments et dispositifs médicaux) peuvent être facturés séparément. Modalités d'application chapitre 3.2 al. 2
Le diagnostic influence-t-il le groupement?	Le diagnostic est déterminant pour le groupement dans le Capitulum. En revanche, il ne joue aucun rôle sur le groupement au sein du Capitulum ou du groupe de cas de base.
Comment les interventions combinées (interventions simultanées de différentes spécialités durant l'anesthésie) peuvent-elles être facturées?	Lors d'interventions combinées durant une anesthésie par un anesthésiste, le contact-patient de l'anesthésiologie est associé au diagnostic qui a été le motif principal du séjour et qui implique l'investissement principal en moyens médicaux (lire les directives pour la saisie des prestations ambulatoires). Le contact-patient de

	l'anesthésiologie est de ce fait regroupé en un traitement ambulatoire avec le contact-patient qui a motivé le séjour. Clarification 11 relative au chapitre 5
--	---

3.1. Base de données

Pourquoi seules les données de prestations et de coûts des hôpitaux ont-elles été utilisées?	Avec la solution de branche reconnue REKOLE (révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations), l'uniformité du modèle de comptabilité analytique des hôpitaux est garantie au niveau national. La certification REKOLE confirme que le calcul des coûts et des prestations de ces hôpitaux correspond aux principes en vigueur en économie d'entreprise. Les données de coûts au niveau du patient sont ainsi comparables. Grâce à l'utilisation de ces données, le système de forfaits ambulatoires repose sur une base de données complète, standardisée et reconnue par la loi. À l'heure actuelle, les cabinets privés ne disposent pas de données analogues au niveau du patient (en d'autres termes, de données de coûts par cas). Dès qu'une telle méthode sera introduite et que ces données seront disponibles, elles pourront être prises en considération dans les calculs du système de forfaits ambulatoires. Pour parvenir à lever la neutralité dynamique des coûts, les données des médecins en cabinets privés devront aussi être incluses.
Comment les forfaits ont-ils pu être évalués?	La version 1.1 du système de forfaits ambulatoires a été développée avec les données des hôpitaux des années 2019 - 2021. Il est important de noter qu'il s'agit là de données de coûts réels, effectifs et non pas d'estimations quantitatives ou de chiffres reposant sur des avis de spécialistes.
Qu'est-ce que les «groupes de cas non évalués»? Où peut-on les consulter?	Les groupes de cas non évalués existent là où les volumes de données sont trop faibles pour qu'il soit possible de procéder à

	une évaluation correcte. On les reconnaît dans le Catalogue des groupes de cas ambulatoires au fait qu'ils ne comportent pas de points tarifaires. Pour les positions tarifaires non évaluées, les fournisseurs de prestations concernés doivent négocier des rémunérations individuelles avec les répondants des coûts (lire le chapitre 8 des modalités d'application).
Faudra-t-il à l'avenir encore procéder à des livraisons de données?	Oui, elles seront toujours utiles. Les forfaits ambulatoires seront perfectionnés sur la base de données. Les fournisseurs de prestations sont tenus, en vertu de l'art. 47a al. 5 LAMal, de livrer des données.

3.2. Développement des forfaits ambulatoires

Comment les forfaits ambulatoires ont-ils été développés?	Les hôpitaux et les cliniques ont livré les données de coûts et de prestations des cas effectifs de patients en ambulatoire. Ces cas ont été groupés en fonction de leur similarité médicale. Via un logiciel ad hoc, ces cas groupés ont été encore répartis dans des groupes affinés afin qu'il en découle des groupes de cas aussi homogènes que possible. L'homogénéité porte d'une part sur la fourniture de prestations médicales et d'autre part sur les coûts des cas au sein de chaque groupe. Dans le cadre de l'actualisation régulière (en principe annuelle) de la structure tarifaire, il sera possible de contrôler, sur la base des données les plus récentes, si le groupement des cas doit être modifié ou encore affiné pour parvenir à une homogénéité encore plus grande des coûts. Cela pourrait passer par la prise en considération de facteurs tels que l'âge, les procédures, les médicaments, etc.
--	---

4. TARDOC

Comment puis-je déterminer à quelles positions TARMED correspondent les positions TARDOC (détermination de la position antérieure)	Les positions antérieures sont visibles dans le navigateur TARDOC. Elles figurent également à l'annexe A2 de la convention de structure tarifaire (document Excel de TARDOC).
Les hôpitaux peuvent-ils aussi facturer les positions du chapitre AK.05 Chronic Care Management?	Les positions du chapitre AK.05 ne s'appliquent qu'à la pratique privée, conformément à l'IC-AK.05-4. Cela découle également du document B accompagnant l'annexe F.
Les hôpitaux peuvent-ils facturer les forfaits urgences et dérangement (chapitre AA.30)?	Non, le chapitre AA.30 ne peut pas être appliqué par les hôpitaux.
Rapport médical AA.25.0010 Le rapport médical peut-il également être facturé s'il est rédigé à l'attention d'un autre médecin du même fournisseur de prestations en vertu de la LAMal?	Oui, ce rapport est facturable.
La position Consilium médical AA.00.0080 est-elle aussi facturable en cas d'envoi de patient à l'interne?	Oui, la position est aussi facturable en cas d'envoi d'un patient à l'interne.
Au chapitre AM.05 «Surveillance spécialisée avant/après la perfusion», comment déterminer le temps par patient?	La facturation se fait sur le temps total durant lequel le patient se trouve/est soigné/est sous surveillance dans le service. Des soins 1:1 ininterrompus ne sont pas indispensables. Sous Interprétation du chapitre AM.05-1, un tableau permet de déterminer l'«intensité de soins».

Si plusieurs services spécialisés interviennent au service des urgences, peuvent-ils tous utiliser la position WG.00.0030? Et comment appliquer la limitation?	Les prestations fournies au service des urgences sont facturées via la position WG.00.0030, également par d'autres services spécialisés. Il convient néanmoins de tenir compte de l'interprétation médicale et de l'interprétation des chapitres qui spécifient plus avant les prestations facturées avec cette position. La limitation s'applique par séance, donc par service spécialisé.
Y a-t-il des explications plus précises sur les positions du chapitre WG relatives au personnel paramédical, afin de pouvoir choisir la bonne position pour la facturation?	Il n'y a pas de documentation plus détaillée. Il faut tenir compte des dispositions du tarif (Position tarifaire et Interprétations des chapitres).
Comment est définie l'unité de soins intensifs?	TARDOC ne la définit pas.
Les e-mails sont-ils assimilables à des rencontres «par téléphone»?	TARDOC distingue entre les consultations télémedicales simultanées et différées. Les e-mails sont des consultations différées, ils n'entrent donc pas dans la définition de la séance.
Comment facturer une co-thérapie / une thérapie de groupe avec plusieurs patients et plusieurs professionnels?	Dès 2 personnes, la définition d'une séance s'applique. Dès 6 patientes et patients, deux professionnels peuvent facturer en même temps, soit: - deux médecins, ou - un médecin et un professionnel paramédical. Une facturation parallèle n'est donc possible que dès 6 participants. Pour les prestations paramédicales, la limitation correspondante s'applique également selon l'IC EA.05. Pour les traitements par deux professionnels, le critère EAE (efficacité, adéquation, économicité) doit être respecté.

Comment facturer une séance individuelle pour un seul patient en présence de plusieurs thérapeutes / médecins? Une facturation parallèle, comme sous TARMED, est-elle toujours possible?	Si deux médecins traitent simultanément le même patient et s'ils appartiennent tous deux au même service spécialisé, une limite de 75 minutes par séance s'applique pour les deux ensemble. Il reste possible de facturer à l'intérieur de cette limite. Pour les prestations paramédicales, la limitation correspondante s'applique, selon l'IC EA.05 Dans ce cas également, le critère EAE (efficacité, adéquation, économicité) doit être respecté.
Comment appliquer la position EA.00.0230 Rapport médical par le spécialiste (psychiatre) si, en pratique, les rapports psychiatriques portent souvent sur plusieurs séances, mais doivent impérativement être attribués à une seule séance?	1. Documentation La documentation englobe ce qui est inscrit durant ou immédiatement après le traitement. Elle décrit le déroulement concret, les interventions réalisées et les réflexions thérapeutiques immédiates. Facturation: la documentation est facturée via la prestation de traitement (par ex. séance de psychothérapie, consultation psychiatrique). Elle n'est pas considérée comme un rapport et ne requiert pas une position séparée. 2. Rapport Un rapport est destiné à un autre médecin ou à une institution (par ex. instance adressante, expert, assurance). Il résume plusieurs séances, observations et déroulements de traitement. Facturation: le rapport est facturé via la position Rapport médical (EA.00.0230). Si un rapport traite de plusieurs séances, il doit être attribué à la dernière séance décrite.

5. Thèmes procéduraux

5.1. Gestion des cas

Quels sont les avantages d'un conteneur de saisie?	Avec le conteneur de saisie, l'ouverture manuelle du cas disparaît. Cela résout également le problème d'une saisie sur le mauvais cas administratif.
Combien de conteneurs de saisie sont créés?	L'hôpital peut définir lui-même le conteneur de saisie. Il est envisageable de créer un conteneur par patient ou par patient et garant.
Le conteneur de saisie doit-il être utilisé?	Non, le conteneur de saisie en tant qu'unité finale d'imputation des prestations est optionnel.

5.2. Saisie des prestations

Les position de dialyse du CPTMA (positions N) doivent-elles être saisies dans le domaine des dialyses?	En accord avec l'OTMA, il vous est recommandé de ne pas saisir les positions CPTMA. D'une part afin d'éviter que la fourniture soit saisie à double et d'autre part parce que les positions tarifaires sont nettement plus spécifiques que les positions CPTMA.
Les diagnostics doivent-ils aussi être saisis pour les séances ne comportant que des prestations paramédicales?	Oui, il faut également saisir le diagnostic pour les séances dont les prestations sont purement paramédicales. Cela permet de contrôler si la séance peut être regroupée avec une autre séance.

5.3. Facturation

Quand procéder à la facturation si des prestations peuvent être attribuées jusqu'à 30 jours après le contact-patient?	L'hôpital est libre de fixer le moment de la facturation en fonction de ses processus internes. La réglementation sur l'attribution des prestations n'a pas d'influence sur le moment de la facturation. Si la prestation ambulatoire a été facturée via un forfait, les prestations attribuées ne peuvent pas être facturées séparément. Si le traitement ambulatoire a été facturé via TARDOC, les prestations attribuées peuvent être facturées séparément. Les deux imputations n'ont donc pas d'effet sur les prestations déjà facturées.
Le diagnostic complet doit-il figurer sur la facture?	Le code tessinois doit toujours être complet sur la facture. Le diagnostic selon la CIM-10 n'est jamais inscrit complètement sur la facture car cela ne respecterait pas la protection des données, selon l'état actuel des connaissances. La convention prévoit que seule la 1 ^{ère} lettre du diagnostic est inscrite. Afin que le groupement d'un forfait ambulatoire puisse être vérifié, le capitulum doit être aussi fourni en cas de facturation via le tarif forfaitaire par patient. Le Conseil fédéral a confirmé cette règle dans l'approbation du 30 avril 2025. Annexe H Facturation et courrier d'approbation du Conseil fédéral du 30.04.2025
Est-ce que des prestations TARMED peuvent être transmises au format de facturation xml 5.0?	Oui, c'est possible.
Est-il impératif de passer au format xml 5.0 au 1^{er} janvier 2026?	De nouveaux champs sont nécessaires pour la facturation selon le système tarifaire global. Ceux-ci sont disponibles uniquement dans xml 5.0.
La remise pour les médecins praticiens prévue dans TARMED 1.09_BR est-elle maintenue?	Non, cette remise n'est pas prévue dans le système tarifaire global.
Un diagnostic doit-il être livré pour les prestations paramédicales?	Non, ce n'est pas nécessaire.

Quels médicaments figurent sur la facture lors de la facturation d'un forfait ambulatoire?	Tous les médicaments de la liste des spécialités (LS) doivent figurer sur la facture avec le montant CHF 0.00. Clarification 7 de l'annexe H
Les assureurs peuvent-ils contester une facture en raison d'un médicament dont le montant s'élève à CHF 0.00?	Non, une telle contestation n'est pas admise. Le cas échéant, il faut l'expliquer aux assureurs maladie. Si cela se répète, il convient d'en avertir l'association de branche prio.swiss.
Les assureurs maladie peuvent-ils contester une facture sur la base d'une limitation des points LS?	Non, une telle contestation n'aurait aucun sens, car l'hôpital ou la clinique ne peut être sanctionné-e en raison des prestations d'un autre fournisseur de prestations.
La norme XML 5.0 s'applique-t-elle aussi dans le domaine stationnaire?	Non, xml 5.0 a été élaborée uniquement pour le secteur ambulatoire.
Avec quel type de tarif facturer les médicaments contenus dans un forfait ambulatoire?	Les médicaments doivent toujours être facturés avec le type de tarif 402 et le GTIN.
Quels numéros GLN doivent être indiqués sur la facture?	Par position, doivent figurer sur la facture les numéros GLN du médecin exécutant et du médecin responsable. Dès le 1 ^{er} octobre 2026, il faudra également indiquer le GLN du personnel paramédical pour les positions EA.05.

5.4. Valeurs intrinsèques

Pour quelles prestations une demande de maintien du droit acquis peut-elle être faite?	Un maintien du droit acquis peut être demandé sur des prestations TARDOC pour les prestations TARMED antérieures à propos desquelles il y avait déjà un droit acquis ou dont la valeur intrinsèque est respectée.
Est-ce que cela suffit si le médecin responsable dispose de la valeur intrinsèque pour une position donnée ou le médecin exécutant doit-il également en bénéficier?	Le médecin responsable doit disposer de la valeur intrinsèque. Le médecin exécutant peut aussi être encore en formation. Annexe F Valeurs intrinsèques

Comment l'hôpital peut-il contrôler les valeurs intrinsèques et les droits acquis?	Les hôpitaux peuvent s'adresser à la Sasis (par e-mail à zsr@sasis.ch).
Comment un assureur maladie peut-il contrôler les valeurs intrinsèques et les droits acquis?	Les valeurs intrinsèques figurent dans le MedReg ou le GesReg. Les droits acquis sont répertoriés dans un registre séparé et sont ainsi mis à la disposition des répondants des coûts.
Comment sont contrôlés les différents modules concernant l'ultrasonographie?	Les différentes formations postgraduées en ultrasonographie ne sont pas spécifiées de manière différenciée dans le MedReg. La valeur intrinsèque est certes définie par position, mais dans cet exemple, elle ne peut pas être contrôlée directement à l'heure actuelle.

5.5. Unités fonctionnelles

Quelles unités fonctionnelles requièrent une reconnaissance?	Seules deux unités fonctionnelles sont soumises à reconnaissance: le Chronic Care Management et les prestations ambulatoires non médicales en psychiatrie.
Comment se déroulera le contrôle par échantillon?	En 2026, il n'y en aura pas.

5.6. CPTMA+

À partir de quand le CPTMA+ daté du 6 février 2026 est-il valable?	La validité démarre à compter du 1 ^{er} janvier 2026. La date du 6 février 2026 est celle de la version c.
---	---

Pourquoi des prestations sont-elles évaluées par période de 1min?

Pour les prestations de type E et EZ, en d'autres termes les positions TARDOC, des prestations sont saisies et facturées à la minute et donc évaluées par période de 1min.

Pour les prestations de type P et PZ évaluées par période de 1min, il n'est pas possible de définir des temps normatifs de branche, par ex. parce que la durée de la fourniture de la prestations diffère beaucoup. Les prestations P et PZ doivent donc être saisies au temps effectif.