

# Facturation

— Dr Laurent Pugnère, SNM

Le **TARMED** est le **tarif médical** applicable aux prestations **médicales ambulatoires** fournies en Suisse par les hôpitaux et les cabinets médicaux.

Depuis le 1er janvier 2004, toutes les prestations médicales ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins (AOS ou "à charge de la LAMal" ou « assurance de base ») sont décomptées au moyen du TARMED.

Quant aux prestations médicales ambulatoires relevant de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance militaire (AM) ou des assurances-accidents (AA), elles se fondent également sur le TARMED mais depuis le 1er mai 2003 déjà.

Le catalogue des prestations remboursées est défini par le Conseil fédéral.

Les prestations des assurances complémentaires sont par contre soumises à d'autres bases légales ou dispositions tarifaires.

La version actuelle du TARMED renferme, sur près de 2000 pages, la tarification de plus de 4000 prestations individuelles sous forme de positions tarifaires.

Le TARMED évalue les prestations non pas en francs, mais en points tarifaires.

La FMH et les assureurs-maladie ont réglé l'introduction et l'application de l'ouvrage tarifaire national TARMED dans la convention-cadre TARMED LAMal.

La FMH met à disposition les "[navigateur tarifaire \(Tarif-Browser\)](#) et [banque de données TARMED](#)" où les informations générales et les positions tarifaires avec leur valeur en points et leurs interprétations peuvent être consultées.

Au niveau cantonal, les sociétés cantonales de médecine concluent avec les assureurs-maladie des conventions d'adhésion spéciales qui définissent les règles entre les partenaires tarifaires, par exemple la valeur cantonale du point tarifaire.

La valeur du point TARMED est donc cantonale pour la LAMal, alors qu'il existe actuellement une seule valeur de point pour l'assurance-invalidité (AI), l'assurance militaire (AM) et l'assurance-accident (AA).

En cas de question sur le TARMED, la FMH propose une ligne d'assistance TARMED. Vos sociétés de spécialistes nationales sont en général les mieux à même de vous conseiller pour des questions propres à votre discipline.

Finalement le secrétariat de la SNM et la Commission des tarifs et des intérêts professionnels peuvent également vous fournir des renseignements.

Selon les contrats cantonaux avec les assureurs, l'assuré est débiteur de la rémunération de la prestation médicale fournie par un cabinet médical dans le cadre de la LAMal (système du tiers garant). Pour les autres domaines d'assurance (AI, AM et AA), la facture est directement adressée à l'assurance (tiers payant). Le tiers payant est également utilisé pour les prestations hospitalières.

En tant qu'assurés vous-mêmes, vous devriez connaître les modalités financières de l'assurance-

obligatoire des soins avec les primes d'assurance, le système de franchise et de la quote-part de 10%. Ce système est complexe et souvenez-vous que vos patients ne le comprennent pas toujours !

Par ailleurs, il est important de noter que les caisses d'assurance maladie sont chargées de par la loi sur la LAMal de contrôler que votre pratique respecte les règles d'économicité. De ce fait, vos coûts par rapport à la moyenne de vos collègues de même spécialité ne doivent pas excéder 30 %.

Ctésias, à ce sujet, vous donne un miroir de votre activité et vous permet de vérifier que vous êtes dans la norme en évitant ainsi de devoir répondre aux questionnements des assureurs maladie.

Economicité et Ctésias: [Réseau de soins Neuchâtelois/Ctésias/HIN](#)