

tive Dignität in dem Sinne, dass nur der oder die sie verrechnen darf, der/die diese Kriterien erfüllt. Demgegenüber gibt es keine Dignität des einzelnen Leistungserbringers dergestalt, dass je länger die Weiterbildungszeit ist umso höhere Rechnungen gestellt werden können. Auch der Herzchirurg mit 12 Jahren Weiterbildung oder mehr betreut seine Patienten nach Konsultationstaxen, die mit einer Dignität 5 gerechnet wurden (was übrigens keine Änderung gegenüber den heutigen Tarifen darstellt, die auch keine Tarife nach Fachdisziplin oder gar Charakteristiken eines einzelnen Leistungserbringers kennen).

Gibt es im TarMed noch die Unterscheidung zwischen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen? Falls ja, wie sind diese gekennzeichnet?

C. L. in Z.

Pflichtleistung ist ein Begriff des KVG, der entsprechend jeglichen Regelungen von TarMed vorgeht. In der Tarifstruktur sind Leistungen, die eindeutig nicht Pflichtleistungen sind bzw. in einem Teil der Fälle nicht Pflichtleistungen sind, gekennzeichnet.

Seit 10 Jahren praktiziere ich die Manuelle Medizin im Bereich Osteopathie. Ich verwende den jurassischen Tarif 85.16 kleiner Status Rheumatologie und 85.12 Gelenk-Manipulation. Ist es korrekt, dass ich nach dem Prinzip der wohlverwobenen Rechte weiterhin wie oben erwähnt verrechnen kann?

V. G. in C.

Massgeblich für die Abrechnung sind die Tarifpositionen «Manuelle Medizin» bzw. die gemäss Fähigkeitsausweis definierten Voraussetzungen für die Erbringung. Sind diese gegeben, so können die Leistungen auch ohne formellen Ausweis im Rahmen der Übergangsregelungen weiter verrechnet werden.

Ich betreibe einen von der paritätischen Kommission «Ambulante Chirurgie im UV/MV/IV-Arztтарif» akkreditierten Praxisoperationssaal.

- Wird die Akkreditierung von Praxis-OP im TarMed übernommen?
- Werden die gleichen oder zusätzliche Mindestanforderungskriterien verlangt?
- Kann die TL unabhängig vom Ort der erbrachten Leistung (Spital-OP oder akkreditierter Praxis-OP) verrechnet werden?

D. M. in W.

- Die genauen Kriterien sind noch nicht festgelegt. Sie werden für einen OPsTyp für Spital und Praxis gleich gehandhabt. Allfällige Massnahmen (sprich Sanktionen) können nur für den Spital- und Praxisbereich GLEICHZEITIG erfolgen. Zu berücksichtigen sind Übergangsfristen und Besitzstandsgarantien.
- Für die Verrechnung TL ist der verrechnende Arzt bzw. der Umstand, ob er in freier Praxis oder im Spital arbeitet, massgeblich. Unerheblich ist, ob der Arzt in freier Praxis seinen OP oder den z.B. eines Spitals benutzt. Im zweiten Fall ist es dann aber auch seine Angelegenheit, die Abgaben an das Spital zu regeln.

Questions les plus fréquentes sur le TarMed

Dès que nous serons à même de déjouer les embûches électroniques tendues par la FMH, nous allons enfin voir ce malheureux ouvrage dénommé TarMed alpha 2.2 (les gens qui l'ont conçu, qui ne semblent pas briller comme l'étoile de ce nom, ont-ils voulu s'en approprier la lumière?). Ma question est la suivante: quand commencent donc enfin les négociations avec les assureurs sur ce monstre que Brunner et Cie ont fabriqué durant des années dans les soubassements de la FMH?

B. B. à M.

Monstre ou pas, il a été fabriqué dès son origine avec les assureurs et les débats à son sujet n'ont pas eu lieu dans les caves de l'Elfenstrasse à Berne. Le GRAT, l'INFRA et leur résultat, le TarMed, sont le produit de

plus d'une dizaine d'années de négociations – terminées depuis – qui se sont révélées parfois très ardues avec les répondants des frais. Plus rien ne reste à négocier. Je ne souhaite pas soumettre votre vocabulaire à exégèse. Si j'en reprends des éléments, c'est pour mettre les choses au point: comment serait donc ce «monstre» si nous ne l'avions pas co-fabriqué? Ou serait-il réellement devenu un monstre si nous l'avions conçu tous seuls? Je vous laisse y réfléchir, cher Monsieur B. B. à M. Brunner et Cie vous saluent.

Grand merci pour les explications données quant au domaine de l'infrastructure des psychiatres. Les besoins à couvrir ne concernent pas que le travail sociopsychiatrique. Il s'agit surtout de l'impossibilité de financer un secrétariat à temps partiel. Nous attendons toujours la solution. J'apprécie que la FMH, dans sa réponse donnée à une question de H. B. à Z., reconnaisse la rémunération entière du «travail pour le patient». Cela dit, il n'est pas encore fixé dans le TarMed en raison de la suppression seulement conditionnelle des limitations. Quand le moment en sera-t-il venu?

H. L. à A.

Toutes les limitations sont supprimées, sous réserve de dispositions légales, pour les fournisseurs de prestations qui facturent par voie électronique.

En passant, je vous dirai que la FMH a reconnu le problème depuis longtemps et n'a jamais exigé de limitations. Le problème a toujours été, ici, du côté des assureurs ...

Je suis spécialiste en médecine générale FMH avec 10 ans de formation hospitalière, donc un temps de formation aussi long que celui d'un spécialiste en médecine interne ou en chirurgie, donnant droit à une valeur intrinsèque correspondante. Par rapport à celle-ci, comment ma longue formation sera-t-elle honorée en tant que spécialiste FMH en médecine générale?

G. F. à E.

La norme est donnée par la formation postgraduée structurée selon la Réglementation pour la formation postgraduée de la FMH. Des modifications ont été entreprises dans la mesure où l'on connaît aujourd'hui les temps de formation réellement nécessaires. Cela dit, votre question révèle un fréquent malentendu. En effet, la prestation isolée a une valeur intrinsèque quantitative et qualitative que seul peut facturer celui ou celle qui remplit ces critères. Il n'y a pas de valeur intrinsèque du fournisseur de prestation qui voudrait que le montant de la facture soit proportionnel à la longueur de la formation postgraduée. Le chirurgien cardiaque, avec ses 12 ans ou plus de formation postgraduée, assiste ses patients en vertu de la taxe de consultation, dont la valeur intrinsèque est fixée à 5 (ce qui, d'ailleurs, ne représente pas de changement par rapport aux tarifs encore en vigueur, qui ne s'adaptent pas non plus en fonction des disciplines particulières ou des caractéristiques personnelles du fournisseur de prestations).

Le TarMed pratique-t-il encore la différence entre prestations prises en charge et non prises en charge? Dans l'affirmative, comment sont-elles désignées?

C. L. à Z.

La prestation prise en charge est une notion émanant de la LAMal qui prime sur toute réglementation du TarMed. Dans la structure tarifaire, les prestations qui ne sont manifestement pas prises en charge par les caisses ou qui ne le sont que partiellement sont désignées comme telles.

Je pratique depuis 10 ans la médecine manuelle de type ostéopathique. J'utilise les tarifs jurassiens 85.16 petit status rhumato et 85.12 manipulation articulaire. Selon le principe des droits acquis, je pourrai continuer de facturer de la sorte, est-ce bien exact?

V. G. à C.

Sont déterminantes pour la facturation les positions tarifaires de «médecine manuelle» ou, plus précisément, les exigences définies selon l'attestation de formation complémentaire pour pouvoir les fournir. Si celles-ci sont remplies, les prestations peuvent continuer d'être facturées également sans attestation formelle, dans le cadre des dispositions transitoires.

Je gère un salle d'opération de cabinet médical accréditée par la commission paritaire «chirurgie ambulatoire» selon le tarif médical AA/AM/AI.

- *L'accréditation de la salle d'opération de cabinet médical sera-t-elle reprise par le TarMed?*
- *Les critères minimaux exigés seront-ils les mêmes ou supérieurs?*
- *La prestation technique sera-t-elle indemnisée indépendamment du lieu de la prestation apportée (salle d'opération en milieu hospitalier ou en cabinet médical)?*

D. M. à W.

- Les critères exacts ne sont pas encore fixés. Ils seront les mêmes pour chaque type de salle d'opération, en milieu hospitalier et au cabinet médical. D'éventuelles mesures (sanctions) ne peuvent être que les mêmes dans les deux domaines. Il sera tenu compte des délais transitoires et des garanties des droits acquis.
- Pour l'indemnisation de la prestation technique, le critère essentiel est de savoir si le médecin qui la fournit exerce en pratique privée ou à l'hôpital et non si le médecin libre praticien utilise la salle d'opération de son cabinet ou celle de l'hôpital. Dans le deuxième cas, c'est à lui de régler sa contribution à l'hôpital.