

Convention-cadre TarMed

Version du 14.12.2000

Approuvée par le Conseil d'administration du CAMS
le 24 janvier 2001.

Approuvée par le Comité central de la FMH
le 28 décembre 2000.

Parties à la convention

- le Concordat des assureurs-maladie suisses, Römerstrasse 20, 4502 Soleure («CAMS»)
- et
- la Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 16 («FMH»)

1. Préambule

- 1 Les assureurs et les médecins ont élaboré, dans le cadre de la révision totale du tarif médical et du catalogue des prestations hospitalières (TarMed), une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse, destinée à remplacer les différentes structures tarifaires AA/AM/AI, les tarifs médicaux cantonaux pour l'assurance-maladie et le catalogue des prestations hospitalières (CPH). La structure tarifaire TarMed, selon l'annexe 1, fait partie intégrante de cette convention.
- 2 La présente convention a pour objet l'introduction et la mise en application de cette structure tarifaire et de modalités uniformes de rémunération des médecins par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.
- 3 Font partie intégrante de la convention:
 - *1. La structure tarifaire convenue par les parties et approuvée par le Conseil fédéral;
 - *2. Le concept de neutralité des coûts;
 - *3. Les réglementations sur la protection et l'échange des données, notamment le transfert électronique des données;
 - *4. L'activité des médecins-conseils;

¹ Sous réserve d'une autre convention, sont applicables à ces fournisseurs de prestations, les mêmes droits et obligations contractuels qu'aux médecins en pratique privée.

* Ces annexes sont essentielles pour les parties et doivent également être approuvées par les organes compétents. Les autres annexes peuvent être adoptées ultérieurement.

5. Les dispositions sur le montant de la finance d'adhésion et de la contribution annuelle aux frais généraux;
- *6. La réglementation sur le diagnostic et les codes de diagnostic;
7. La réglementation sur les décomptes;
8. La réglementation sur les exigences de qualité et les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de la prestation;
9. La réglementation sur la Commission paritaire d'interprétation;
- *10. La réglementation sur l'accréditation des infrastructures, des valeurs intrinsèques et des spécialisations;
11. Tarif-cadre (en cours d'élaboration).

2. Champ d'application

- 1 La présente convention s'applique:
 - a) aux médecins en pratique privée détenteurs d'une autorisation de pratiquer conformément au droit cantonal, remplissant les conditions légales selon la LAMal et ayant adhéré à la convention;
 - b) aux médecins fournissant des prestations selon les formes d'assurances particulières (HMO, modèle de médecin de premier recours, institutions de soins ambulatoires, etc.) pour autant qu'ils facturent leurs prestations selon un tarif à l'acte et qu'ils aient adhéré à la convention¹;
 - c) aux assureurs admis par la LAMal et ayant adhéré à la convention;
 - d) aux assurés qui, dans le cadre de la LAMal ou d'accords internationaux, ont droit au remboursement des prestations par les assureurs-maladie.
- 2 Cette convention est applicable sur l'ensemble du territoire suisse.
- 3 Si une question n'est pas totalement réglée par cette convention, médecins et assureurs peuvent édicter des dispositions complémentaires sur le plan supracantonal, cantonal ou régional. Des réglementations particulières concernant la structure tarifaire, l'interprétation, les compléments, etc., sont exclues.

3. Adhésion à la convention

- 1 Cette convention est applicable à tout médecin affilié à la FMH satisfaisant aux conditions d'admission consignées sous chiffre 2, 1^{er} al., let. a, de la présente convention et y ayant adhéré par une déclaration écrite à la FMH.
- 2 Cette convention est applicable à tout assureur-maladie agréé par la LAMal et affilié au CAMS, dans la mesure où il y a adhéré par une déclaration écrite au CAMS.
- 3 La FMH et le CAMS établissent chacun une liste de leurs membres et des non-membres adhérant à la convention.
- 4 La FMH et le CAMS s'échangent les listes de membres.

4. Révocation de la convention

- 1 Si un médecin ou un assureur conventionné désire révoquer son adhésion à la présente convention, il doit adresser une déclaration écrite à son association professionnelle. La révocation devient effective après un délai de six mois pour le 30 juin ou le 31 décembre.
- 2 Tout médecin ou assureur conventionné ayant perdu, respectivement, la qualité de membre de la FMH ou celle du CAMS perd également son appartenance à cette convention dans un délai de 6 mois, soit au 30 juin ou au 31 décembre, pour autant qu'il n'y adhère pas en tant que non-membre.

5. Non-membres

- 1 Les médecins n'appartenant pas à la FMH et les assureurs non affiliés au CAMS qui remplissent les conditions d'admission prévues au chiffre 2, peuvent adhérer à la convention. L'adhésion comprend la reconnaissance totale de la convention et de ses annexes. Les non-membres des associations précitées doivent s'acquitter d'une finance d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais généraux; les modalités sont réglées dans les dispositions d'exécution (annexe 5).
- 2 L'adhésion à la convention devient effective avec le paiement de la finance d'adhésion. En cas de non-paiement de la contribution annuelle aux frais généraux après deux rappels, l'adhésion devient caduque 30 jours après réception du deuxième rappel. Les factures payées après échéance sont frappées d'un intérêt de retard de 5%.
- 3 Les médecins et assureurs non-membres de l'une des deux associations susmentionnées peuvent révoquer leur adhésion à la convention au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, moyennant un délai de dénonciation de 6 mois. La démission doit être donnée par écrit à l'association concernée.
- 4 Les parties à la convention font figurer séparément sur la liste de leurs membres, les non-membres ayant adhéré à la convention.

6. Numéro EAN / numéro d'enregistrement

- 1 La FMH délivre aux médecins un numéro EAN (numéro d'individualisation européen uniforme).
- 2 En vertu du numéro EAN et des données communiquées sur le bien-fondé de la facturation, le médecin admis selon les dispositions cantonales reçoit du CAMS un numéro d'enregistrement (N° d'enr.) dont il se sert pour facturer à la charge de l'assureur. Le code EAN et le numéro d'enregistrement doivent figurer sur chaque facture et chaque ordonnance.
- 3 Le CAMS remet le numéro d'enregistrement au médecin conventionné dans les 10 jours suivant la présentation de sa requête.

7. Accréditation des infrastructures, des valeurs intrinsèques et des spécialisations

- 1 Les parties règlent dans l'annexe 10 les critères relatifs à l'accréditation des infrastructures, des valeurs intrinsèques et des spécialisations.
- 2 Tout médecin adhérant à la présente convention, qu'il soit membre ou non de la FMH, doit satisfaire aux critères d'accréditation. Le respect de ces critères est une condition pour obtenir l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assureur.

8. Assistanat au cabinet médical et remplacement

- 1 Le médecin est en principe tenu de fournir ses prestations personnellement.
- 2 Il peut cependant, sous réserve de la législation cantonale, engager un assistant ou un remplaçant.
- 3 Un assistant en formation postgraduée peut être engagé pour une période de 6 mois au maximum au cabinet médical. Demeurent réservées d'autres solutions proposées par la RFP. Le détenteur du cabinet médical indique au CAMS son numéro EAN et la durée de l'engagement de l'assistant.
- 4 En cas d'absence de longue durée, le détenteur d'un cabinet médical peut engager un remplaçant. Le nom et la valeur intrinsèque du remplaçant doivent être communiqués au CAMS. Si le remplacement dure plus de 6 mois, le remplaçant doit demander un numéro d'enregistrement pour lui.
- 5 Dans le cadre de la présente convention, le médecin détenteur d'un numéro d'enregistrement est responsable du comportement médical de son remplaçant ou de l'assistant.

9. Engagement de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale

- 1 L'engagement d'un médecin sous la responsabilité et la surveillance du médecin qui l'engage est autorisé.
- 2 Le futur médecin employé doit être annoncé au CAMS et à la FMH avant son entrée en fonction. Au moment de son engagement, il doit satisfaire aux exigences des articles 36 LAMal et 38 OAMal.
- 3 La collaboration sous la forme juridique d'une personne morale (SA, société en commandite, Sàrl, coopérative, association, etc.) est possible.
- 4 Lorsque plusieurs médecins exercent sous un même numéro d'enregistrement, ils sont solidairement responsables à l'égard des assureurs-maladie en cas de comportement non conforme à la convention.
- 5 Les prestations doivent être attribuées au médecin qui les a fournies.
- 6 L'engagement de médecins et la collaboration sous la forme juridique d'une personne morale sont soumis à la législation cantonale et aux conventions entre médecins et assureurs sur le plan supracantonal, cantonal ou régional.

10. Sanctions en cas de violation de la convention

- 1 Lorsqu'un médecin ou un assureur conventionné contrevient aux dispositions de la présente convention, à ses annexes ou aux dispositions légales de la LAMal ou de ses ordonnances, la Commission paritaire de confiance (CPC) peut prendre les sanctions suivantes:
 1. avertissement écrit;
 2. non-remboursement de prestations facturées à tort;
 3. demande de restitution de prestations d'assurance indûment encaissées;
 4. paiement de prestations d'assurance refusées à tort;
 5. amende jusqu'à Fr. 50 000.-;
 6. exclusion de la convention;
 7. publication dans les organes de presse des parties à la convention.
- 2 Les sanctions peuvent être cumulatives.
- 3 Le dépôt d'une plainte pénale en cas de soupçon d'infraction demeure expressément réservé.

11. Facturation et rémunération

- 1 Le débiteur de la rémunération de la prestation médicale fournie dans le cadre de la LAMal est l'assuré (système du tiers garant). Médecins et assureurs peuvent convenir du système du tiers payant.
- 2 La valeur du point tarifaire est négociée sur le plan cantonal.
- 3 Le médecin établit sa facture selon le tarif en vigueur à l'endroit où il fournit ses prestations. La protection tarifaire est applicable.
- 4 Le médecin établit sa facture au moyen d'une formule uniforme, selon l'annexe 7 de la présente convention.
- 5 Au plus tard deux ans après l'introduction du Tar-Med, la facturation s'effectuera sous forme électronique. Les modalités concernant le transfert électronique des données dans les systèmes du tiers payant et du tiers garant sont réglées dans l'annexe 3 de la présente convention.
- 6 Dans le système du tiers garant, le médecin envoie sa facture à l'assuré et, si celui-ci en demande le remboursement à l'assureur, le médecin remet à l'assureur une copie électronique de sa facture, conformément à l'annexe sur le transfert électronique des données.
- 7 Dans le système du tiers payant, le médecin envoie sa facture à l'assureur et en adresse une copie à l'assuré.
- 8 La facture doit contenir les indications suivantes:
 - a) nom et adresse du médecin, N° d'enr. et N° EAN;
 - b) nom, adresse, date de naissance et – si possible – N° d'assuré du patient;

- c) raison du traitement (maladie, accident, maternité ou infirmité congénitale);
 - d) calendrier des prestations;
 - e) positions tarifaires, N° et dénomination;
 - f) valeur du point tarifaire;
 - g) diagnostic selon le code de diagnostic convenu;
 - h) indication des prestations non prises en charge par la LAMal;
 - i) date de la facture.
- 9 Lorsqu'un patient change d'assureur au 30 juin ou au 31 décembre, le médecin établira, à la demande du patient, au plus tard jusqu'au 15 août de l'année civile ou au 15 février de l'année suivante, une facture intermédiaire au 30 juin ou au 31 décembre.
 - 10 Dans le système du tiers payant, l'assureur rembourse au médecin la partie non contestée de la facture dans les 30 jours après réception de la facture s'il s'agit d'un décompte électronique et dans un délai de 45 jours en cas de décompte par écrit.
 - 11 La facturation au médecin de sommes dues par l'assuré à l'assureur est exclue dans le système du tiers garant.
 - 12 D'autres solutions supracantoniales, cantonales ou régionales demeurent réservées.

12. Reprise d'une dette

- 1 Dans des cas particuliers, le médecin peut convenir par écrit avec l'assureur, avant l'établissement de sa facture, que celui-ci lui verse directement le montant dû à l'assuré.
- 2 Les dispositions de détail sont réglées dans les conventions supracantoniales, cantonales ou régionales.

13. Assurance-qualité

Les médecins conventionnés s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité, conformément à l'article 58 de la LAMal. Ces mesures sont consignées à l'annexe 8 de la présente convention.

14. Médecins-conseils, transfert électronique des données

- 1 Pour le traitement de données se rapportant à des personnes déterminées et identifiables, notamment dans le transfert électronique de ces données, l'article 84 LAMal fait foi.
- 2 Les modalités concernant la transmission de données médicales ainsi que le statut et la formation postgraduée des médecins-conseils sont réglés par les parties dans les annexes 3 et 4 de la présente convention.

15. Caractère économique des prestations

- 1 Dans le traitement, la prescription et la dispensation de médicaments, la prescription et l'application de mesures thérapeutiques scientifiquement reconnues ainsi que pour les analyses, les médecins conventionnés doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 LAMal).
- 2 Les parties s'engagent, au sens de l'article 56, al. 5, LAMal et des articles 76 et 77 OAMal, à élaborer des bases de données et des critères visant à la garantie de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations selon la loi. Les travaux devront être terminés au plus tard jusqu'à la phase d'introduction de la neutralité des coûts.

16. Commission paritaire d'interprétation (CPI)

Les parties à la convention constituent une Commission paritaire d'interprétation (CPI) avec pour seule compétence d'interpréter le TarMed de façon uniforme et de plein droit sur le plan suisse. Les modalités sont réglées dans l'annexe 9 de la présente convention.

17. Commission paritaire de confiance (CPC)

- 1 Médecins et assureurs instituent une Commission paritaire de confiance (CPC) sur les plans supracantonal, cantonal ou régional.
- 2 Les tâches suivantes peuvent être confiées aux CPC:
 - a) conduite des négociations lors de dénonciation de conventions supracantoniales, cantonales ou régionales ou en cas de régime sans convention;
 - b) interprétation des conventions supracantoniales, cantonales ou régionales;
 - c) arbitrage de litiges entre médecins et assureurs;
 - d) vérification de factures contestées de médecins;
 - e) vérification du bien-fondé de traitements médicaux par rapport aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (annexe 8);
 - f) prescription de sanctions à l'égard de médecins ou d'assureurs en cas de violation de la LAMal et de ses ordonnances, de la convention-cadre CAMS-FMH ou des conventions supracantoniales, cantonales ou régionales;
 - g) conseils;
 - h) autres tâches confiées en commun par les parties à la convention.
- 3 Lorsqu'une commission paritaire de confiance est saisie par l'une des parties, elle doit convoquer celles-ci, dans un délai de 2 mois au plus, à une séance de conciliation.

18. Dénonciation

- 1 Cette convention peut être dénoncée par écrit, par chacune des parties, au plus tôt 12 mois après son entrée en vigueur. La résiliation prend effet après un délai de 6 mois pour la fin d'un mois, à savoir au plus tôt le Pour le délai de dénonciation de 6 mois, la date du timbre postal fait foi.
- 2 Si la présente convention n'est pas dénoncée durant les 12 premiers mois, le délai de résiliation est par la suite de 6 mois pour la fin d'une année civile.
- 3 Les parties s'engagent à renouer les pourparlers immédiatement après la dénonciation de la convention par l'une des parties.
- 4 Si un accord n'a pu être trouvé au terme du délai de dénonciation, les parties en informent l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

19. Tribunal arbitral FMH/CAMS

- 1 Les litiges ressortissant à la présente convention ou à ses annexes, à l'exception de ceux portant sur les questions tarifaires et d'interprétation conformément à l'article 16 de cette convention, sont réglés si possible par voie de négociations et en recourant à la commission tarifaire de confiance s'ils relèvent des conventions supracantoniales, cantonales ou régionales.
- 2 Si aucun accord ne peut être trouvé, il appartient au tribunal arbitral désigné par les parties de se prononcer sur les litiges relevant de la présente convention.
- 3 Chaque partie nomme deux arbitres. Ceux-ci désignent eux-mêmes leur président. A défaut, il appartient au président du Tribunal du canton de Soleure de désigner les arbitres.
- 4 Le tribunal arbitral a pour objet de veiller à une interprétation uniforme de la présente convention et de ses annexes.
- 5 Le tribunal arbitral définit lui-même la procédure à suivre. Il a son siège à Soleure. Pour le reste, les dispositions de l'ordonnance sur la procédure civile du canton de Soleure sont applicables.
- 6 Les conventions supracantoniales, cantonales ou régionales peuvent prévoir leur propre tribunal arbitral.

Dispositions transitoires

I. Entrée en vigueur

- 1 Cette convention entre en vigueur après sa signature par les deux parties et la date de son approbation par le Conseil fédéral.
- 2 Tout médecin membre de la FMH est affilié à la présente convention dès son entrée en vigueur, à moins que par une déclaration écrite, adressée à la FMH dans un délai de 30 jours après sa publication dans l'organe de l'association, il ne renonce à être conventionné.
- 3 Si le Conseil fédéral ou le département compétent devait ne pas approuver cette convention, certaines parties de celle-ci ou ses annexes, jugées très importantes par les parties à la convention, notamment dans la version valable au moment de l'entrée en vigueur, le concept de neutralité des coûts du ..., l'ensemble de la convention et ses annexes deviendraient caduques pour les parties.
- 4 Après l'entrée en vigueur de la présente convention, les parties cantonales conventionnées fixeront une date à partir de laquelle la facturation se fera selon la nouvelle structure tarifaire TarMed. Les prestations fournies selon l'ancien tarif (y compris les analyses, la physiothérapie, etc.) devront être facturées jusqu'à cette date.
- 5 A partir de cette date tous les tarifs fédéraux seront intégralement appliqués.

II. Neutralité des coûts

- 1 Les parties à la convention conviennent que l'introduction de la structure tarifaire TarMed ne doit pas provoquer d'augmentation des coûts totaux par assuré pour l'ensemble des prestations fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins au cabinet médical. (Cette définition n'a pas de caractère obligatoire pour les parties. Elle ne pourra être rédigée définitivement qu'au moment de l'approbation de l'annexe 2!)
- 2 Les parties à la convention règlent, dans une annexe de la présente convention, les détails sur l'introduction du TarMed dans le respect de la neutralité des coûts.

Schönenwerd/Soleure, le 14 décembre 2000
P. Meier/D. Wyler

Finance d'adhésion et contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres de la FMH et du CAMS

Conformément à l'art. 46, 2^e al, de la LAMal et à l'article 5 de la convention-cadre TarMed du 12 janvier 2001, les parties conviennent des points suivants:

1. La FMH et le CAMS exigent, conformément à l'art. 5 de la convention-cadre TarMed, une finance d'adhésion et une contribution annuelle aux frais généraux de la part des médecins et des assureurs non affiliés.
2. La finance d'adhésion pour les non-membres de la FMH (médecins en pratique privée et médecins hospitaliers se servant du tarif) s'élève à 60% de la cotisation de membre annuelle FMH. La finance d'adhésion pour les non-membres du CAMS correspond à 60% de la cotisation de membre annuelle CAMS.
3. La contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres de la FMH (médecins en pratique privée et médecins hospitaliers se servant du tarif) s'élève à 30% de la cotisation de membre annuelle FMH. La contribution aux frais généraux pour les non-membres du CAMS correspond à 30% de la cotisation de membre annuelle CAMS. Cette contribution n'est exigée que dès la deuxième année d'affiliation.
4. En cas de retrait de la convention dans le courant de l'année, le montant total de la contribution annuelle aux frais généraux reste acquise.
5. La finance d'adhésion et la contribution annuelle aux frais généraux doivent être versées à l'avance et sont exigibles dès réception de la déclaration d'adhésion ou avant le début de l'année civile. Pour le reste, l'art. 5, 2^e al., de la convention-cadre TarMed est applicable.
6. Les groupements supracantonaux, cantonaux ou régionaux ont le droit d'exiger, de la part des non-membres, une finance d'adhésion et une contribution annuelle aux frais généraux. Le montant maximal doit être fixé dans les accords correspondants.
7. En cas de litige concernant le montant de la finance d'adhésion ou de la contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres de la FMH et du CAMS, le tribunal arbitral se prononce en dernier lieu conformément à l'art. 19 de la convention-cadre TarMed.

Réglementation sur le diagnostic et les codes de diagnostic

Conformément à l'art. 11, 8^e al., let. g, de la convention-cadre TarMed du 12 janvier 2001, les parties conviennent des points suivants:

1. La liste des codes de diagnostic du Tessin du 19 juin 1996 servira de base pour les codes de diagnostic à appliquer à l'ensemble de l'activité ambulatoire au cabinet médical.
2. Le code de diagnostic doit être accompagné de la remarque «diagnostic demandé par l'assureur: ne remettre qu'au médecin-conseil».
3. Les hôpitaux, ainsi que les médecins détenteurs d'une salle d'opération accréditée au cabinet médical se servent du code ICD-10 ou de la version CHOP applicable.
4. Le code de diagnostic utilisé au début (cf. chiffre 1) sera remplacé sur la base des expériences accumulées par les parties jusqu'au 1^{er} janvier 2003, par un système cohérent fondé sur ICPC contrôlé et compatible avec la codification ICD-10.
5. Les parties peuvent, d'un commun accord, prolonger l'utilisation du code de diagnostic tessinois.