

Décisions de la Commission d'interprétation paritaire

TARMED Suisse

Numéro: 03015

Valable dès le 5. 8. 2003

Titre: Examens de dépistage selon SSP93

Positions tarifaires: 03.0020 à 03.0090

Teneur de la question

La version 1.1r du TARMED prévoit que «les examens qui ne sont pas effectués à temps ne peuvent pas être rattrapés» (interprétation technique).

Le manuel de la SSP ne mentionne aucune limitation de la consultation en fonction du moment où un certain âge est atteint. Dans la pratique, ces examens sont fréquemment effectués après que l'enfant a atteint l'âge correspondant.

Il existe uniquement une limitation légale (art. 12 a de l'OPAS) à 8 examens de dépistage chez l'enfant d'âge préscolaire. Un refus de prestations motivé par le moment de l'examen mènera donc inévitablement et à juste titre à la saisie du tribunal des assurances compétent.

Etant donné que le développement de l'enfant ne se fait pas en fonction d'une formule mathématique, il n'est pas possible d'imposer, par un ensemble de règles, une série d'exams en fonction de la date de naissance de l'enfant. Ces examens permettent en premier lieu de vérifier si l'enfant se développe en fonction de son âge. Ce n'est pas la date de naissance qui est déterminante, mais l'âge en général. En effet, un enfant de 4 ans n'atteindra pas le niveau de développement d'un enfant de son âge le jour même de son anniversaire, mais peut être six mois plus tôt ou plus tard. Pour cette raison, les limites temporelles fixées par le validateur sont trop courtes.

Décision

La CPI décide d'étendre les limites temporelles selon des principes logiques. Les nouvelles limites figurent dans le tableau ci-dessous. Ces modifications feront l'objet d'une proposition à la CPT.

Etant donné que cette décision n'est qu'une résolution à court terme du problème, la CPI invite la SSP à s'adresser à la Commission fédérale des prestations (CFP) pour demander une modification de l'article 12 de l'OPAS, ainsi que de la recommandation 93 de la SSP.

- Position tarifaire 03.0020: bilan de santé au cours du 1^{er} mois: 0 jour avant la date correspondant à l'anniversaire; 20 jours

après la date correspondant à l'anniversaire;

- position tarifaire 03.0030: bilan de santé au cours du 2^e mois: 3 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 30 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0040: bilan de santé au cours du 4^e mois: 3 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 30 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0050: bilan de santé au cours du 6^e mois: 30 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 90 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0060: bilan de santé au cours du 9^e au 12^e mois: 30 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 90 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0070: bilan de santé au cours du 15^e au 18^e mois: 30 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 90 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0080: bilan de santé au cours du 24^e mois: 90 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 180 jours après la date correspondant à l'anniversaire;
- position tarifaire 03.0090: bilan de santé au cours de la 5^e année: 720 jours avant la date correspondant à l'anniversaire; 810 jours après la date correspondant à l'anniversaire.

Remarques

Le validateur examine.

Numéro: 03028

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: radiographie de toute la colonne vertébrale et orthoradiographie

Positions tarifaires: 30.0510, 30.0530, 30.0550 et 30.0800, 30.1730, 30.1770

Teneur de la question

Les radiographies des extrémités inférieures entières et les radiographies de toute la colonne vertébrale ne sont pas tarifées dans le TARMED 1.1r.

Décision

Radiographies des extrémités inférieures (orthoradiographie).

Pour les radiographies des extrémités entières, la facturation est la suivante (valable pour les deux côtés):

- la cuisse une fois, premier cliché (30.1730);
- la jambe une fois, premier cliché (30.1770);
- le bassin une fois, premier cliché (30.0800).

Pour les radiographies de la colonne vertébrale, les radiographies suivantes peuvent être facturées:

- colonne cervicale, premier cliché (30.0510);
- colonne thoracique, premier cliché (30.0530);
- colonne lombaire, premier cliché (30.0550).

Numéro: 03029

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: activité de conseil en radiologie

Chapitres: 30 et 00.05

Teneur de la question

Les radiologues ont, bien entendu, aussi la possibilité de mener une activité de conseil. Toutefois, il faut veiller ici à ce que le conseil ne soit pas facturé pour des prestations qui ont déjà été fournies et payées par ailleurs. Par exemple, le radiologue à qui le médecin de premier recours s'est adressé pour interpréter une radiographie en détail ne peut pas facturer l'aide octroyée.

Si un médecin envoie l'ensemble des radiographies d'un patient à un radiologue pour prise de position ou qu'il se rende lui-même chez le radiologue, il lui demande un conseil qui n'a rien à voir avec l'interprétation des radiographies du médecin de premier recours ou du médecin tiers. Indépendamment de cela, les résultats sont en règle générale des rapports d'anamnèse chez le médecin de premier recours et non pas des résultats d'examen comme dans les instituts de radiologie. De telles situations correspondent très clairement à l'«obtention d'un deuxième avis médical» et valent ainsi comme activité de conseil.

Il ne faut pas se servir du conseil pour juger les radiographies du médecin de premier recours.

La «lecture» de radiographies préliminaires avant un examen radiologique ne compte pas comme activité de conseil. Ce n'est pas non

plus une «activité médicale» (00.0140) en l'absence du patient (y compris l'étude du dossier), par minute.

Décision

Le conseil donné par un spécialiste en radiologie vaut comme tel pour l'interprétation de clichés du médecin tiers, pour autant qu'un véritable deuxième avis soit demandé. A cet égard, il ne doit pas s'agir de la lecture de radiographies préliminaires avant l'examen radiologique proprement dit. Un rapport doit être rédigé par écrit, conformément à l'interprétation médicale du conseil.

Numéro: 03030

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: combinaison de consultation générale et de consultation radiologique

Chapitres: 30 et 00

Positions tarifaires: 30.0010, 00.0010ss

Teneur de la question

Dans le cadre des droits acquis, un neurologue est habilité à réaliser des examens CT. Est-il approprié que ce médecin facture aussi bien une consultation générale qu'une consultation radiologique?

Décision

La consultation radiologique ne peut pas être combinée avec des prestations de base générales au cours de la même séance.

Numéro: 03031

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: reconstruction CT/IRM

Chapitre: 30

Positions tarifaires: 30.4420, 30.5280

Teneur de la question

Il est frappant que la reconstruction fasse, en particulier pour les CT, très souvent l'objet d'une facturation (30.4420). Dans les rapports de radiologie médicale, on n'en parle jamais. Il n'était certainement pas dans l'intention des auteurs du tarif qu'une reconstruction puisse être facturée pour chaque CT. Si c'eût été le cas, on aurait intégré la reconstruction dans l'examen de base.

Décision

Si des reconstructions CT/IRM sont facturées en radiologie avec les positions tarifaires 30.4420 ou 30.5280, les prestations fournies doivent être mentionnées dans le rapport d'examen radiologique.

Numéro: 03032

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: radiologie de la clavicule des deux côtés

Chapitre: 30

Position tarifaire: 30.0710

Teneur de la question

La clavicule est taxée dans une position commune avec le sternum. Cette position ne peut être facturée qu'une fois par séance et nullement par côté. Comment faut-il facturer la radiologie de la clavicule des deux côtés?

Décision

Pour la radiographie de la clavicule des deux côtés (30.0710) (gauche et droite), il est possible de facturer une fois la première radiographie et la radiographie correspondante suivante (30.0720).

L'interprétation du chapitre IC 30-3 est au surplus applicable.

Numéro: 03033

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: cas d'urgence en radiologie

Chapitre: 00.08

Positions tarifaires: 00.2510 à 00.2590

Teneur de la question

Certains instituts de radiologie ont facturé des cas d'urgence, bien que la raison à la base de cette facturation ne ressorte pas clairement des documents.

Des cas d'urgence ne sont pas très fréquents en institut de radiologie, mais dans certaines conditions, ils peuvent être facturés par le radiologue.

Décision

L'urgence en radiologie est traitée exactement comme tous les autres cas, avec l'application des mêmes critères (interprétation médicale de la position d'urgence concernée).

Exemples de cas d'urgence typiques en institut de radiologie:

- soupçons de fractures comminutives étendues;
- hémorragie cérébrale;
- ruptures d'organe;
- thromboses dues à des phlébites et autres situations mettant la vie en danger et exigeant des soins immédiats.

Numéro: 03034

Valable dès le 10. 2. 2004

Titre: consultation en institut de radiologie

Chapitres: 30 et 00.01.01

Teneur de la question

Conformément aux interprétations du chapitre 30 (IC-9), les positions tarifaires du chapitre 30 font partie d'un bloc de prestations et ne sont donc cumulables qu'entre elles. Les suppléments pour cas d'urgence font exception à cette règle (00.08).

La question se pose ici de savoir quand et dans quels cas une consultation peut malgré tout être facturée. Habituellement, le patient est renvoyé à son médecin traitant quant au résultat de l'examen. Il revient à ce dernier de l'expliquer en détail au patient.

Une consultation devrait pouvoir être facturée sans autres par le radiologue dans le cas suivant: si le patient a demandé expressément une consultation proprement dite (entretien), le radiologue peut alors facturer une consultation.

Dans ce cas, il faut facturer la consultation avec une deuxième séance.

Décision

L'indemnisation des prestations médicales générales fournies au patient par le spécialiste en radiologie médicale ou en radiodiagnostic lors d'un examen par imagerie se fait au moyen de la position tarifaire 30.0010 «consultation radiologique de base». Si le patient demande des informations concernant les résultats et le diagnostic sur la base des examens effectués par imagerie, le radiologue n'a pas le droit de facturer une consultation supplémentaire (00.0010ss.).

Remarques

Nouvelle formulation selon la décision de CPI du 23 mars 2004.

Numéro: 04002

Valable dès le 10. 02. 2004

Titre: Détermination de la profondeur (cm) en cas d'excision de corps étranger(s)

Chapitre: 04

Positions tarifaires: 04.0900, 04.0920

Teneur de la question

La facturation d'une excision de corps étranger(s) se fait en fonction de la profondeur de celui-ci. Est déterminant le corps étranger ou la partie de corps étranger ayant pénétré le plus profondément et ce, quel que soit le nombre de corps étrangers. La facturation différencie deux types de profondeur: jusqu'à 1 cm et à plus de 1 cm.

Mais comment déterminer la profondeur?

La profondeur est-elle déterminée par la longueur du canal d'accès depuis le point d'entrée jusqu'à la partie de corps étranger ayant pénétré le plus profondément ou doit-elle être mesurée à angle droit depuis la surface du corps? Ou alors faut-il mesurer la profondeur à partir de l'accès choisi par l'opérateur jusqu'à l'endroit où il atteint le corps étranger? Un corps étranger peut p. ex. se situer à 3 centimètres de profondeur depuis le point d'entrée. Dans la mesure où ce corps étranger a toutefois une position oblique ou parallèle par rapport à la surface du corps, seule la surface de la peau (tégument) est touchée. Les nerfs et les vaisseaux artériels, qui font partie – entre autres – des structures plus profondes de la peau, ne sont pas touchés dans ce cas précis. Par conséquent, c'est la profondeur mesurée à angle droit depuis la surface qui est déterminante pour savoir s'il faudra travailler ou non dans le domaine des structures plus complexes.

Décision

La profondeur mesurée à angle droit depuis la surface du corps est déterminante pour définir à quelle profondeur se situe le corps étranger.

Numéro: 04006

Valable dès le 9. 3. 2004

Titre: examen de la glande thyroïde (médecine nucléaire)

Chapitres: 30 et 31

Teneur de question

Avant de procéder à un examen de médecine nucléaire de la thyroïde, le spécialiste effectue un examen de cette glande par ultrasons. En raison de la mise en bloc des prestations des chapitres 30 et 31, la facturation de l'examen par ultrasons n'est pas possible actuellement. Afin de pouvoir facturer correctement, il faut comptabiliser deux séances distinctes. Lors d'examens de la glande thyroïde en médecine nucléaire, le spécialiste réalise la plupart du temps un examen de cette glande par ultrasons. La prestation ainsi réalisée peut (doit) être facturée dans le cadre de deux séances différentes.

Décision

La CPI estime qu'en règle générale, un examen de la glande thyroïde par ultrasons suffit lors d'examens effectués dans le cadre d'une affection de la thyroïde. Si le spécialiste réalise le même jour l'examen de la glande thyroïde par ultrasons et l'examen de médecine nucléaire, il doit facturer deux séances le même jour pour des raisons de technique tarifaire.

Numéro: 04007

Valable dès le 6. 4. 2004

Titre: Bilan de santé en pédiatrie

Chapitre: 03

Positions tarifaires: 03.0010 à 03.0120

Teneur de la question

Dans le TARMED, l'âge indiqué dans les bilans de santé est l'âge physique, en contradiction avec les recommandations SSP 93, selon lesquelles la notion de l'«âge» correspond à l'âge de développement de l'enfant. Comme l'adaptation des structures dans le domaine des bilans de santé ne sera répercutée dans le tarif qu'au 1^{er} juillet 2004, conformément à la décision du Comité de direction du 11 mars 2004, celui-ci propose, en tant que solution transitoire, de compléter l'interprétation technique comme suit dans les positions 03.0010 à 03.0120: «Par âge, on entend l'âge de développement de l'enfant».

Décision

La CPI rejette cette proposition et recommande par contre d'appliquer la décision 03015 de la CPI du 5 août 2003 et la décision 03003 de la CPT du 2 septembre 2003.

Numéro: 04009

Valable dès le 04. 05. 2004

Titre: Expertises médicales

Chapitre: 00.07

Positions tarifaires: 00.2310 à 00.2420

Teneur de la question

La CPI, dans sa décision 03012 du 16 septembre 2003, a déclaré que la facturation multiple de classes d'examen lors d'expertises médicales était conforme au tarif, pour autant que l'examen porte sur plusieurs jours. Nous demandons la suppression de cette décision et une nouvelle interprétation fondée sur les explications qui suivent. Lors de l'application des chiffres tarifaires 00.2310 à 00.2420, il s'agit tout d'abord de savoir si la durée de la prestation indiquée pour les diverses catégories et classes est normative ou si cette durée est considérée comme étant effective. Nous sommes en principe d'avis qu'il s'agit d'une durée normative car, dans le cas contraire, cela n'aurait aucun sens de recourir à un grand nombre de catégories et de classes et de fixer une indemnité forfaitaire. Si l'on songeait à la durée effective, on pourrait créer une seule position pour expertise médicale et en calculer l'envergure par tranches de 5 min. Un autre indice montrant qu'il s'agit de durées normatives est la précision avec laquelle le mode et la teneur de l'expertise sont

décrits. S'agissant de la répartition en catégories, c'est tout d'abord la complexité des données et la question à résoudre qui comptent, non pas le temps effectif consacré à l'expertise. S'il s'agissait de calculer la durée effective, on pourrait éviter la description détaillée de chaque catégorie d'expertises. Une expertise difficile prendrait donc forcément plus de temps et, pour une facturation par étapes de 5 min., serait plus onéreuse en conséquence. La tarification de l'expertise médicale selon le TARMED a pour intention de normer cette prestation, intention pour ainsi dire annulée par la rémunération du temps consacré à l'examen.

Dans l'interprétation technique des diverses classes, on trouve «1 fois par séance», ce qui pourrait donner à penser qu'il est possible de facturer plusieurs classes d'examen lors de plusieurs séances. Or, la même interprétation technique vaut également pour les catégories. On ne voit pas pour quelle raison, dans une même interprétation technique, une facturation multiple est d'une part acceptée (classes) et d'autre part exclue (catégories), de sorte qu'il faut appliquer un procédé artificiel (facturation de la catégorie d'expertise avec la valeur «0») afin de contourner le validateur. Nous sommes d'avis que dans l'interprétation technique, il faut remplacer la notification «1 fois par séance» par «1 fois par expertise». Il n'est pas exigé du médecin qu'il accomplisse une expertise en un jour (position tarifaire «Catégorie d'expertise»), même si une date fixe doit figurer sur la facture de cette prestation. En conséquence, le médecin n'est pas tenu non plus d'exécuter son examen en un seul jour, mais peut le faire sur plusieurs, tout comme il peut établir l'expertise sur plusieurs jours sans que la conséquence en soit une facturation multiple.

Dans le tarif, la classe d'examen 7 est prévue pour les cas où les normes des classes 1 à 6 ne suffisent pas. Même la classe 7 est, au demeurant, une grandeur normative, puisqu'un accord spécial doit être préalablement trouvé entre fournisseur de prestations et répondant des frais. Une classe 7 n'aurait guère de sens si les classes 1 à 6 pouvaient être cumulées. Une durée d'examen de plus de 3 heures à la fois (en classe 7) ne saurait guère être exigée du patient et devrait par conséquent être répartie sur plusieurs jours.

La limite de 3 heures en classe 6 est normalement suffisante, car il n'est pas nécessaire de réexaminer le patient depuis le début. L'anamnèse et le status ressortent du dossier. Lors de l'examen, il ne peut donc s'agir que d'éclaircir les questions nécessaires au mandat d'expertise.

Le Dr Lukas Bohny, membre du groupe d'experts pour les expertises médicales, soutient entièrement cette proposition.

L'interprétation technique de toutes les catégories d'expertises et de classes d'examens

doit être modifiée par la notification «1 fois par expertise».

Décision

Demande à la CPT de modifier comme suit le chapitre 00.07, positions 00.2310 à 00.2420: interprétation technique: «1 fois par expertise» remplace «1 fois par séance».

L'application de cette décision annule la décision de la CPI 03012.

Remarques

N'est valable que jusqu'à l'application de la décision de la CPT.

Numéro: 04010

Valable dès le 04.05.2004

Titre: Prise en charge en oncologie

Chapitres: 00 et 35

Positions tarifaires: 00.1370, 35.0210, 35.0220, 00.1530

Teneur de la question

Les restrictions indiquées à la position 00.1370 lors de facturation non électronique rendent impossible la facturation correcte du suivi et de la prise en charge en oncologie (après la chimiothérapie). La durée de la chimiothérapie varie en effet de 2 à 4 heures, selon les substances ou les schémas thérapeutiques choisis.

- A) Le TARMED doit prévoir une position tarifaire correspondante (comme pour les mesures d'urgence de sas/H+ concernant la prise en charge en oncologie). Cette nouvelle position à créer devra être effective au plus tard le 1^{er} janvier 2005.
- B) Afin que les oncologues puissent facturer la prestation de prise en charge post-chimiothérapeutique du patient avant que la nouvelle position ne soit introduite, ils

doivent pouvoir facturer selon les positions 35.0210, 35.0220 et 00.1530.

Les spécialistes en oncologie qui ne facturent pas électroniquement peuvent facturer la prise en charge post-chimiothérapeutique du patient en utilisant, au lieu de la position limitée 00.1370, les positions 35.0210, 35.0220 et 00.1530.

Décision

Les spécialistes en oncologie qui ne facturent pas électroniquement peuvent facturer la prise en charge post-chimiothérapeutique du patient en utilisant, au lieu de la position limitée 00.1370, les positions 35.0210, 35.0220 et 00.1530.

Numéro: 04011

Valable dès le 04.05.2004

Titre: Photothérapie sélective par ultraviolets (SUP) / UVB à spectre étroit

Chapitre: 04

Position tarifaire: 04.0250

Teneur de la question

Devoir de prestation pour le traitement des affections dermatologiques au moyen de la photochimiothérapie (PUVA) et de la photothérapie sélective par ultraviolets (SUP).

De nouveaux tubes UV sont sur le marché depuis env. 2 ans (TL-01) dans le domaine des examens par UVB à spectre étroit:

Avantages

- ils ne nécessitent pas de photosensibilisation (méladine[®], Fr. 3.08 par séance), ni d'évitement des rayons du soleil (PUVA) depuis la prise du médicament jusqu'au coucher du soleil;
- pratiquement le même effet positif que la PUVA;
- meilleur effet que la SUP;
- risque de brûlures moindre qu'avec la SUP.

Base: Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, annexe 1, chap. 5.

- A) Proposition d'extension de l'interprétation du titre de la position 04.0250: 04.0250 Photochimiothérapie (PUVA) et photothérapie UVB à spectre étroit
- B) Création d'une nouvelle position tarifaire TARMED, ou extension de la position 04.0250 actuellement valable pour la photochimiothérapie (PUVA).

Décision

Demande en ce sens à la CPT.

Dans l'intervalle, la CPI recommande le recours à la position 04.0250 également pour la photothérapie par UVB à spectre étroit.

Qu'est-ce que la CPI?

La CPI est le seul organisme national mandaté par les parties à la convention pour les questions d'interprétation des positions tarifaires de la structure tarifaire TARMED. La CPI intervient lorsque l'application de la structure tarifaire TARMED donne lieu à des différends ou lorsque la signification d'une interprétation n'est pas claire. Les décisions de la CPI ont force obligatoire pour tous les utilisateurs de la structure tarifaire TARMED. (Cf. Convention-cadre LAMal, Annexe 7 «Convention concernant la Commission paritaire d'interprétation TARMED»; Tarmed-Info No 15/16 BMS 2003;84[43]:2239-40.)