

# TARMED-Info

Bulletin Nr. 19

## **Paritätische Tarifkommission (PTK) und Paritätische Interpretationskommission (PIK), Sitzung vom 25. Februar 2004**

Im Februar hat eine Sitzung dieser beiden Kommissionen stattgefunden. Wir informieren nachstehend über die gefassten Beschlüsse.

### **PTK**

#### **Dienst an Sonn- und Feiertagen**

Nachdem es die Versicherer bereits ablehnten, die Tarifpositionen für Notfallzuschläge mit einem Frankenbetrag zu bewerten, haben sie nun auch Zuschläge für Leistungen abgelehnt, die an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen erbracht werden. Die Begründung lautete, dass in der TARMED Version 1.1r, welche vom Bundesrat genehmigt wurde, die besagten Zuschläge mit Taxpunkten bewertet worden sind.

Als weiteres Argument wurde angeführt, die Sozialversicherungen seien nicht dazu da, Kosten zu decken, für welche der Staat im Rahmen der Gewährleistung der medizinischen Versorgung ausserhalb der normalen Arbeitszeiten aufkommen müsse. Eine Kostendeckung für Leistungen, die ausserhalb der Bürozeiten erbracht werden, sei einzig für wirkliche Notfälle gerechtfertigt. Im TARMED wären ja verschiedene Möglichkeiten zur Fakturierung der Notfälle vorhanden.

Diese Argumentation steht auf derart schwachen Füßen, dass sich jeglicher Kommentar erübrigt ... Aus diesem Grund veröffentlichen wir hier auch die Anschriften der Herren C. Brändli (santésuisse) und W. Morger (Medizinaltarifkommission), an welche entsprechende Protestbriefe zu richten sind:

- Christoffel Brändli, Präsident santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn;
- Dr. iur. Willi Morger, Präsident der MTK, SUVA, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern.

Nach hitzigen Diskussionen zu diesem Thema ist einzig erreicht worden, dass die Versicherer allenfalls bereit sein könnten, eine Tarifierung für

die «Expresskonsultation» ins Auge zu fassen. Diese kommt beispielsweise in der Pädiatrie besonders häufig vor. Nach Meinung der Versicherer müssten allerdings mit Einführung der «Expresskonsultation» konsequenterweise die Notfallzuschläge nach unten revidiert werden.

Die FMH hat beschlossen, Vorschläge für die Tarifierung dieser «Expresskonsultationen» zu unterbreiten und allenfalls auch die Notfallzuschläge zu überprüfen.

#### **Blutentnahme**

Siehe die Mitteilung hier unten.

#### **Kinderchirurgie – Zuschlag für ambulante Eingriffe**

In der ambulanten Kinderchirurgie darf kein Zuschlag für Kinder/Jugendliche verrechnet werden. Dies steht im Gegensatz zur Tarifierung der stationären Kinderchirurgie (Pos. 00.0220, 00.240, 00.0260).

Da ein solcher Zuschlag fehlt, hat die FMH eine diesbezügliche Änderung beantragt, welche jedoch von den Versicherern abgelehnt wurde. Hier wird das Argument angeführt, der freipraktizierende Chirurg könne im Rahmen einer neuen Behandlungssitzung die Konsultationspositionen (00.0010 bis 00.0030) verrechnen, plus den Zuschlag für Kinder/Jugendliche (00.0040). Eine neue Tarifposition sei deshalb nicht nötig.

#### **Kinderchirurgie – Technische Leistung, Zuschlag für Patienten, die mehr Ressourcen (Infrastruktur und Personal) benötigen**

Die Kinderchirurgie erfordert bei gleichwertiger Leistung mehr perioperative Ressourcen als die Erwachsenen Chirurgie. Die FMH hat deshalb die Bildung einer neuen Tarifposition beantragt, mit welcher kinderchirurgische Interventionen in technischer Hinsicht besser vergütet werden. Der Antrag der FMH wurde abgelehnt.

Die Versicherer anerkennen aber insgesamt tatsächlich den erhöhten Ressourcenaufwand für kinderchirurgische Interventionen. Deshalb wurde H+ gebeten, einen präziseren Antrag in diese Richtung zu formulieren.

**PIK**

**Antragsnummer: 04003**

**Datum: 9.3.2004**

**Titel: Zusatzposition 31.0270 nicht kumulierbar mit der Hauptposition 31.0260**  
**Kapitel/Tarifposition: 31., 31.0260, 31.0270, 31.0310**

*Problemstellung*

- Die Zusatzposition 31.0270 ist nicht kumulierbar mit der Hauptposition 31.0260.

Der Fehler muss behoben werden: die Positionen 31.0270 und 31.0310 sollten als unabhängige Positionen und nicht als Zusatzpositionen aufgeführt werden. Sie werden nur in seltenen Fällen mit 31.0260 angewendet, sondern in der Regel während Herzbelastungen mit anschließender Applikation im Applikationsraum durchgeführt, so dass die Verknüpfung aufzuheben ist.

Als Zwischenlösung wird vorgeschlagen, dass im Rahmen einer 2. Sitzung mit den Positionen des Kapitels 17.01 abgerechnet wird.

*Beschluss der PIK*

Antrag an PTK: Bis zur entsprechenden Tarifänderung empfiehlt die PIK: Die gegenseitige Verblockung von 31.0260 zu 31.0270 wird aufgehoben.

Die Medizinische Interpretation von 31.0270 wird wie folgt ergänzt: «Nur zur Dokumentation eines unvorhergesehenen kardialen Ereignisses.»

**Antragsnummer: 04004**

**Datum: 9.3.2004**

**Titel: Zusatzposition 31.0620**  
**Kapitel/Tarifposition: 31., 31.0620, 31.0630 bis 31.0660**

*Problemstellung*

- Die Zusatzposition 31.0620 wird auch mit den Hauptleistungen 31.0630 bis 31.0660 erbracht.

Die Zusatzposition 31.0620 muss zu den Positionen 31.0630 bis 31.0660 in Ergänzung kommen. Als Zwischenlösung darf der Nuklearmediziner die Pos. 31.0630 (z. B.) als Hauptleistung abrechnen plus die Position 00.0610 mit Mengengerüst 0 (null) und dann die Pos. 31.0620.

*Beschluss der PIK*

Antrag an die PTK: Bis auf weiteres empfiehlt die PIK: Die Position 31.0620 kann auch als Zuschlag auf die Positionen 31.0630, 31.0640, 31.0650 und 31.0660 angewendet werden.

**Antragsnummer: 04005**

**Datum: 9.3.2004**

**Titel: Konsultation in der Nuklearmedizin**  
**Kapitel/Tarifposition: 31 und 00**

*Problemstellung*

- Gemäss Interpretationen des Kapitels 31 (KI-31-5) sind die Tarifpositionen aus dem Kapitel 31 Teile eines Leistungsblockes und deshalb nur unter sich kumulierbar.

In der Nuklearmedizin, insbesondere bei Schilddrüsenuntersuchungen, kommen Konsultationen häufig vor. Im folgenden Fall sollte eine Konsultation ohne weiteres durch den Nuklearmediziner verrechenbar sein:

Eine Konsultation darf im Rahmen der nuklearmedizinischen Untersuchung abgerechnet werden, sofern diese medizinisch begründet ist, wie z.B. bei Schilddrüsenuntersuchungen.

Im folgenden Fall sollte eine Konsultation ohne weiteres durch den Nuklearmediziner verrechenbar sein: Eine Konsultation darf in Rechnung gestellt werden, wenn sie medizinisch begründbar ist oder wenn ein Patient ausdrücklich um eine eigentliche Konsultation (Unterredung) ersucht.

In diesem Fall muss die Konsultation mit einer zweiten Sitzung abgerechnet werden.

*Beschluss der PIK*

Der Antrag wurde am 25. Februar 2004 abgelehnt.

Die in der Ausgangslage dargestellten Sachverhalte können nach dem gültigen Tarif abgerechnet werden, da diese Konsultationen nicht in der gleichen Sitzung mit der eigentlichen nuklearmedizinischen Diagnostik erfolgen.

**Antragsnummer: 04006**

**Datum: 9.3.2004**

**Titel: Schilddrüsenuntersuchung (Nuklearmedizin)**  
**Kapitel/Tarifposition: 30, 31**

*Problemstellung*

- Vor einer nuklearmedizinischen Untersuchung der Schilddrüse wird in der Regel ein US der Schilddrüse gemacht. Wegen der Verblockung der Kap. 30 und 31 ist die Abrechnung heute nicht möglich. Damit die Abrechnung korrekt gemacht werden kann, müssen 2 Sitzungen eröffnet werden.

Bei nuklearmedizinischen Schilddrüsenuntersuchungen wird der Nuklearmediziner meistens ein US der Schilddrüse machen. Die Abrechnung der erbrachten Leistung darf (muss) im Rahmen von 2 verschiedenen Sitzungen abgerechnet werden.

**Beschluss der PIK**

Die PIK geht davon aus, dass während der Abklärungen eines Schilddrüsenleidens in der Regel eine US-Untersuchung der Schilddrüse ausreichend ist.

Sollte diese Schilddrüsenuntersuchung gleichentags und vom gleichen Leistungserbringer, der die nuklearmedizinische Untersuchung durchführt, erbracht werden, muss aus tariftechnischen Gründen auf zwei Sitzungen am gleichen Tag zurückgegriffen werden.

**Analysenliste/Blutentnahme**

Die Interventionen der FMH / G7 beim Bundesamt für Sozialversicherung BSV haben zu folgender Vereinbarung geführt:

1. In der Analysenliste wird sobald als möglich – vorgesehen ist der 1. Mai 2004 – eine Position für Blutentnahme wieder eingeführt.
2. Die Position gilt für die venöse wie für die kapilläre Blutentnahme in gleicher Weise, unabhängig davon, wo die Entnahme durchgeführt wird. Eine Wegentschädigung für die Entnahme beim Patienten zu Hause entfällt.
3. Position beträgt 8 TP, entsprechend Fr. 8.– bei einem Taxpunktwert AL von Fr. 1.–.
4. Die Regelung gilt bis spätestens 30. Juni 2005. In dieser Zeit muss sie in die TARMED-Tarifstruktur überführt werden, worauf sie aus der Analysenliste wieder gestrichen werden wird.

**FAQ**

**Validatoren**

Es scheint, dass die bei den Ärzten installierten Validatoren häufig die Rechnungen zurückweisen, obwohl diese tarifkonform sind. Ohne konkrete Elemente ist es uns leider nicht möglich, aktiv zu werden. Damit wir intervenieren können, bitten wir die Ärzte, uns Kopien von zurückgewiesenen Rechnungen zuzustellen und uns kurz mitzuteilen, mit welchem Fakturierungsprogramm diese Rechnungen erstellt wurden.

Senden Sie diese Unterlagen bitte an den Tarifiedienst FMH, Burghöhe 1, Postfach, 6208 Oberkirch.

Kommentierte Vorlagen von korrekten oder fehlerhaften Rechnungen finden Sie im Internet unter [www.tarmed.ch](http://www.tarmed.ch).

**Diagnosecode**

- Die TARMED-Verträge verpflichten die Ärzte zur Angabe der Diagnosecodes.
- Im KVG-Bereich handelt es sich um den «Tessiner Code» (Anhang 4b zum Rahmenvertrag TARMED).
- Im UV/MV/IV-Bereich ist es der Code ICD-10.

**Tarifcode**

Bei den TARMED-Rechnungsformularen muss in der Kolonne «Tarif» eine 3stellige Zahl entsprechend dem verwendeten Tarif angegeben werden.

Die gebräuchlichsten Tarifcodes sind:

- TARMED 001
- Analysenliste (AL) 316
- Spezialitätenliste (SL) 400
- Physiotherapietarif 311
- Liste Mittel und Gegenstände (MiGel) 452
- Notmassnahmen – Radiologie 999 (= Tarif in Franken)

**Registrationsnummer (auch Zahlstellenregister-Nr. [ZSR-Nr.] oder Konkordats-Nr.) – EAN-Nr. des Arztes**

Gemäss Tarifvereinbarung müssen beide Nummern zwingend auf allen Rezepten und Rechnungen angegeben werden.

**Elektronische Abrechnung**

Heute erstellen die meisten Ärzte ihre Rechnungen im XML-3-Standard. Für die elektronische Übermittlung wird aber der XML-4-Standard benötigt. Solange die Versicherer nicht in der Lage sind, die Rechnungen elektronisch zu verarbeiten, werden sie als nicht elektronisch übermittelt erachtet und es kommen die diesbezüglichen Limitationen im TARMED zur Anwendung.

Weitere Erläuterungen finden Sie im Schreiben von Dr. E. Gähler (G7) auf dem Internet unter [www.tarmed.ch](http://www.tarmed.ch) → FAQ → Elektronische Abrechnung/Limitationen.

### **Korrektur von Rechnungen durch Krankenkassen**

Wiederholt wurden wir von Ärztinnen und Ärzten darauf aufmerksam gemacht, dass von ihnen gestellte Rechnungen zu Unrecht korrigiert worden seien. In den meisten Fällen betraf dies die Wegentschädigung bei Notfallbesuchen, welche von den Kassen nicht im Kombination mit den Notfallzuschlägen akzeptiert wurde. Diese Tarifauslegung ist vertragswidrig und somit nicht zulässig. Wir bitten alle Ärztinnen und Ärzte, bei ungerechtfertigter Rechnungskorrektur durch eine Krankenkasse dem Tarifiedienst der FMH (Adresse siehe oben) eine Kopie der Rechnung

sowie eine Kopie des Schreibens der Krankenkasse zuzustellen. Die FMH wird zu diesen Fällen eine Stellungnahme von santésuisse verlangen.

### **Mehrwertsteuer auf Rechnungsformular**

Bei der Rechnungsstellung unter TARMED ist unbedingt darauf zu achten, dass die Mehrwertsteuer nur ausgewiesen wird, wenn der Arzt auch mehrwertsteuerpflichtig ist. Besteht keine Mehrwertsteuerpflicht, so darf kein Hinweis auf die Mehrwertsteuer auf der Rechnung erscheinen. Unter die Bestimmungen der Mehrwertsteuer fallen alle Medikamente oder via MiGel abgerechnete Mittel und Gegenstände.

## TARMED-Info

Bulletin n° 19

### **Commission paritaire tarifaire (CPT) et Commission paritaire d'interprétation (CPI), séance du 25 février 2004**

Ces deux Commissions ont siégé au mois de février et nous publions ci-dessous les résultats des délibérations.

#### **CPT**

#### **Service du dimanche ou des jours fériés**

Après avoir refusé que les positions tarifaires d'indemnités pour urgences soient libellées en francs en prétextant que le TARMED dans sa version 1.1r avait été approuvée par le Conseil fédéral dans une forme où les dites indemnités sont exprimées en points, les assureurs ont également refusé d'accepter une indemnisation pour les prestations fournies les samedis, dimanches ou les jours fériés.

L'argument est ici que les assurances sociales n'ont pas à couvrir les frais qui incombent à l'Etat pour la couverture médicale en dehors des heures normales de travail. La seule couverture qui justifie des prestations en dehors des heures de bureau sont les urgences vraies. Or, le TARMED donne diverses possibilités de facturation des urgences.

Cet argument est d'une telle faiblesse qu'il ne mérite même pas de commentaires... C'est aussi pourquoi nous publions ici les adresses de Mes-

sieurs C. Brändli (santésuisse) et W. Morger (Commission des tarifs médicaux) à qui les lettres de protestation doivent être adressées.

- Christoffel Brändli, Président de santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Soleure;
- Dr jur. Willi Morger, Président de la CTM, SUVA, Fluhmattstrasse 1, Case postale, 6002 Lucerne

Après d'âpres discussions, la seule avancée sur ce sujet est que les assureurs seraient, semble-t-il, prêts à envisager la tarification de la notion de consultation «express». Celles-ci sont particulièrement fréquentes, en pédiatrie par exemple. A leurs yeux, cette tarification aurait toutefois pour conséquence une révision à la baisse des indemnités pour urgence.

La FMH a décidé de faire des propositions afin de tarifier ces consultations «express» tout en revoyant éventuellement les indemnités pour urgences.

#### **Prises de sang**

Voir le communiqué ci-dessous.

#### **Chirurgie pédiatrique – Supplément pour interventions ambulatoires**

En chirurgie pédiatrique ambulatoire aucun supplément pédiatrique ne peut être facturé pour la prise en charge des enfants, contrairement à ce qui a été tarifé en chirurgie pédiatrique stationnaire (pos. 00.0220, 00.240, 00.0260).

Un tel supplément faisant défaut, la FMH a déposé une demande de modification en ce sens du tarif que les assureurs ont refusé. L'argument est ici que le chirurgien indépendant peut, dans le cadre d'une nouvelle séance, facturer les positions de consultation (00.0010 à 00.0030) plus le supplément pour enfant (00.0040). Une nouvelle position tarifaire n'est donc pas nécessaire.

**Chirurgie pédiatrique – Prestation technique, supplément pour prise en charge des patients nécessitant plus de ressources en infrastructure et personnel**

La chirurgie pédiatrique exige, à prestation équivalente, plus de ressources péri-opératoires que la chirurgie de l'adulte. La FMH a donc demandé la création d'une nouvelle position tarifaire indemnisant mieux sur le plan technique les interventions faites en chirurgie pédiatrique. La demande de la FMH a été rejetée.

Les assureurs reconnaissant toutefois que les interventions chirurgicales sur des enfants nécessitent plus de ressources, ils ont demandé à H+ de reformuler une demande plus précise.

**CPI**

**Numéro de la question: 04003**

**Date: 9.3.2004**

**Titre: position supplémentaire 31.0270 non cumulable avec la position principale 31.0260**

**Chapitre/position tarifaire: 31., 31.0260, 31.0270, 31.0310**

*Teneur de la question*

- La position supplémentaire 31.0270 n'est pas cumulable avec la position principale 31.0260.

Cette erreur doit être corrigée: les positions 31.0270 et 31.0310 devraient être appliquées comme positions indépendantes et non comme positions supplémentaires. Elles ne sont que rarement utilisées avec la position 31.0260 mais elles sont appliquées en règle générale dans le cadre d'ECG d'effort suivis d'une administration dans le local prévu à cet effet, de sorte que cette association de positions est à supprimer.

Comme solution intermédiaire, il est proposé de facturer les positions du chapitre 17.01 pour une 2<sup>e</sup> séance.

*Décision de la CPI*

Demande à la CPT: La CPI recommande ce qui suit en attendant la modification tarifaire en question: Le blocage réciproque des positions 31.0260 et 31.0270 est supprimé.

L'interprétation médicale de la position 31.0270 est complétée comme suit: «uniquement pour documenter un événement cardiaque imprévu.»

**Numéro de la question: 04004**

**Date: 9.3.2004**

**Titre: position supplémentaire 31.0620**

**Chapitre/position tarifaire: 31., 31.0620, 31.0630 bis 31.0660**

*Teneur de la question*

- La position supplémentaire 31.0620 est aussi appliquée avec les positions principales 31.0630 à 31.0660. La position supplémentaire 31.0620 doit venir en complément aux positions 31.0630 à 31.0660.

Le spécialiste en médecine nucléaire a le droit de facturer, à titre de solution intermédiaire, la position 31.0630 (p.ex.) en tant que prestation principale plus la position 00.0610 avec une structure quantitative égale à zéro (0), puis la position 31.0620.

*Décision de la CPI*

Demande à la CPT: La CPI recommande ce qui suit jusqu'à nouvel avis: La position 31.0620 est aussi applicable comme prestation additionnelle aux positions 31.0630, 31.0640, 31.0650 et 31.0660.

**Numéro de la question: 04005**

**Date: 9.3.2004**

**Titre: consultation en médecine nucléaire**

**Chapitre/position tarifaire: 31 et 00**

*Teneur de la question*

- Selon les interprétations du chapitre 31 (IC-31-5), les positions tarifaires du chapitre 31 font partie d'un bloc de prestations et elles ne sont donc cumulables qu'entre elles.

En médecine nucléaire, les consultations sont particulièrement fréquentes, en particulier pour les examens de la glande thyroïde. Dans le cas suivant, une consultation devrait pouvoir être facturée sans autres par le spécialiste en médecine nucléaire:



Le spécialiste peut facturer une consultation dans le cadre de l'examen de médecine nucléaire, pour autant qu'elle soit médicalement justifiée, par exemple lors d'un examen de la glande thyroïde.

Dans le cas suivant, une consultation devrait également pouvoir être facturée sans autres par le spécialiste en médecine nucléaire: Le spécialiste peut facturer une consultation, pour autant qu'elle soit médicalement justifiée ou qu'un patient demande expressément une consultation proprement dite (entretien).

Dans ce cas, la consultation doit être facturée avec une deuxième séance.

*Décision de la CPI*

La demande est refusée le 25.2.2004.

Les faits présentés peuvent être facturés d'après le tarif en vigueur, car ces consultations n'ont pas lieu durant la séance consacrée au diagnostic de médecine nucléaire proprement dit.

**Numéro de la question: 04006**

**Date: 9.3.2004**

**Titre: examen de la glande thyroïde (médecine nucléaire)**

**Chapitre/position tarifaire: 30, 31**

*Teneur de la 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 de la CPI*

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.

**Liste des analyses / prises de sang**

Les interventions de la FMH et du G7 auprès de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ont permis de parvenir à l'accord suivant:

1. Une position pour les prises de sang sera réintroduite dès que possible dans la Liste des analyses (LA), très probablement à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004.
2. Cette position s'appliquera aux prises de sang tant veineuses que capillaires, indépendamment de l'endroit où elles sont effectuées. Il n'est pas prévu d'indemnité pour déplacement lors d'une prise de sang à domicile.
3. Cette position se verra attribuer 8 points tarifaires, ce qui correspond à Fr. 8.- pour une valeur du point de Fr. 1.- (LA).
4. Cette réglementation sera appliquée jusqu'au 30 juin 2005 au plus tard. D'ici là, elle devra être intégrée dans la structure tarifaire TARMED afin de pouvoir être retirée de la Liste des analyses.

**FAQ**

**Valideur**

Les valideurs installés chez les médecins semblent fréquemment rejeter les factures bien qu'elles soient conformes au tarif. Il nous est impossible d'agir sans éléments concrets. C'est pourquoi nous appelons les médecins à nous envoyer des copies de factures rejetées et à nous donner le nom de leur programme de facturation afin que nous puissions intervenir.

Nous vous prions d'envoyer ces éléments au Service tarifaire de la FMH, Burghöhe 1, Case postale, 6208 Oberkirch.

Des modèles commentés de factures corrects ou erronés peuvent être consultés sur [www.tarmed.ch](http://www.tarmed.ch).

**Code diagnostic**

- Les contrats TARMED obligent les médecins à mentionner les codes de diagnostic.
- Pour la LAMal, il s'agit du code «tessinois» (annexe 4b du contrat-cadre TARMED).
- Pour la LAA, la LAI et la LAM: il s'agit du code ICD-10.

**Code de tarif**

Sur les modèles de factures TARMED, un chiffre à 3 positions correspondant au tarif utilisé pour la facturation est demandé dans la colonne «Tarif».

Ces codes de tarif sont:

- TARMED	001
- Listes des analyses (LA)	316
- Liste des spécialités (LS)	400
- Tarif de physiothérapie	311
- Liste des moyens et appareils (LiMA)	452
- Mesures d'urgence – Radiologie	999 (= tarif en francs)

**N° d'enregistrement (aussi appelé N° RCC ou numéro de concordat) – N° EAN**

Selon la convention tarifaire, ces numéros doivent impérativement figurer sur toutes les ordonnances et factures.

**Facturation électronique**

A l'heure actuelle, les médecins établissent leurs factures sur la base du standard XML 3. Pour la transmission électronique des factures, c'est toutefois le standard XML 4 qui est demandé. Tant que les assureurs ne peuvent traiter électroniquement les factures, celles-ci ne sont pas considérées comme ayant été transmises par voie électronique et les limitations qui figurent à ce titre dans TARMED sont valables.

Pour plus de précisions, nous vous prions de vous référer au texte écrit par Monsieur

E. Gähler (Délégation G7). Ce texte peut être consulté sur internet: [www.tarmed.ch/download/limitationennif.pdf](http://www.tarmed.ch/download/limitationennif.pdf).

**Correction de factures par les caisses-maladie**

De nombreux médecins nous informent que les assureurs maladie corrigent de façon indue certaines factures. C'est souvent le déplacement en cas d'urgence qui est corrigé. En effet, les caisses-maladie n'acceptent pas que l'indemnité pour déplacement soit facturées en même temps que la position «indemnité en cas d'urgence». Cette interprétation du tarif est fautive et donc inacceptable. C'est pourquoi nous demandons aux médecins victimes d'une telle correction de le signaler au Service tarifaire de la FMH (adresse: cf. ci-dessus). Une copie anonyme de la facture et de la correspondance avec la caisse suffit. La FMH entreprendra ensuite toutes les démarches auprès de santésuisse afin que les caisses-maladie changent leur façon de faire.

**TVA sur la formule de facturation**

Il est important de rappeler que la TVA ne doit figurer sur les factures TARMED que lorsque le médecin est soumis à cette taxe. Si le médecin n'est pas soumis à la TVA, aucun montant correspondant à cette taxe ne doit figurer sur la note d'honoraires. Nous rappelons également que les produits figurant dans la LiMA ou dans Liste des spécialités sont soumis à la TVA.