

# Modalités d'application

## Annexe B de la convention tarifaire

*Valable dès le: 1<sup>er</sup> janvier 2026*

## 1. Délimitation hospitalier / ambulatoire

- <sup>1</sup> La distinction entre traitement hospitalier et ambulatoire repose sur l'application analogue de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).
- <sup>2</sup> Afin de garantir une mise en œuvre uniforme, les partenaires du secteur de la santé se sont mis d'accord sur l'interprétation suivante des définitions:

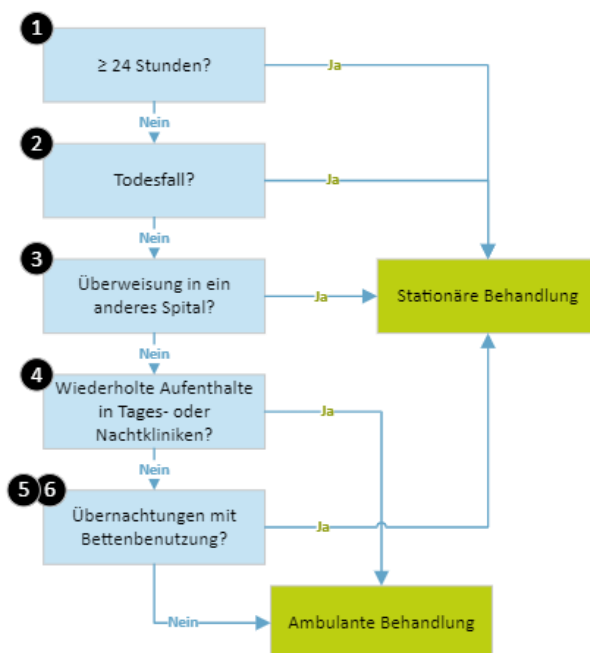
### 1.1. Art. 3 OCP Traitement hospitalier

- <sup>1</sup> Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 70 al. 1 let. b OLAA les séjours:
  - a. d'au moins 24 heures;
  - b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
  - c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
  - d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
  - e. en cas de décès.

### 1.2. Art. 5 OCP Traitement ambulatoire

- <sup>1</sup> Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49 al. 6 LAMal en relation avec l'art. 70 al. 1 let. b OLAA les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés en cliniques de jour ou de nuit relèvent également des traitements ambulatoires.

### 1.3. Diagramme de flux



## 1.4. Explications relatives aux critères de délimitation

- <sup>1</sup> Le critère ① «≥24 heures» signifie que le patient séjourne pendant au moins 24 heures à l'hôpital ou dans une maison de naissance.
- <sup>2</sup> Le critère ② «décès» répond à la question de savoir si le patient est décédé.
- <sup>3</sup> Le critère ③ «transfert dans un autre hôpital» répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si le patient a été transféré dans un hôpital depuis une maison de naissance.
- <sup>4</sup> Le critère ④ «séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit» correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Sont réputés traitements ambulatoires: les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie.
- <sup>5</sup> Le critère ⑤ «nuit» est saisi et mesuré selon la «règle de minuit». En d'autres termes, le critère est rempli si le patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (0h).
- <sup>6</sup> Le critère ⑥ «occupation d'un lit» est rempli lorsqu'un patient occupe un lit d'unité de soins. Les lits occupés suite à un accouchement, dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intermédiaires sont assimilés à un lit d'unité de soins. Les traitements de patients qui sollicitent uniquement le service des urgences, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoires.
- <sup>7</sup> Les critères ⑤ «nuit» et ⑥ «occupation d'un lit» sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit remplir les critères «nuit» et «occupation d'un lit» pour être saisi et facturé comme traitement hospitalier.

## 2. Fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire

- <sup>1</sup> Un *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* est défini comme:  
  
médecin selon l'art. 35 al. 2 let. a LAMal (art. 53 al. 1 LAA, art. 22 al. 1 LAM et art. 26 al. 1 LAI);  
  
**ou**  
  
institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal et qui ne dispose que d'un service spécialisé;  
  
**ou**  
  
service spécialisé (selon le règlement relatif aux services spécialisés, y compris la liste des services spécialisés) au sein d'un hôpital selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal ou d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal (art. 68 OLAA et art. 11 al. 1 OAM).

## 3. Séance

### 3.1. Définition

- <sup>1</sup> Une séance est définie comme la rencontre physique ou par téléphone du patient avec un *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* (chapitre 2 Fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire). Dans ce cadre, le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* fournit une prestation en faveur du patient qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie (art. 25 al. 1 LAMal).
- <sup>2</sup> Les expertises, consiliums sur dossier et radiologiques ainsi que les tumor boards / boards d'experts / interdisciplinaires sans rencontre physique du patient avec le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* sont également considérés comme des séances.
- <sup>3</sup> Chaque nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un patient à part entière et fait l'objet d'une séance à part entière.

### 3.2. Étendue des prestations

- <sup>1</sup> L'étendue des prestations d'une séance comprend tous les produits thérapeutiques consommés pendant la séance (médicaments appliqués et injectés, matériel à usage courant et implants) ainsi que les produits sanguins stables et labiles.
- <sup>2</sup> Les produits thérapeutiques remis (médicaments remis et dispositifs médicaux selon la liste des moyens et appareils) ne sont pas inclus dans l'étendue des prestations d'une séance.

## 4. Contact avec le patient

- <sup>1</sup> Un contact avec le patient (aussi appelé «contact-patient») est composé de la séance et des prestations qui lui sont attribuées (pathologie, prestations d'analyse, prestations en l'absence du patient, rédaction de rapports). Si aucune prestation n'est attribuée à la séance, cette dernière est assimilée au contact avec le patient.

### 4.1. Prestations attribuées au contact-patient

- <sup>1</sup> Le contact-patient comprend aussi les prestations en l'absence du patient attribuées à cette séance telles que les prestations de pathologie et de laboratoire, les rapports et d'autres prestations en l'absence du patient, par exemple: étude du dossier, concertation avec d'autres fournisseurs de prestations.
- <sup>2</sup> Les prestations de pathologie et de laboratoire sur l'échantillon sont attribuées au contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée, indépendamment du fait qu'elles aient été fournies par le même ou un autre fournisseur de prestations. Si un mandat consécutif ne nécessitant pas le prélèvement d'un nouvel échantillon est donné au laboratoire / au service de pathologie jusqu'au jour précédant la séance suivante avec le *même fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* ou jusqu'au maximum 30 jours après la première séance, les prestations de laboratoire / de pathologie sont attribuées au même contact-patient. Si une séance a lieu le jour de l'octroi du deuxième mandat (p. ex. consultation), les prestations de laboratoire / de pathologie sont attribuées à ce contact-patient avec la date du deuxième mandat, même si aucun prélèvement n'a été effectué.

- <sup>3</sup> Les rapports sont attribués au contact-patient correspondant à la dernière séance décrite dans le rapport, indépendamment de la date d'établissement du rapport.
- <sup>4</sup> D'autres prestations en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'à la veille de la séance suivante avec le même *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* ou jusqu'au maximum 30 jours après la première séance. Sont exceptées les prestations demandées par les assureurs (cf. TARDOC: AA.15.0090, CA.15.0140 et EA.00.0210).

## 5. Traitement ambulatoire

- <sup>1</sup> Les contacts-patient sont regroupés en prestations ambulatoires selon les règles suivantes:
- <sup>2</sup> Plusieurs contacts-patient du même patient ①, relevant de différents répondants des coûts ②, correspondent en principe à au moins deux traitements ambulatoires.
- <sup>3</sup> Plusieurs contacts-patient du même patient ①, relevant du même répondant des coûts ②, sur différents jours civils ③ correspondent au moins à deux traitements ambulatoires .

### Exceptions:

Si les contacts-patient ont lieu sur **des jours civils consécutifs** ④ et qu'ils remplissent les critères «**règle de minuit**» ⑤ et «**occupation d'un lit**» ⑥ (chapitre 1 Délimitation hospitalier / ambulatoire, selon l'art. 3 OCP Traitement hospitalier), ils sont saisis et facturés comme **traitement hospitalier**.

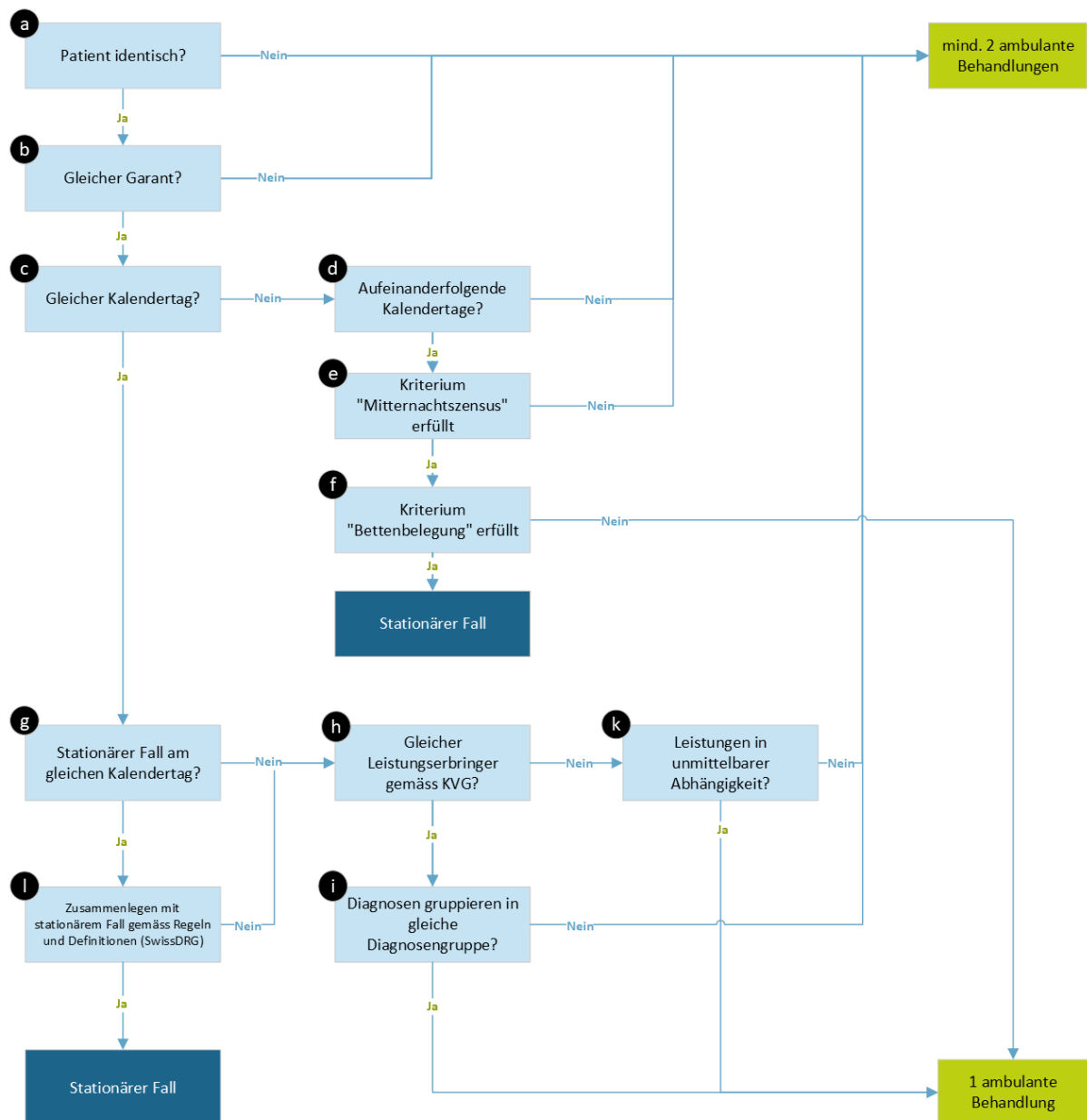
- <sup>4</sup> Si les contacts-patient ont lieu sur **des jours civils consécutifs** ④ et qu'ils remplissent le critère «**règle de minuit**», mais **pas** le critère «**occupation d'un lit**» ⑥, les contacts-patient sont regroupés en un traitement ambulatoire.
- <sup>5</sup> Si un **cas hospitalier** ⑦ a lieu le même jour civil et que les critères selon les règles et définitions de SwissDRG ⑧ sont remplis, les contacts-patient sont regroupés avec le cas hospitalier.
- <sup>6</sup> Plusieurs contacts-patient du même patient ① relevant du même répondant des coûts ②, le même jour civil ③ auprès du même fournisseur de prestations selon la LAMal ⑨ sont regroupés en un traitement ambulatoire, pour autant que les diagnostics soient groupés dans le même groupe de diagnostics<sup>1</sup> ⑩.
- <sup>7</sup> Plusieurs contacts-patient du même patient ① relevant du même répondant des coûts ②, le même jour civil ③ auprès de différents fournisseurs de prestations selon la LAMal ⑨ sont regroupés en un traitement ambulatoire, pour autant que les prestations soient **directement liées** ⑪ les unes aux autres. Si les prestations des contacts-patient ne sont **pas** **directement liées** ⑪, elles correspondent à au moins deux traitements ambulatoires.

<sup>1</sup> L'attribution des diagnostics aux groupes de diagnostics peut être consultée dans le manuel de définition CIM-10 GM ou le chapitre (p. ex. A. Système cardio-vasculaire) du code tessinois.

8 Exceptions:

Les fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire qui fournissent des prestations **sur prescription du médecin** (ergothérapie, conseil nutritionnel, conseil pour diabétiques, logopédie, neuropsychologie, podologie, psychothérapie psychologique ou physiothérapie) et les fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire qui **effectuent des transports de patients** sont exclus du regroupement des contacts-patient .

Dans le service spécialisé de la **radio-oncologie**, **tous** les contacts-patient sont regroupés avec les prestations pour la préparation de l'irradiation (CT de planification, simulation etc.) en un **traitement ambulatoire**. En cas d'irradiation, tous les contacts-patient sont regroupés avec les prestations pour la préparation du contact-patient de la première irradiation.



## 6. Facturation d'un traitement ambulatoire

### 6.1. Tarif forfaitaire par patient - forfaits ambulatoires

- <sup>1</sup> Les traitements ambulatoires qui comprennent des prestations avec des positions dites trigger dans le catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (ci-après CPTMA) sont exclusivement facturés selon le tarif forfaitaire par patient. Toute combinaison du tarif forfaitaire par patient avec le tarif à la prestation et d'autres tarifs médicaux ambulatoires dans le cadre d'un traitement ambulatoire est exclue.
- <sup>2</sup> La position tarifaire et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.
- <sup>3</sup> Les prestations pouvant être facturées séparément sont les suivantes:
  - les **produits sanguins labiles et stables** selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
  - les **implants** inclus dans les positions tarifaires référencées dans le catalogue du tarif forfaitaire par patient selon le prix de revient et la définition générale DG-07.

### 6.2. Tarif à la prestation - TARDOC

- <sup>1</sup> Les traitements ambulatoires qui ne comprennent que des prestations individuelles dans le CPTMA sont facturés selon le TARDOC.
- <sup>2</sup> Les positions tarifaires et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.
- <sup>3</sup> Les prestations pouvant être facturées séparément sont, sauf réglementation contraire dans les interprétations de chapitres ou les interprétations médicales, les suivantes:
  - les **produits sanguins labiles et stables** selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
  - les **médicaments** selon la liste des spécialités (LS);
  - les **analyses de laboratoire dans le laboratoire du cabinet ou de l'hôpital** selon la liste des analyses (LA);
  - les **instruments, appareils, dispositifs, matériels, substances et implants utilisés seuls ou en combinaison** au prix de revient et selon la définition générale DG-07.

### 6.3. Prestations ou prestations partielles dans les forfaits ambulatoires et le TARDOC

Si des prestations ou des prestations partielles figurent à la fois dans les forfaits ambulatoires et dans le TARDOC, il convient de choisir la variante la plus économique.

### 6.4. Autres tarifs médicaux ambulatoires

Les traitements ambulatoires qui comprennent des prestations qui figurent dans un autre tarif médical ambulatoire (p. ex. traitements par dialyse, transplantation d'organes solides, transplantation de cellules souches hématopoïétiques, irradiation thérapeutique par faisceau de protons) et qui ne présentent pas de position dite trigger, sont facturés selon l'autre tarif médical

ambulatoire. L'utilisation du tarif à la prestation TARDOC (selon le chiffre 6.2) dépend des modalités d'application du tarif médical ambulatoire correspondant.

## 7. Renseignements concernant l'âge

- <sup>1</sup> Les renseignements concernant l'âge sont mentionnés sur la position correspondante. Les dispositions selon la définition générale DG-06 s'appliquent pour le TARDOC et pour le tarif forfaitaire par patient.

## Modalités d'application spécifiques pour le tarif forfaitaire par patient

## 8. Attribution d'un traitement ambulatoire à une position tarifaire

- <sup>1</sup> **Âge du patient**  
L'âge recensé le jour du traitement est déterminant pour le groupement du traitement ambulatoire.
- <sup>2</sup> **Sexe du patient**  
Le sexe inscrit dans le registre de l'état civil le jour du traitement est déterminant pour le groupement du traitement ambulatoire.
- <sup>3</sup> **Forçage manuel**  
Le groupement par forçage manuel n'est pas admis. Seul le groupeur détermine l'attribution du traitement ambulatoire à une position tarifaire.
- <sup>4</sup> **Obligation de rémunération**  
L'attribution du traitement ambulatoire à une position tarifaire et des prestations pouvant éventuellement être facturées séparément ne permet pas de conclure à une obligation d'allouer des prestations de la part des assurances sociales (assurance obligatoire des soins, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire).
- <sup>5</sup> **Positions tarifaires non évaluées**  
Pour les positions tarifaires non évaluées (cf. catalogue des forfaits ambulatoires), les fournisseurs de prestations concernés conviennent avec les répondants des coûts, de rémunérations individuelles appropriées sur la base du calcul transparent des coûts par cas au moyen de la comptabilité analytique, pour autant que ces prestations puissent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire.



## 9. Solution transitoire pour l'indemnisation des rapports AI

L'établissement d'un rapport médical à l'attention de l'AI est provisoirement facturé dans le TARDOC sous le chiffre AA.25.0030. Au lieu de la limitation à 20 minutes telle que prévue dans le TARDOC, 40 minutes peuvent être facturées à l'AI. Tout besoin supplémentaire dépassant ces 40 minutes doit être préalablement approuvé par l'office AI. Il est prévu d'établir une position tarifaire spécifique pour les rapports AI dont l'application est prévue à partir du 1.1.2027.