

# Modalités d'application

## Annexe B de la convention relative à la structure tarifaire

*Valable dès le: 1<sup>er</sup> janvier 2027*

État actuel: Approuvé par le groupe de travail modalités d'application et interprétation tarifaire technique le 27 janvier 2026, approuvé par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 17 avril 2026, pas encore approuvé par le Conseil fédéral.

## 1. Délimitation hospitalier / ambulatoire

- <sup>1</sup> La distinction entre traitement hospitalier et ambulatoire repose sur 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:

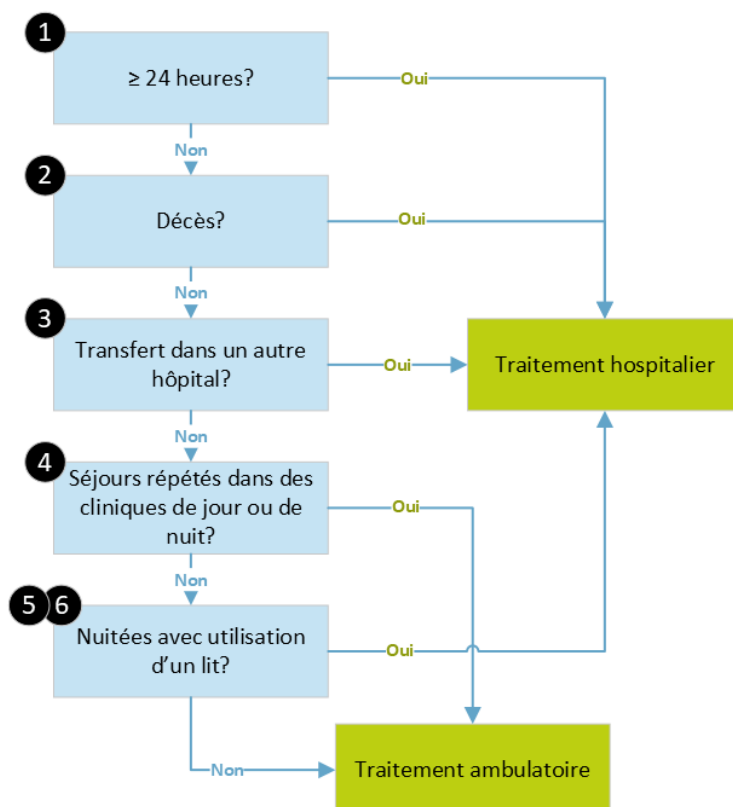
### 1.1. Art. 3 OCP Traitement hospitalier

- <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 les séjours:
- d'au moins 24 heures;
  - de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
  - à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
  - dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
  - 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 les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés 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 la patiente a été transférée 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 (00:00).
- <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.

## 1.5. Séance le jour d'entrée ou de sortie d'un séjour hospitalier

- <sup>1</sup> Si un patient a une séance le jour d'entrée ou de sortie d'un séjour hospitalier, il convient d'observer les règles hospitalières.

## 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;  
  
**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.

- <sup>2</sup> Les médecins employés dans un hôpital ou une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins sont affiliés aux services spécialisés de ces hôpitaux ou institutions. Par conséquent, ils ne peuvent pas facturer les prestations qu'ils fournissent pour ces hôpitaux ou institutions en tant que fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire à la charge des assurances sociales.
- <sup>3</sup> Les soins sont affiliés au service médical spécialisé demandeur. Ils correspondent par conséquent à la définition d'un fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire et peuvent faire l'objet de propres séances. Pour ce qui concerne la définition et l'application de la séance, les séances de soins sont soumises aux mêmes règles que les séances des services médicaux spécialisés.

### 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> La séance prend fin lorsque la rencontre du patient et du fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire est close (p. ex. lorsque le patient quitte le fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire). La rencontre immédiate avec un autre fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire (p. ex. examen par un autre médecin spécialiste) correspond à une interruption et non pas à la fin de la séance.
- <sup>3</sup> Si les prestations concernent deux répondants des coûts différents ou deux motifs de traitement différents, il s'agit de deux séances. Sont réputés motifs de traitement la maladie, les infirmités congénitales, l'accident, la maternité et la prévention.
- <sup>4</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>5</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-patient est composé de la séance et des prestations qui lui sont attribuées (prestations de pathologie, prestations d'analyse, prestations en l'absence du patient, rédaction de rapports), même si ces prestations sont réalisées à une date ultérieure. L'attribution à une séance consécutive n'est pas possible. Si aucune prestation n'est attribuée à la séance, cette dernière est assimilée au contact-patient.
- <sup>2</sup> Les prestations attribuées (selon l'annexe B, chapitre 4.1) sont marquées dans le CPTMA et le catalogue TARDOC. L'ensemble des prestations de la liste des analyses sont également considérées comme des prestations attribuées. Il n'y a pas d'autres prestations qui sont considérées comme des prestations attribuées.
- <sup>3</sup>

#### 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 (OU inclusif, OR) jusqu'au maximum 30 jours après le contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée, 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/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 (OU inclusif, OR) 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 à au moins deux traitements ambulatoires.

Exceptions:

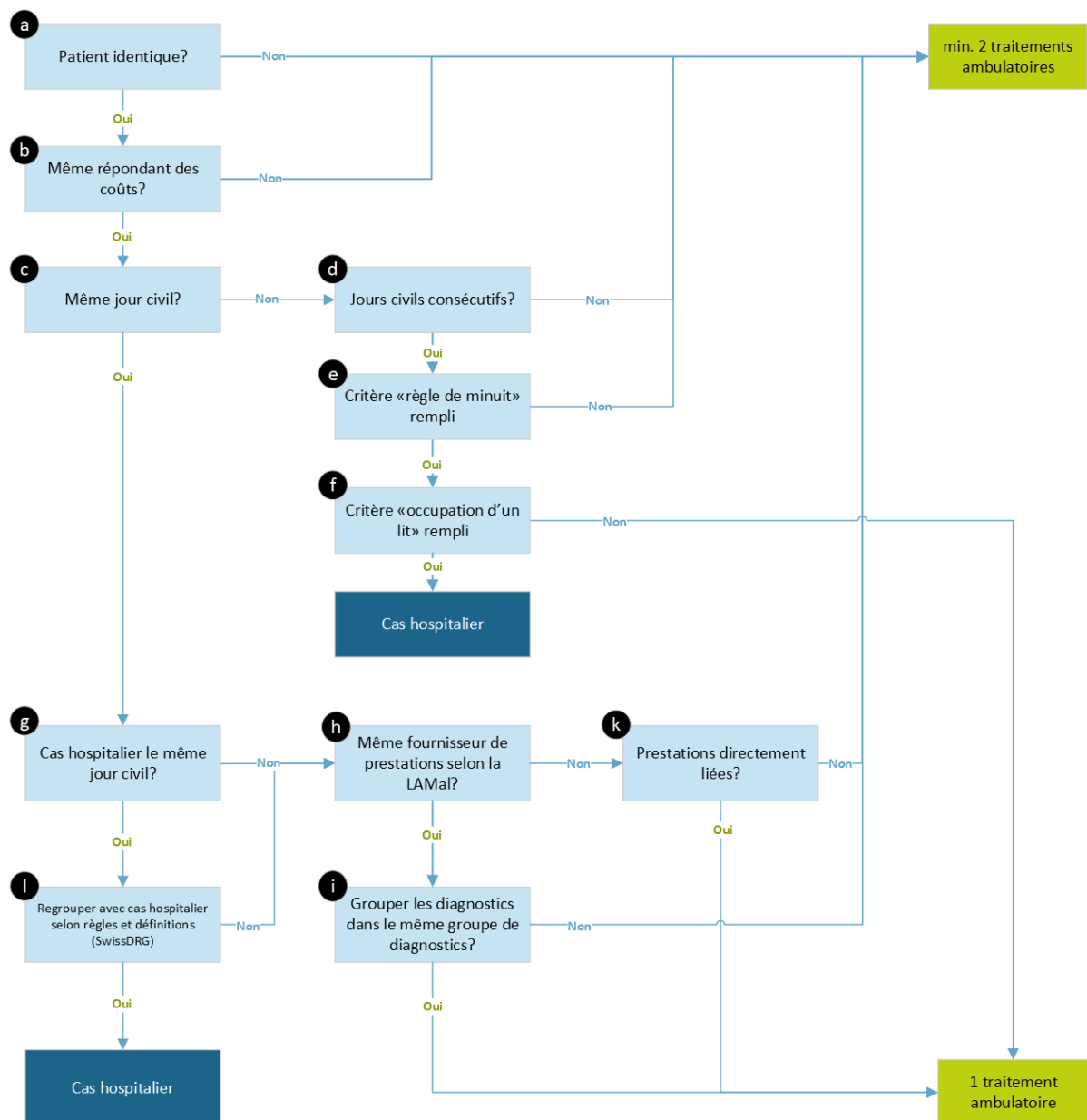
Si les contacts-patient ont lieu **sur des jours civils consécutifs** ④ et qu'ils remplissent les **critères «règle de minuit»** ⑤ et **«occupation d'un lit»** ⑥ (chapitre 1 Délimitation hospitalier / ambulatoire, selon l'art. 3 OCP Traitement hospitalier), ils sont saisis et facturés comme **traitement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

- 4 Si les contacts-patient ont lieu **sur des jours civils consécutifs** ④ et qu'ils remplissent les **critères «règle de minuit»** ⑤ mais pas le critère **«occupation d'un lit»** ⑥, les contacts-patient sont regroupés en un traitement ambulatoire.
- 5 Si un **cas hospitalier** ⑧ a lieu le **même jour civil** et que les critères selon les **règles et définitions de SwissDRG** ① sont remplies, les contacts-patient sont regroupés avec le **cas hospitalier**.
- 6 Plusieurs contacts-patient du **même patient** ⑨ relevant du **même répondant des coûts** ⑩, le **même jour civil** ⑪ auprès du même fournisseur de prestations selon la LAMal ⑫ sont regroupés en un traitement ambulatoire, pour autant que les diagnostics soient groupés dans le même groupe de diagnostics<sup>1</sup> ⑬.
- 7 Plusieurs contacts-patient du **même patient** ⑨ relevant du **même répondant des coûts** ⑩, le **même jour civil** ⑪ auprès de différents fournisseurs de prestations selon la LAMal ⑫ sont regroupés en un traitement ambulatoire, pour autant que les prestations soient **directement liées** ⑭ les unes aux autres. Si les prestations des contacts-patient **ne sont pas** directement liées ⑭, elles correspondent à au moins deux traitements ambulatoires.
- 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.

---

<sup>1</sup> Il s'agit du même groupe de diagnostics si les diagnostics sont groupés dans le même capitulum du catalogue des forfaits ambulatoires. Dans le code tessinois, le chapitre (p. ex. A. Système cardio-vasculaire) fait figure de groupe de diagnostics.



«b1: deux motifs de traitement différents?»

## 6. Facturation d'un traitement ambulatoire

### 6.1. 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 les forfaits ambulatoires. Toute combinaison des forfaits ambulatoires 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 **médicaments appliqués et injectés** dans les positions tarifaires référencées dans le catalogue des forfaits ambulatoires au prix de revient, au maximum au prix public selon la liste des spécialités (LS);
  - les **implants** inclus dans les positions tarifaires référencées dans le catalogue des forfaits ambulatoires 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. Autres tarifs médicaux ambulatoires

- <sup>1</sup> 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 les forfaits ambulatoires.

## Modalités d'application spécifiques pour les forfaits ambulatoires

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

- <sup>1</sup> **Âge du patient**  
L'âge 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.