
Lettre-circulaire AI n° 202 du 11 juin 2004

Expertises et rapports médicaux¹ selon Tarmed

1. Expertises médicales

Tarmed prévoit cinq catégories d'expertises, numérotées de A à E, et en donne l'interprétation médicale suivante :

A : Etude de dossier prenant peu de temps, résultats clairs, réponse aux questions pas particulièrement difficile du point de vue médical.

B : Expertise de difficulté moyenne : appréciation des résultats antérieurs, discussion des problèmes de diagnostic différentiel et/ou d'étiologie différentielle, difficulté dans l'appréciation et la réponse aux questions. Recherche simple.

C : Expertise de difficulté élevée : problème complexe, appréciation des résultats et des expertises antérieurs, difficulté à répondre à une liste étendue de questions, recherches difficiles.

D : Expertise d'un niveau de difficulté supérieur à la moyenne : dossier complexe avec de nombreux résultats antérieurs et une appréciation difficile des expertises antérieures, réponse à une longue liste de questions exigeantes, recherches très difficiles.

E : Pour les cas extraordinairement difficiles, des arrangements spéciaux doivent être convenus avec le mandant. Entrent dans cette catégorie les expertises impliquant une étude extraordinairement difficile du dossier, des réflexions et des raisonnements très complexes, une rédaction particulièrement exigeante et des recherches inhabituellement volumineuses.

La répartition par catégories se réfère au premier chef à la complexité du dossier et de la problématique et non au temps effectivement employé pour rédiger l'expertise. Une expertise AI typique entre dans la catégorie

¹ cf. Lettre-circulaire AI n 200

C ; d'après la FMH, 80 % des expertises facturées devraient être de cette catégorie. Le classement dans la catégorie D ne se justifie que dans des cas d'exception, lorsque la complexité du dossier laisse clairement apparaître que le travail exigé dépasse largement la moyenne. Une expertise de catégorie E nécessite un arrangement préalable entre l'agent payeur et le fournisseur de prestations et devrait constituer l'exception absolue. Lorsqu'ils donnent un mandat, les offices AI doivent indiquer clairement dans la décision AI quelle catégorie d'expertise (A, B, C, D ou E) peut être facturée au maximum. Il s'agit normalement de la catégorie C.

Pour chaque catégorie d'expertise, il y a sept classes d'examen (positions supplémentaires). Ces dernières permettent de rémunérer le temps nécessaire à l'examen de la personne expertisée et à l'entretien exploratoire. Le cumul des classes (imputation de plusieurs classes pour une seule expertise) n'est pas admis. La facturation de plusieurs classes d'examen pour la même expertise a malheureusement été considérée jusqu'à il y a peu comme conforme au tarif. Il peut donc arriver que certaines factures mentionnent plusieurs classes d'examen. Nous vous recommandons d'accepter encore, provisoirement, ce type de factures. Mais pour les prestations fournies à partir du 1^{er} juillet 2004, la règle selon laquelle une seule classe d'examen peut être facturée par expertise devra être strictement appliquée.

On ne pourra donc compter que deux positions tarifaires pour l'établissement d'une expertise : la position de la catégorie (pour la rédaction de l'expertise proprement dite) et celle de la classe (pour l'examen de la personne expertisée et l'entretien exploratoire). Des prestations de base (consultations, p. ex.) ne peuvent pas être comptées en sus. La possibilité de facturer, en plus, des prestations spéciales dépend des dispositions de Tarmed.

2. Remboursement du formulaire « Déclaration d'accident bagatelle »

Le Secrétariat général TARMED Suisse et le Service tarifaire FMH ont communiqué à différents assureurs et fournisseurs de prestations que les déclarations d'accident bagatelle devaient être prises en charge par les assureurs sous les positions tarifaires 00.2210 ou 00.2250. Cette information est inexacte ! La Commission paritaire d'interprétation (CPI) a établi clairement que les assureurs n'avaient pas à rembourser ces formulaires à part.

3. Rapports intermédiaires, correspondance entre médecins

Nous attirons en outre votre attention sur le fait que les décisions n^{os} 03002 et 03008 de la CPI ont été suspendues. La règle qui suit s'applique donc jusqu'à nouvel avis :

un rapport médical intermédiaire exigé par l'assureur est rétribué sous la position tarifaire 00.2220.

La correspondance échangée entre médecins est rétribuée sous les positions 00.2270 (11 à 20 lignes) ou 00.2280 (21-35 lignes) et 00.2290 (pages suivantes), pour autant qu'il s'agisse d'une lettre contenant des informations médicales importantes (résultats, diagnostic, traitement appliqué jusque-là) et non d'une simple note signifiant l'envoi du patient à un confrère. On citera comme exemple caractéristique de cette correspondance un compte rendu contenant des informations médicales importantes en vue d'un examen par un spécialiste. Le médecin doit en outre remettre spontanément à l'assureur compétent une copie de la lettre en question. Cette copie ne peut être facturée une seconde fois sous la position tarifaire 00.2260.

Les frais dus à l'envoi ou au renvoi de documents ne sont pas remboursés par les assureurs. La copie d'un document n'est prise en charge que si l'assureur l'a expressément réclamée ; un tarif forfaitaire (position 00.2260) est appliqué dans ce cas, quel qu'en soit le coût effectif.

4. Consultations manquées par la personne assurée

Si la personne assurée ne donne pas suite à la convocation à un examen, le médecin subit un manque à gagner. Ce genre de perte de recettes a déjà été pris en compte dans le calcul des prestations de base (consultations p. ex.) de Tarmed. L'AI n'indemnise donc pas les médecins lorsqu'une personne assurée manque un rendez-vous.