



Formation tarifaire AOS

LIEU, DATE



Contenu

1. État actuel des négociations collectives

2. Application du tarif transitoire

3. Questions

4. Déclaration d'adhésion à la solution transitoire





5. Situation actuelle du contrat de qualité

6. Questions

Ajuster si nécessaire ou
supprimer la diapositive



Informations organisationnelles en ligne


-  Un **contrôle de présence est** effectué. Les participants reçoivent le **certificat par la poste**.
-  Des questions peuvent être posées après les points du programme Application du tarif de transition ainsi qu'à la fin de la présentation.
-  Pour pouvoir poser des questions, cliquez en bas de l'écran sur Demande de parole ("**Lever la main**").
-  Nous allons **débloquer** votre **microphone**. En outre, vous devez désactiver **le son** chez vous.





Informations organisationnelles sur place

 Un **contrôle de présence** est effectué. Les participants reçoivent un **certificat**.

 Des questions peuvent être posées après les points du programme Application du tarif de transition ainsi qu'à la fin de la présentation.

Ajuster si nécessaire ou
supprimer la diapositive





État actuel des négociations collectives

Rétrospective sur le sujet : Facturation des traitements podologiques dans le cadre de l'AOS



2012

Pierre-Alain Fridez dépose une motion sur la prise en charge des traitements podologiques chez les diabétiques

2013

Le Parlement adopte la motion de Pierre-Alain Fridez. Le Conseil fédéral est chargé de la mise en œuvre

2018 - 2020

L'OFSP élabore des bases pour la mise en œuvre de la motion
Une étude INFRAS est commandée.

Mi-2021

Le CF donne son feu vert
Les négociations commencent

Traitements podologiques dans le cadre de l'assurance de base

2014

Création de l'organisation faîtière OPS.

2017

Premier contact entre l'OPS et l'OFSP

Mi-2022

Accord sur une solution transitoire entre l'OPS, H+ et les assureurs

2022




Un travail politique pour augmenter le nombre de traitements est entrepris

Depuis mi-2022

Les négociations sur la collecte des données commencent.



État actuel des négociations collectives

-  Convention transitoire signée avec la délégation de la HSK / CSS / Curafutura en juin 2022. Tarifsuisse publie une recommandation de facturation.
-  Collecte de données auprès des fournisseurs de prestations **prévue pour l'hiver 2022 / 2023.**
 - ! Les résultats de la collecte de données sont essentiels pour les négociations sur la solution tarifaire définitive. Chaque participation compte !
-  Ensuite, négociations sur la solution tarifaire définitive. La solution définitive entrera en vigueur au plus tôt le 01.01.2024.
 - ! Travail politique en cours pour augmenter le nombre de traitements remboursés.



Application du tarif transitoire



Informations générales

Structure tarifaire



La structure tarifaire de la solution transitoire peut être consultée sur <https://www.ops.swiss/fr/tarif>.



La structure tarifaire entre en vigueur rétroactivement au 01.01.2022 et est valable au moins jusqu'au 31.12.2023 ou jusqu'à l'entrée en vigueur de la solution définitive.



La **valeur du point tarifaire** est de **CHF 1.00** pour les positions tarifaires 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C. Il s'agit d'un **tarif au temps** et la rémunération est calculée en fonction du **temps nécessaire**.



Les **positions de supplément** 8010E, 8030E ainsi que 8040E sont rémunérées **de manière forfaitaire** et ne dépendent pas du temps nécessaire.



Les factures ne sont **remboursées** qu'à partir de la **date d'admission** du canton compétent ou de l'ASSIS. En cas de date d'admission erronée, il est impératif d'**intervenir** auprès du **service concerné**.



Base légale (1 / 2)

- Art. 11c

¹ L'assurance prend en charge les coûts des prestations fournies sur prescription médicale par des podologues admis conformément à l'art. 50d OAMal ou par des organisations de podologie admises conformément à l'art. 52f OAMal, si les conditions suivantes sont réunies:

- a. les prestations sont fournies à des personnes affectées de diabète sucré qui présentent un des facteurs de risque suivants de développer un syndrome du pied diabétique:
 - 1. polyneuropathie, avec ou sans maladie artérielle occlusive périphérique (MAOP),
 - 2. ulcère diabétique préalable,
 - 3. amputation effectuée en raison du diabète sucré avec ou sans neuropathie ou angiopathie;
- b. les prestations fournies sont les suivantes:
 - 1. contrôle du pied, de la peau et des ongles,



Base légale (2 / 2)

2. mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles,
3. conseils et instructions au patient concernant les soins des pieds, des ongles et de la peau et concernant le choix des chaussures et des aides orthopédiques,
4. examen de l'adaptation de la chaussure.

² Elle prend en charge les coûts pour le nombre maximum suivant de séances par année civile:

- a. pour les personnes affectées de diabète sucré présentant une polyneuropathie:
 1. sans MAOP: 4 séances,
 2. avec MAOP: 6 séances;
- b. pour les personnes souffrant de diabète sucré qui ont fait un ulcère diabétique ou ont subi une amputation en raison du diabète sucré: 6 séances.

³ Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge des soins podologiques médicaux après la fin d'une année civile.

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Traitement initial				
8001A	Traitement podologique initial, diagnostic A , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend l'anamnèse et au moins l'un des autres domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnèse <ul style="list-style-type: none"> Identification du problème: p. ex. empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux Définition d'objectifs et planification d'un traitement, définition du besoin de traitement podologique et des mesures thérapeutiques correspondantes Contrôle du pied, de la peau et des ongles Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. a, ch. 1, OPAS:</p> <p>4 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes atteintes de diabète sucré et présentant une polyneuropathie sans MAOP (diagnostic A). Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial.</p> <p>Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 120.</p> <p>Le traitement podologique initial ne peut être facturé qu'une seule fois par patient et par fournisseur de prestations.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Traitement initial				
8001B	Traitement podologique initial, diagnostic B , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend l'anamnèse et au moins l'un des autres domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnèse <ul style="list-style-type: none"> Identification du problème: p. ex. empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux Définition d'objectifs et planification d'un traitement, définition du besoin de traitement podologique et des mesures thérapeutiques correspondantes Contrôle du pied, de la peau et des ongles Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. a, ch. 2, OPAS:</p> <p>6 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes atteintes de diabète sucré et présentant une polyneuropathie avec MAOP (diagnostic B). Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial.</p> <p>Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 120.</p> <p>Le traitement podologique initial ne peut être facturé qu'une seule fois par patient et par fournisseur de prestations.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Traitement initial				
8001C	Traitement podologique initial, diagnostic C , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend l'anamnèse et au moins l'un des autres domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnèse <ul style="list-style-type: none"> Identification du problème: p. ex. empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux Définition d'objectifs et planification d'un traitement, définition du besoin de traitement podologique et des mesures thérapeutiques correspondantes Contrôle du pied, de la peau et des ongles Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. b, OPAS:</p> <p>6 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes souffrant de diabète sucré qui ont fait un ulcère diabétique ou ont subi une amputation en raison du diabète sucré (diagnostic C). Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial.</p> <p>Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 120.</p> <p>Le traitement podologique initial ne peut être facturé qu'une seule fois par patient et par fournisseur de prestations.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>



Explications des positions tarifaires 8001A, 8001B et 8001C

- Une position tarifaire différente est utilisée en fonction du diagnostic médical :
Diagnostic A (polyneuropathie **sans** AOP) : **8001A**
Diagnostic B (polyneuropathie **avec** AOP) : **8001B**
Diagnostic C (après **un ulcère diabétique/une amputation liée au diabète**) :
8001C
- Ces positions ne peuvent être utilisées que pour un **premier traitement**.
Donc facturés **une fois par patient et par prestataire de soins**.
- Le **temps effectivement nécessaire** pour le traitement en **présence du patient** est facturé. **Maximum 120 minutes**.
- La valeur du point tarifaire de 1,85 CHF comprend également les prestations supplémentaires du traitement telles que le changement de chambre, la prise de rendez-vous, etc.

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Autres traitements				
8002A	Traitement podologique, diagnostic A , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend au moins l'un des domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seconde anamnèse: en cas d'interruption du traitement pendant au moins 181 jours ou de changement dans le statut du diabète. <ul style="list-style-type: none"> • Identification du problème: empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux • Définition d'objectifs, planification du traitement, définition du besoin de traitement et des mesures thérapeutiques correspondantes • Contrôle du pied, de la peau et des ongles • Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles • Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques • Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. a, ch. 1, OPAS:</p> <p>4 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes atteintes de diabète sucré et présentant une polyneuropathie sans MAOP (diagnostic A). Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial.</p> <p>Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 90.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Autres traitements				
8002B	Traitement podologique, diagnostic B , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend au moins l'un des domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seconde anamnèse: en cas d'interruption du traitement pendant au moins 181 jours ou de changement dans le statut du diabète. • Identification du problème: empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux • Définition d'objectifs, planification du traitement, définition du besoin de traitement et des mesures thérapeutiques correspondantes • Contrôle du pied, de la peau et des ongles • Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles • Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques • Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. a, ch. 2, OPAS:</p> <p>6 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes atteintes de diabète sucré et présentant une polyneuropathie avec MAOP (diagnostic B).</p> <p>Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial. Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 90.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Autres traitements				
8002C	Traitement podologique, diagnostic C , par minute	1.85	<p>Le traitement comprend au moins l'un des domaines de traitement ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seconde anamnèse: en cas d'interruption du traitement pendant au moins 181 jours ou de changement dans le statut du diabète. • Identification du problème: empreinte de pied, démarche, médication, diagnostics secondaires, évaluation de la situation globale (anamnèse sociale) prenant en compte les risques médicaux • Définition d'objectifs, planification du traitement, définition du besoin de traitement et des mesures thérapeutiques correspondantes • Contrôle du pied, de la peau et des ongles • Mesures protectrices, notamment élimination atraumatique des parties calleuses et soin atraumatique des ongles • Instructions et conseils sur les soins des pieds, des ongles et de la peau ainsi que sur le choix des chaussures et des aides orthopédiques • Examen de l'adaptation de la chaussure 	<p>Conformément à l'art. 11c, al. 2, let. b, OPAS:</p> <p>6 séances maximum par année civile et par patient pour les personnes souffrant de diabète sucré qui ont fait un ulcère diabétique ou ont subi une amputation en raison du diabète sucré (diagnostic C). Le calcul du nombre de séances inclut le traitement initial.</p> <p>Le traitement s'effectue entièrement en présence du patient. Le nombre de minutes est limité à 90.</p> <p>En cas de changement de diagnostic au cours d'une année civile, le nombre de séances cumulé par an pour les six positions 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est limité à 6.</p>



Explications des positions tarifaires 8002A, 8002B et 8002C

- Une position tarifaire différente est utilisée en fonction du diagnostic :
 - Diagnostic A** (polyneuropathie **sans** AOP) : **8002A**
 - Diagnostic B** (polyneuropathie **avec** AOP) : **8002B**
 - Diagnostic C** (après **un ulcère diabétique/une amputation liée au diabète**) : **8002C**
- Ces positions sont utilisées pour les **traitements ultérieurs** après le **traitement initial**.
- Le **temps effectivement nécessaire** pour le traitement en **présence du patient** est facturé. **Au maximum 90 minutes**.
- Par **année civile**, **4 traitements** au maximum (**diagnostic A**) ou **6 traitements** (**diagnostic B ou C**) peuvent être facturés.
En cas de **modification** du diagnostic au cours de l'année civile, **6 séances** au maximum.
- La valeur du point tarifaire de 1,85 CHF comprend également les prestations supplémentaires du traitement telles que le changement de chambre, la prise de rendez-vous, etc.

Position tarifaire	Désignation	Points tarifaires	Prestation	Règle
Positions de supplément				
8010E	Prestations pré- et post-traitement	25.00	Englobe les prestations liées à un traitement: <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène (y c. stérilisation) • Documentation, anamnèse • Poursuite/mise à jour du rapport de suivi • Etude du dossier Durée: 20 minutes	Une fois en tant que supplément par traitement podologique ou par traitement podologique initial.
8030E	Rapport	27.50	Etablissement d'un rapport: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic podologique • Résumé du traitement • Recommandation concernant la marche à suivre 	Une fois par patient et par année civile à l'attention du médecin prescripteur ou sur requête de l'assureur. Ne peut être facturé qu'en tant que supplément dans le cadre d'un traitement podologique ou d'un traitement podologique initial.

Tarifposition	Bezeichnung	CHF	Leistung	Regel
Zuschlagspositionen				
8040E	Indemnité de déplacement, par km	2.00	<p>L'indemnité de déplacement consiste à rembourser aussi bien le temps consacré au trajet que les frais de véhicule ou les frais liés à l'utilisation des transports publics.</p> <p>En cas de visite de plusieurs patients, seul peut être remboursé le trajet pour se rendre d'un patient chez le patient suivant. Le trajet de retour est calculé sur la base du trajet direct entre le dernier patient et le cabinet.</p> <p>Aucune indemnité de déplacement ne peut être facturée pour les traitements ambulatoires ou stationnaires dispensés dans un hôpital, une clinique ou un EMS selon la liste cantonale des EMS.</p>	<p>Facturation par kilomètre effectivement parcouru en empruntant un chemin direct.</p> <p>Ce mode d'indemnisation s'applique également pour les trajets effectués en transports publics, et non le remboursement du prix effectif des titres de transport.</p> <p>Facturation uniquement en tant que supplément lié à la position tarifaire 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B ou 8002C.</p> <p>Cette position tarifaire ne peut pas être facturée par des podologues ou des organisations de podologie qui effectuent exclusivement des visites thérapeutiques à domicile.</p> <p>Les thérapies à domicile ne peuvent être facturées que si elles sont prescrites par le médecin.</p>



Explications des positions de suppléments 8010E, 8030E et 8040E

- La position **8010E** peut être ajoutée à **chaque traitement**. Les **prestations de préparation et de suivi** sont remboursées à hauteur d'**un forfait de 25 CHF**.
- La position **8030E** peut être facturée une fois **par patient et par année civile**. **Un forfait de CHF 27.50** est remboursé pour l'établissement du rapport.
- La position **8040E** est une **indemnité de déplacement et de temps**. Pour chaque kilomètre **effectivement parcouru**, un montant de **CHF 2.00** est facturé.
- La position **8040E** ne peut être utilisée que dans le cadre d'une **thérapie à domicile prescrite par un médecin** et **ne s'applique pas** aux podologues qui exercent **exclusivement une activité de visite**.



Traitement initial (une fois par patient et par fournisseur de soins)

Premier traitement

Position tarifaire
8001A

OU

Position tarifaire
8001B

OU

Position tarifaire
8001C

Position tarifaire différente selon le diagnostic A, le diagnostic B ou le diagnostic C selon le formulaire de prescription.

PLUS

Poste de supplément (possible pour chaque traitement)

Position tarifaire
8010E

Prestations de
préparation et de suivi :
Une fois par traitement
en tant que supplément

POSSIBLE

Poste de supplément (uniquement en cas de besoin / sur ordonnance)

Position tarifaire
8030E

Rapport : une fois par patient
et par année civile, à l'attention
du médecin ou de l'assureur

Position tarifaire
8040E

Indemnité de déplacement
et de temps : Par kilomètre
effectivement parcouru, sur
le trajet direct. Uniquement
sur prescription médicale.



Autres traitements

Position tarifaire différente selon le diagnostic A, le diagnostic B ou le diagnostic C selon le formulaire de prescription.

Autres traitements

Position tarifaire
8002A

OU

Position tarifaire
8002B

OU

Position tarifaire
8002C

PLUS

Poste de supplément (possible pour chaque traitement)

Position tarifaire
8010E

Prestations de
préparation et de suivi :
Une fois par traitement
en tant que supplément

POSSIBLE

Poste de supplément (uniquement en cas de besoin / sur ordonnance)

Position tarifaire
8030E

Rapport : une fois par patient
et par année civile, à l'attention
du médecin ou de l'assureur

Position tarifaire
8040E

Indemnité de déplacement
et de temps : Par kilomètre
effectivement parcouru,
sur le trajet direct.
Uniquement sur
prescription médicale.



Étude de cas 1

Exemple 1 : une patiente avec un **diagnostic A** et une ordonnance médicale se rend pour la **première fois** chez un prestataire de soins. Le traitement dure **112 minutes**. Les **prestations préalables et postérieures** durent **18 minutes**. Les frais suivants peuvent être réclamés :

Position tarifaire 8001A : CHF 1.85 x 112 minutes = CHF 207.20

Position tarifaire 8010E : CHF 25.00 (forfait)

Total : 232.20 CHF



Étude de cas 2

Exemple 2 : le patient avec prescription médicale et **diagnostic B** en est à son sixième traitement de l'année civile. Le traitement dure **85 minutes**. Après le dernier traitement, le médecin de famille prescripteur demande un rapport sur l'avancement du traitement. Le prestataire travaille par exemple 30 minutes sur le rapport. Les frais suivants peuvent être réclamés :

Position tarifaire 8002B : CHF 1.85 x 85 minutes = CHF 157.25

Position tarifaire 8010E : CHF 25.00 (forfait)

Position tarifaire 8030E : CHF 27.50 (forfait)

Total : CHF 209.75



Étude de cas 3

Exemple 3 : une patiente alitée avec un **diagnostic C** s'est vu prescrire une **thérapie à domicile**. Pour le troisième traitement, la prestataire se rend en voiture du cabinet au domicile de la patiente, **situé à 10 kilomètres**. Après le traitement, la podologue retourne au cabinet de podologie. Pendant le trajet de retour, la prestataire reste **5 minutes dans un embouteillage**. La durée effective du traitement est de **80 minutes**. Les frais suivants peuvent être réclamés :

Position tarifaire 8002C : CHF 1.85 x 80 minutes = CHF 148.00

Position tarifaire 8010E : CHF 25.00 (forfait)

Position tarifaire 8040E : CHF 2.00 x 20km (aller et retour) = CHF 40.00

Total : 213.00 CHF



Données de référence pour la facturation (1 / 2)



La norme XML du Forum Datenaustausch s'applique à la facturation.

<https://www.forum-datenaustausch.ch/de/>



Important : seules les factures au format XML standard peuvent être envoyées.
Les factures manuscrites ou les factures au format personnalisé seront **immédiatement rejetées**.



Les factures sont remboursées selon le système **du Tiers Payant (TP)**.



Seules les factures **conformes à la convention et à la loi** sont remboursées.



Données de référence pour la facturation (2 / 2)



Les factures doivent être envoyées aux assureurs dans les **3 mois suivant le traitement** (exception à la période de transition en 2022).







Les factures **correctes** reçues sont remboursées par l'assureur dans un délai de **30 ou 25 jours**.



Une **copie de la facture** doit être délivrée aux patients.



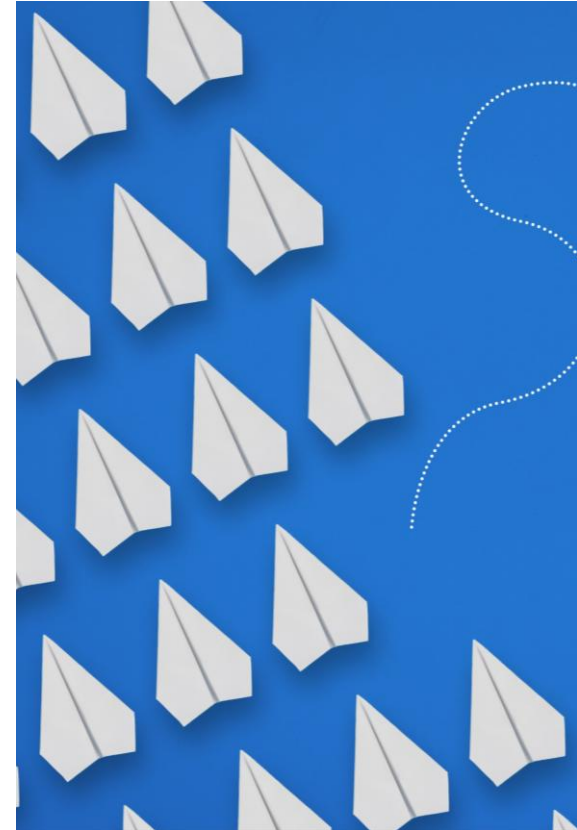
Conseils pour la facturation

-  La **Caisse des médecins propose un logiciel de facturation.**
-  Il existe également l'outil **Medical Invoice (MIC)** de la **Suva**. Plus d'informations ici: https://auth.medicalinvoice.ch/manual/flyer_fr.pdf
-  Pensez à **vous procurer à temps** un logiciel pour la facturation. Le changement prend du temps.
-  Le **Forum Datenaustausch** définit la norme de facturation. Pour plus d'informations : <https://www.forum-datenaustausch.ch/fr/>



Informations requises sur la facture

- ✓ données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré
- ✓ Nom de l'assureur
- ✓ Numéro RCC du médecin prescripteur
- ✓ Données du prestataire de soins
 - ✓ Podologues indépendants : Numéro RCC, nom, adresse
 - ✓ Organisation de la podologie : numéro RCC, nom, adresse de l'organisation, GLN du podologue exécutant
- ✓ Date du traitement
- ✓ Indication des minutes de traitement
- ✓ Calendrier, code tarifaire 341, chiffre tarifaire, prix en CHF selon structure tarifaire
- ✓ Motif du traitement





Exemple d' une facture



Les émetteurs de factures sont les organisations qui mettent à disposition le logiciel de facturation.



Les fournisseurs de prestations sont des podologues indépendants, des podologues ou des organisations de podologie annoncées auprès de la SASIS.



La liste GLN énumère le numéro GLN du podologue indépendant / de l'organisation de podologie. Si nécessaire, podologue traitant en plus.



Des remarques peuvent être ajoutées si nécessaire pour les patients.
p.ex. le traitement a été effectué par Erika Muster



E : Podologue exécutant / Podologue exécutante

R : Podologue responsable

Le chiffre sous E ou R se réfère au numéro (1/) sous liste GLN.



OPS
Organisation Podologie Schweiz
Organisation Podologia Suisse
Organizzazione Podologia Svizzera

Ordonnance sur la podologie en cas de syndrome du pied diabétique selon l'art. 11c OPAS

Données personnelles

Nom _____
Prénom _____
Rue _____
Code postal / Lieu _____
Date de naissance _____
Téléphone privé _____
Employeur _____
Code postal / Lieu _____
Téléphone professionel _____
Assureur maladie _____
N° d'assuré _____
N° d'assurance sociale / N° AVS _____

Adresse du cabinet de podologie

- Maladie
 Traitement à domicile

Conformément à l'art. 11c OPAS, seules sont remboursées les prestations fournies sur prescription médicale aux personnes souffrant de diabète sucré et présentant l'un des facteurs de risque suivants pour un syndrome du pied diabétique. Le nombre de séances est indiqué par année civile. Le formulaire de prescription est donc valable pour l'année civile au cours de laquelle il a été établi et doit être réédité pour chaque nouvelle année civile.

- Diagnostic A** : personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie sans maladie artérielle occlusive périphérique (MAOP), max. 4 séances
- Diagnostic B** : personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie avec maladie artérielle occlusive périphérique (MAOP), max. 6 séances
- Diagnostic C** : personnes atteintes de diabète sucré après un ulcère diabétique ou après une amputation liée au diabète, max. 6 séances

Autre(s) diagnostic(s) / remarques :

Début du traitement au _____

Durée de validité
Règlement (fin de l'année civile en cours) _____

Médecin (cachet) : N° RCC et GLN

Date et signature _____

Podologue (cachet) : N° RCC et GLN

Date et signature _____



Vous trouverez le modèle de
formulaire de prescription
sous :

<https://www.ops.swiss/tarif>



Questions



FAQ

Combien de traitements un patient peut-il suivre sur la base d'une prescription médicale ?

Quelle est la durée de validité d'une ordonnance médicale ?

A partir de la date de prescription, le patient a droit à 4 ou 6 traitements pour l'année civile. Si l'ordonnance médicale est établie par exemple en juillet 2022, le patient a droit à 4 ou 6 traitements jusqu'à fin 2022, selon le diagnostic.

Conformément à l'art. 11c OPAS, le médecin doit établir **une nouvelle ordonnance par année civile**.

Si tous les traitements ne peuvent pas être effectués au cours d'une année civile, les traitements **ne peuvent pas être reportés** sur l'année suivante.



FAQ

Un patient avec une prescription médicale a déjà été traité plusieurs fois cette année. Les frais de traitement ont à chaque fois été pris en charge par le patient. Dois-je rembourser au patient les traitements déjà payés ?

Il y a maintenant deux approches possibles :

1. Si le patient est encore en traitement jusqu'à la fin de l'année, les traitements suivants peuvent être facturés via l'AOS.
2. Les factures déjà payées peuvent être remboursées au patient et ensuite les traitements déjà effectués peuvent être facturés via l'AOS.

Important : Les patients disposant d'une ordonnance médicale ont **droit à 4 ou 6 traitements remboursés par l'assurance de base** par année civile.

Les traitements effectués **avant la date d'établissement de l'ordonnance médicale ne doivent pas être remboursés.**



FAQ

Est-il possible d'effectuer des traitements partiels ?

Les traitements partiels sont comptés comme **un seul traitement**. Si, par exemple, seule une partie du pied est traitée et que la séance est plus courte, elle est néanmoins considérée comme un traitement complet. En effet, la prestation effectivement fournie en présence du patient est toujours facturée.

Les patients ont droit à 4 ou 6 traitements par an, selon le diagnostic. Les traitements supplémentaires ne sont pas couverts par l'assurance de base.

Les médecins n'ont **pas la possibilité de** prescrire d'autres traitements. Conformément à l'art. 11c OPAS, le médecin doit établir **une nouvelle ordonnance par année civile**.



FAQ

A quoi dois-je faire attention si le diagnostic de mon patient change alors que la prescription médicale est en cours ?

Si le diagnostic de votre patient change, par exemple s'il passe du diagnostic A (polyneuropathie **sans** MAOP) au diagnostic B (polyneuropathie **avec** MAOP), le nombre de traitements remboursés change également. Avec le diagnostic B, 6 traitements par an sont remboursés.

Si un nouveau diagnostic est posé, le médecin doit établir un nouveau formulaire de prescription. Ce nouveau formulaire de prescription doit également être remis à la caisse de maladie.

Le nombre maximal de séances par an via les positions tarifaires 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B et 8002C est de 6 traitements.



FAQ

Que puis-je faire si ma patiente ne se présente pas à son traitement ?

Les soi-disant no-shows ne peuvent pas être facturés par l'assurance de base. Seules les prestations effectivement fournies au patient peuvent être facturées dans le cadre de l'AOS.

Si vous informez vos patient(e)s que les rendez-vous non annulés peuvent être facturés, vous pouvez éventuellement établir une facture à leur intention.



FAQ

Quand et à quelle fréquence l'ordonnance médicale doit-elle être envoyée à la caisse de maladie ?

Les fournisseurs de prestations doivent envoyer l'ordonnance médicale aux assureurs au plus tard avec la première facture. L'ordonnance ne doit être envoyée qu'une seule fois par année civile.

Exception : si un nouveau diagnostic est posé en cours d'année, la nouvelle ordonnance médicale doit être envoyée à nouveau aux assureurs au plus tard avec la première facture.



FAQ

Est-il possible que la patiente paie directement la facture au prestataire de soins et réclame ensuite elle-même le remboursement à l'assurance ?

Dans l'assurance de base, il est courant que les prestations soient facturées via le Tiers Payant (TP) et cela a été convenu contractuellement avec les assureurs affiliés à curafutura. Chez ces assureurs-maladie, les factures doivent être soumises dans le système du tiers payant (TP). Santésuisse a également recommandé cette solution à ses assureurs affiliés.

Nous recommandons donc d'établir les factures dans le système du Tiers Payant (TP), ce qui vous permet de traiter la facturation de la même manière pour toutes les caisses d'assurance maladie. Les factures seront envoyées directement aux assureurs et seront également remboursées par les caisses maladie aux prestataires de soins.



FAQ

A l'avenir, je ne souhaite pas facturer de prestations au titre de l'assurance de base. Puis-je quand même traiter des patients avec une ordonnance médicale ?

Oui, cela reste possible. En tant que podologue, vous avez un **devoir d'information**. Les patients disposant d'une ordonnance médicale doivent être informés avant le traitement ou avant de se rendre au cabinet qu'ils ne sont pas des fournisseurs de prestations et que, par conséquent, les coûts du traitement ne sont pas couverts par l'AOS.

Si vous ne respectez pas cette obligation d'information, vous pouvez être tenu pour responsable des frais encourus.

Si un numéro RCC a déjà été demandé, le numéro RCC **doit être annulé auprès du SASIS** et le fournisseur de prestations doit **se récuser** (conformément à la LAMal, art. 44). Pour ce faire, le fournisseur de prestations doit s'annoncer auprès du service désigné par le gouvernement cantonal.

En outre, **les patients avec une ordonnance médicale doivent être informés** que le décompte n'est pas (plus) remboursé par l'AOS. Nous recommandons d'informer les patients par écrit, par exemple par le biais de la fiche patient.



FAQ

En 2022, tous les traitements prescrits n'ont pas pu être effectués. Ces traitements peuvent-ils être reportés sur l'année 2023 ?

Non, les traitements non effectués **ne peuvent pas être reportés** sur l'année suivante. L'ordonnance médicale est **valable pour une année civile**.

Par exemple, si un patient reçoit une **ordonnance médicale** avec un **diagnostic B** en **novembre 2022**, il devra suivre **six traitements** jusqu'à la fin de l'année 2022. Si tous les traitements ne peuvent pas être effectués, **les traitements restants seront perdus**.

Pour les traitements à partir de **janvier 2023**, une **nouvelle** ordonnance médicale sera nécessaire.

Notre recommandation : attirez l'attention de vos patients atteints du syndrome du pied diabétique dès la fin de l'année sur la nécessité de demander à leur médecin une ordonnance médicale pour l'année suivante.



FAQ

Où puis-je trouver le formulaire de prescription actuel ?

Vous trouverez le formulaire de prescription actuel sur le site Internet OPS sous :
<https://www.ops.swiss/fr/tarif>

Comme ce formulaire de prescription a été convenu avec les assureurs-maladie, nous recommandons de n'utiliser que ce formulaire.



Déclaration d'adhésion à la solution transitoire



Déclaration d'adhésion HSK / CSS



OPS et H+ ont négocié une **solution transitoire** avec les différents représentants des assurances maladie en Suisse.



Cette solution transitoire définit par exemple la **durée**, la **facturation**, la **structure tarifaire** ou la **valeur du point**.



Les podologues qui souhaitent facturer via l'AOS doivent adhérer à la solution transitoire ou, plus tard, à la convention tarifaire définitive.



La déclaration d'adhésion définit les **conditions d'utilisation** du **tarif de la podologie**.



Les podologues qui décident de ne pas facturer via l'AOS doivent en informer les patients avec une ordonnance médicale avant le traitement.






Déroulement Adhésion à la solution transitoire

- ✓ Télécharger le formulaire de déclaration d'adhésion sur <https://www.ops.swiss/fr/beitrittserklaerung>
- ✓ Vous trouverez les conventions transitoires des assureurs ainsi que les questions les plus fréquentes sur le site <https://www.ops.swiss/fr/beitrittserklaerung>
- ✓ Remplir la déclaration d'adhésion, la signer et l'envoyer avec les annexes (autorisation du canton & SASIS) à ops@podologie.ch.
- ✓ **Après confirmation par OPS et paiement des frais d'adhésion, les factures peuvent être envoyées aux assureurs.**



Points importants pour l'adhésion

-  Il est possible d'adhérer à **tout moment** et **indépendamment** de l'appartenance à une association.
-  Les déclarations d'adhésion confirmées **par l'OPS** avant le **20 du mois** sont **valables** à partir du **1er du mois suivant**.
-  Une **démission** est possible **au 31 décembre de** chaque année, moyennant un **préavis** de **six mois**. La démission doit être adressée **par écrit** à l'**OPS**.

En cas de sortie, le numéro RCC doit être annulé auprès du SASIS.
N'oubliez pas d'en informer vos patients.



Frais d'adhésion membres ASP, SSP et UPSI



Cotisation des membres ASP, SSP et UPSI :
Frais annuels de **500 CHF***.

Taxe (la date d'admission du SASIS est déterminante) :

- Janvier - mars : cotisation annuelle complète de 500 CHF *.
- Avril - juin : CHF 375*
- Juillet - septembre : CHF 250 *
- Octobre - décembre : CHF 125 *

Pour l'année **2022**, ce n'est pas la date d'admission SASIS qui est déterminante, mais une **taxe forfaitaire de 250 CHF * qui sera prélevée.**

* Prix hors TVA.



Frais d'adhésion non-membres ASP, SSP et UPSI



Cotisation pour les non-membres ASP, SSP et UPSI :

Droit d'entrée unique de **1000 CHF ***.

Frais annuels de **800 CHF***.

Taxe (la date d'admission du SASIS est déterminante) :

- Janvier - mars : cotisation annuelle complète : 800 CHF*.
- Avril - juin : CHF 600*
- Juillet - septembre : 400 CHF*
- Octobre - décembre : 200 CHF

Pour l'année **2022**, ce n'est pas la date d'admission SASIS qui est déterminante, mais une **taxe forfaitaire de 400 CHF *** qui sera prélevée.

* Prix hors TVA.



Situation actuelle du contrat de qualité





Situation actuelle du contrat de qualité

- ★ Un **système de gestion de la qualité (SGQ)** est nécessaire pour être admis en tant que prestataire de soins.
- ★ L'OPS est en train d'**élaborer** ces directives de qualité. On y trouve des thèmes tels que l'**hygiène**, la **documentation**, l'**infrastructure** ou la **qualité des traitements**.
- ★ En outre, l'OPS doit **négoier** un **contrat de qualité** avec les assureurs maladie.
- ★ Tous les prestataires de soins (médecins, diététiciens, physiothérapeutes, etc.) reçoivent **les mêmes instructions**.
- ★ Thèmes contrat qualité : amélioration de la qualité des traitements, cercles de qualité, système de rapport et d'apprentissage (CIRS)



Enquête sur la gravité du diabète du pied diabétique



Suivi de l'évolution de la sévérité du pied diabétique des patients.



Dans le cadre du SMQ, l'**évolution** du **degré de gravité** du pied diabétique doit être **consignée**.



Saisie des données au moyen du formulaire en ligne à **la fin de** chaque **année** à l'OPS.



Enquête sur la gravité du diabète du pied diabétique



- ✓ Nombre de patients diabétiques traités

- ✓ Données par patient
 - ✓ Nombre de traitements remboursés par l'AOS
 - ✓ Durée des traitements remboursés par l'AOS
 - ✓ Nombre de traitements payés par le patient
 - ✓ Durée des traitements payés par l'assuré
 - ✓ Catégorie selon IWGDF avant le premier traitement
 - ✓ Catégorie selon IWGDF après le dernier traitement

Classe de risque selon l'IWGDF	Définition	Points à aborder dans l'éducation du patient → détails selon la recommandation	Mesures de prévention	Niveau de prise en charge
0	DS <u>sans</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>sans</u> déformation du pied	Inspection, hygiène et soins réguliers des pieds et des ongles	1x par an : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) • Education (rappel) du patient Ev. soins complémentaires en présence d'autres facteurs de risque*	Niveau 1 de prise en charge †
1	DS <u>avec</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>sans</u> déformation du pied	Idem que pour le grade 0 + prise de conscience de la perte de sensibilité et des risques en résultant, auto-examen/soins quotidiens des pieds (y compris chaussures), conduite à tenir dans des situations spécifiques	Au moins 2x par an : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) • Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage • Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) • Evaluation du chaussage, resp. évaluer la nécessité de chaussures orthopédiques (en particulier besoin de décharge ; év. consulter un maître bottier-orthopédiste (OSM)) ‡ • Inscription à l'AI pour la prise en charge de chaussures de prévention du pied diabétique chez patient <65 ans (sexe masc.)/ <64 ans (sexe fém.) 	Niveau 1 de prise en charge †
Prudence !	A partir du grade 1, en cas d' <u>ulcère aigu</u> , de <u>pied de Charcot</u> ou de <u>nécrose ischémique / gangrène</u>		<ul style="list-style-type: none"> ➢ Orientation vers un centre spécialisé correspondant au niveau 3 de prise en charge † ➢ La nécrose ischémique / gangrène représente une urgence 	Niveau 3 de prise en charge †
2a	DS <u>avec</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>avec</u> déformation du pied	Idem que pour le grade 1 + importance d'un chaussage et de conseils orthopédiques adaptés	Au moins 2x par an : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) • Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage • Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) • Evaluation du chaussage et conseils orthopédiques adaptés (en particulier concernant besoin de décharge, corrections orthopédiques) 	Niveau 1 de prise en charge †
2b	DS <u>avec</u> NP, <u>avec</u> AOP, avec ou sans déformation du pied	Idem que pour le grade 1 + impact de l'AOP + avantages/risques des mesures chirurgicales	Au moins 4x par an : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) • Education (rappel) du patient: pieds/ongles/peau et chaussage • Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) • Evaluation du chaussage et conseils orthopédiques adaptés (décharge et si nécessaire corrections orthopédiques) En complément : discuter de l'indication d'une revascularisation	Niveau 2 de prise en charge †
3a	Antécédent d'ulcération du pied	Idem que pour les grades 2a/2b + impact de l'ulcère (risque accru de récurrence)	Au moins 4x par an : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) • Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage • Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) • Evaluation du chaussage (et si nécessaire orthèses) 	Niveau 2 de prise en charge †
3b	Antécédent d'amputation (y compris d'orteils isolés)			Bilan complet au moins 1x par an dans un centre de niveau 3 de prise en charge †



Questions



FAQ

Existe-t-il une liste des prestataires de soins en podologie ?

Oui, une liste des prestataires de soins en podologie qui ont adhéré à la convention transitoire est disponible sur le site <https://www.ops.swiss/fr/leistungserbringende>.



FAQ

Mon cabinet se trouve dans le canton de Lucerne et j'ai une autorisation du canton ainsi qu'un numéro RCC. J'exerce également dans une maison de retraite et de soins dans le canton d'Argovie. Mais je n'y ai pas de cabinet.

Dois-je acheter un numéro RCC supplémentaire pour le canton d'Argovie ?

En principe, si vous avez plusieurs cabinets médicaux dans différents cantons, vous devez obtenir un numéro RCC pour chaque canton.

Si, comme dans l'exemple ci-dessus, vous exercez dans plusieurs cantons sans y avoir de cabinet, nous vous recommandons de le signaler en conséquence à l'ASSIS.

Les assureurs gèrent cette situation différemment et pourraient refuser la facture des prestations fournies dans un autre canton si le SASIS n'est pas informé.



FAQ

Pourquoi la déclaration d'adhésion passe-t-elle par l'OPS et pourquoi dois-je payer ?

L'Organisation Podologie Suisse (OPS) est l'organisation faîtière de la podologie en Suisse et se compose des trois associations SPV, SSP et UPSI.

La Confédération exige, pour la reconnaissance et les négociations dans le cadre de l'AOS, que les associations professionnelles se regroupent au sein d'une organisation faîtière.

Comme il est d'usage dans d'autres groupes professionnels, des taxes annuelles sont prélevées pour l'adhésion à la convention tarifaire et donc aussi à la solution transitoire. Ces taxes financent les dépenses de l'OPS en rapport avec la facturation à la charge de l'AOS. Jusqu'au début de cette année, le financement était assuré par l'OPS et donc supporté par les membres. En outre, de nombreuses heures ont été consacrées à titre bénévole par les membres du comité. Le financement de la collecte des données, des négociations en vue d'une solution définitive et de toutes les autres dépenses futures doit en principe être assuré par les fournisseurs de prestations. Ces coûts ne peuvent pas être pris en charge par les associations, car seule une partie de leurs membres facturent en tant que fournisseurs de prestations. La reconnaissance LAMal n'a cependant pu être obtenue que grâce à l'immense engagement des associations professionnelles pendant des années ; ces dépenses ont été soutenues et cofinancées par les membres. Sans une association professionnelle, cela n'aurait jamais été possible. C'est pourquoi tous les fournisseurs de prestations qui sont membres de l'ASP, de la SSP ou de l'UPSI au 01.01.2022 et qui n'ont pas résilié leur contrat à la fin de l'année 2022 bénéficient d'une taxe moins élevée et ne doivent pas payer de taxe d'entrée.



FAQ

Le tarif n'est pas rentable pour mon cabinet. Que puis-je faire ?

Selon l'article 43 de la LAMal, "les tarifs et les prix sont convenus dans le cadre de conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations [...]. Il faut veiller à ce que les tarifs soient **calculés selon les principes de l'économie d'entreprise** et à ce qu'ils soient **structurés de manière appropriée**. Les tarifs et les prix s'orientent sur la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée dans la **qualité nécessaire, de manière efficace et avantageuse**. Les partenaires contractuels et les autorités compétentes veillent à ce qu'une prise en charge sanitaire **appropriée** et de **qualité** soit obtenue aux **coûts les plus avantageux possibles**".

Afin que la structure tarifaire reflète la réalité financière des podologues en Suisse, différents indicateurs sont relevés. Ces ratios comprennent divers coûts générés par l'exploitation d'un cabinet de podologie, par exemple le matériel de traitement, l'équipement de la salle de traitement, le mobilier ou le loyer du cabinet. Les coûts de formation continue, les investissements dans le cabinet et les frais de véhicules sont également pris en compte. Afin d'obtenir une image aussi pertinente que possible, il est essentiel que tous les prestataires de soins participent à la collecte des données.



FAQ

Mon cabinet se trouve dans le canton de Lucerne et j'ai une autorisation du canton ainsi qu'un numéro RCC. J'exerce également dans une maison de retraite et de soins dans le canton d'Argovie. Mais je n'y ai pas de cabinet.

Dois-je acheter un numéro RCC supplémentaire pour le canton d'Argovie ?

En principe, vous avez besoin d'un numéro RCC **par canton** où vous avez obtenu une autorisation. En outre, vous devez demander un numéro RCC auprès du SASIS **pour chaque site de cabinet**, même si celui-ci se trouve dans le même canton.

Si, comme dans l'exemple ci-dessus, vous exercez dans plusieurs cantons sans y avoir de site de cabinet, nous vous recommandons **de le signaler en conséquence au SASIS**. Les assureurs-maladie peuvent refuser la facture si cette activité n'a pas été déclarée au SASIS et y a été déposée en conséquence.



FAQ

Vous trouverez d'autres réponses aux questions fréquentes concernant la déclaration d'adhésion sur notre site web: <https://www.ops.swiss/fr/faq>