

Remarques importantes concernant la manière de remplir le formulaire d'autodéclaration en vue de la reconnaissance d'une unité fonctionnelle

Veillez lire attentivement la présente notice. Chaque demande de reconnaissance d'une unité fonctionnelle doit être soumise pour approbation à la Commission paritaire pour la valeur intrinsèque et les unités fonctionnelles (PaKoDig) dûment remplie et accompagnée des annexes requises. La PaKoDig ne traite les demandes que quatre fois par an. Pour éviter de rallonger la procédure et d'occasionner des tracasseries administratives supplémentaires, veuillez donc vérifier que votre demande est complète avant de la soumettre. Vous trouverez le formulaire d'autodéclaration ci-après.

Aide / liste de contrôle

Pour vous faciliter la tâche, vous trouverez sur notre site internet (<https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/tarmed-unites-fonctionnelles.cfm>) et dans le document « L'essentiel en bref », les informations nécessaires à la remise d'une demande de reconnaissance en bonne et due forme. Si vous vous appuyez sur la liste de contrôle et sur les informations figurant sur notre site pour remplir votre demande, cela simplifiera et accélérera le processus.

Nous vous invitons donc à remplir le formulaire d'autodéclaration en vous aidant de la liste de contrôle et à nous l'envoyer par voie électronique accompagné de l'ensemble des annexes requises. Il n'est pas nécessaire de nous remettre le formulaire en version imprimée.

Respecter cette procédure vous permettra de gagner du temps et d'éviter toute tracasserie inutile.

Pourquoi faut-il faire reconnaître ses unités fonctionnelles ?

- Pour pouvoir facturer des prestations TARMED dans l'unité fonctionnelle correspondante.
- Pour permettre aux assureurs de contrôler les factures. Les unités fonctionnelles reconnues figurent en effet dans la banque de données des unités fonctionnelles mise à disposition des assureurs dans ce but.

Commission paritaire « Bases de données de la valeur intrinsèque et des unités fonctionnelles » (PaKoDig TARMED)

Ce présent modèle concerne les demandes d'unité fonctionnelle OP cabinet médical. Il s'applique également aux demandes d'unité fonctionnelle OP I.

Autodéclaration pour la reconnaissance de l'unité fonctionnelle OP cabinet médical selon le TARMED dans le cabinet médical

Coordonnées personnelles

Nom / Prénom (médecin responsable):

Année de naissance:

Titre de spécialiste FMH:

Numéro EAN: Numéro EAN est l'ancienne dénomination de numéro GLN Numéro RCC:

Numéro FMH (pour membres FMH):

Adresse du cabinet:

Lieu de la salle d'OP	Evt. adresse actuelle
Route de Cité-Ouest 5 1007 Lausanne	

Téléphone:

E-mail:

Le nom et le n° GLN saisis pour le numéro RCC (<https://www.sasis.ch/zsr/fr/kurzversion>) doivent correspondre au nom et au n° GLN du propriétaire du cabinet. Vous trouverez des détails importants et des explications utiles dans notre liste de contrôle (https://contens.fmh.ch/fmh/files/pdf27/checkliste-pakodig_fr.pdf)

J'ai adhéré à la convention-cadre TARMED LAMal (FMH / santésuisse) Oui Non

J'ai adhéré à la convention tarifaire TARMED LAA / LAI / LAM (FMH / CTM) Oui Non

Tous les médecins qui opéreront dans cette salle d'opération doivent adhérer aux conventions-cadres de la FMH personnellement.

Prestations: liste des principales positions tarifaires facturées. Sert exclusivement à l'examen de la demande et ne sera pas repris dans la banque de données des unités fonctionnelles.

N° position	Texte	N° position	Texte
04.0530	Incision/drainage hématome, .		
04.0570	Supplément excision complém.		
04.0630	Excision de lésion sous-cuta		
04.1370	Débridement lors de brûlures		

Ici, veuillez n'indiquer que les positions du TARMED (les principales) exigeant l'unité fonctionnelle OP I fournies dans la salle d'opération pour laquelle la demande est déposée.

Si la salle d'opération (salle d'OP) est utilisée par d'autres médecins non rattachés au cabinet médical, prière d'indiquer les noms et spécialités:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN: Numéro RCC: Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN: Numéro RCC: Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN: Numéro RCC: Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN: Numéro RCC: Numéro FMH:

Indiquez ici tous les médecins qui opéreront dans cette salle d'opération à la charge des assurances sociales (prestations du TARMED exigeant l'unité fonctionnelle OP I).

Veuillez n'indiquer que les numéros RCC avec lesquels des prestations opératoires seront facturées dans cette salle d'opération. Lorsque les prestations opératoires d'un ou de plusieurs médecins sont facturées avec le n° RCC du propriétaire du cabinet (cf. en haut de la page), vous n'avez rien à renseigner pour ce ou ces médecins.

Si d'autres personnes opèrent, prière d'indiquer leurs coordonnées à la rubrique Remarques

A. Exigences pour l'unité fonctionnelle OP			
A1) Exigences techniques (d'hygiène):			
	Spécifications	remplies	non remplies
1a	Système de ventilation adapté à l'éventail d'interventions (pas d'aération par les fenêtres). ¹	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2a	Utilisation de gaz anesthésiques (oui ou non)?	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/> Non
2b	Lors d'utilisation de gaz anesthésiques (question 2a): respect des directives SUVA (valeurs MAC). Cela vaut également pour l'anesthésie ambulatoire ²	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

= valeurs VME

A2) Exigences infrastructurelles			
	Spécifications	remplies	non remplies
5	Salle d'eau/de désinfection séparée pour l'opérateur et le personnel SO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6a	Salle de préparation du patient précédant le bloc OP avec oxygène et aspiration ou sous vide (fixe ou mobile)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Zone de préparation/ stérilisation des instruments: en dehors du bloc OP et/ou utilisation d'une stérilisation/préparation des instruments externe au cabinet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Possibilité d'évacuation d'un patient immobilisé couché (ascenseur ou cage d'escalier)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Exigences pour la salle d'opération			
B1) Exigences techniques (d'hygiène):			
	Spécifications	remplies	non remplies
1a	Alimentation en gaz médicaux fixe ou mobile avec oxygène et aspiration ou sous vide	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2a	Système de ventilation adapté à l'éventail d'interventions (pas d'aération par les fenêtres). ¹	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

B2) Exigences infrastructurelles:			
	Spécifications	remplies	non remplies
3	Surface nette du bloc OP (surface minimale bloc OP: 13 m ²)	14.36 m ²	
3a	Le bloc opératoire n'est pas utilisé comme cabinet de consultation	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Revêtements de murs et de sol antibactériens, antistatiques, lavables et facilitant la désinfection	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ Exigences aux critères de reconnaissance 4.4 concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles: En ce qui concerne les exigences techniques et de planification il peut y avoir des réglementations supplémentaires outre la zone d'influence TARMED. En cas de reconnaissance on présume que l'opérateur de l'unité fonctionnelle respecte les réglementations en vigueur au moment de la reconnaissance.

² Lorsque des gaz anesthésiques sont utilisés à quelque moment que ce soit dans les salles d'opération au cabinet OP (reconnues), il est impératif de respecter les directives de la SUVA (valeurs VME).

Sur cette page et les pages suivantes, vous devez remplir tous les critères exigés. Veuillez répondre selon la réalité de votre cabinet.

Seule exception : bloc de question A1 - question 2a : vous pouvez répondre par oui ou par non :

Si vous répondez non à la question 2a, vous devez quand même répondre à la question 2b --> avec elle, vous attestez avoir pris connaissance du fait que vous devez respecter les directives de la SUVA (valeurs VME) si, un jour, des gaz anesthésiques sont utilisés dans l'OP cabinet médical pour laquelle vous déposez la demande (= 2^e note de base de page).

Vous trouverez des détails importants et des explications utiles dans notre liste de contrôle (https://contens.fmh.ch/fmh/_files/pdf27/checkliste-pakodig_fr.pdf)

Veuillez indiquer la surface nette précise (sans l'arrondir) telle qu'elle est mentionnée sur le plan joint à la demande.

B3) Technique médicale en salle d'OP:			
	Spécifications	remplies	non remplies
6	Éclairage du champ opératoire par plafonnier, orientable et réglable en hauteur ou par autre système correspondant aux critères usuels de la spécialité médicale. Le système d'éclairage doit être spécifié: sfg adfg a	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Table d'opération réglable (Trendelenburg, hauteur, par système électrique ou manuel)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Surveillance suivie générale du patient avec mesure de la pression artérielle et oxymétrie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Valise de réanimation en cas de complications	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Possibilité de documenter et/ou contrôler les interventions chirurgicales au moyen de procédés d'imagerie médicale spécifiques à la spécialité. Le procédé doit être spécifié: asf sdf sf	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans le bloc de questions B3, n'oubliez pas de spécifier les réponses aux questions 6 et 10 dans le champ gris juste en-dessous de la question.

C. Exigences en ressources humaines (personnel spécialisé)			
	Spécifications	remplies	non remplies
1	Effectif du personnel soignant OP qualifié (Inf. Instr. ou TSO, sans auxiliaires, postes à 100%) par bloc opératoire en moyenne 0,5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Données générales	
Mise en service (mois et année) de la salle d'OP	10 2022
Remarques: L'opérateur Petit ne commence que le 01.01.2023.	Vous pouvez ajouter ici des informations complémentaires (p. ex. d'autres médecins qui opèrent).

Vous trouverez les délais des demandes traitées en fonction de la date de mise en service et d'autres explications dans la liste de contrôle (https://contens.fmh.ch/fmh/_files/pdf/27/checkliste-pakodig_fr.pdf)

L'autodéclaration a valeur de document officiel. Par ma signature, je confirme avoir donné des informations complètes et véridiques.

J'ai pris connaissance des informations juridiques «Concept des unités fonctionnelles» et «Déclaration de protection des données» publiées sur le site internet de la FMH.

Lieu, date: : Lausanne, le 11 juillet 2022

Signature du propriétaire: 

Cabinet médical Jean Dupont (Chirurgien)
Route de Cité-Ouest 5
1007 Lausanne
téléphone : 01 22 11 11 - e-mail : jean.dupont@hin.ch

- Annexes:
- Plan original du secteur du bloc opératoire et de l'ensemble du cabinet à l'échelle 1:50 avec dénomination précise des pièces
 - Le "chemin du patient" est indiqué
 - Date et signature du détenteur du cabinet sur les plans

Vous devez répondre à toutes les questions. Dans le cas contraire, la demande vous sera retournée!

ATTENTION : les annexes mentionnées ici doivent être jointes à la demande et envoyées exclusivement par courriel à tarife.ambulant@fmh.ch.