



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

TARDOC et forfaits ambulatoires

30 avril 2025

Office fédéral de la santé publique



Table des matières

I. Contexte: situation et rétrospective

II. TARDOC et forfaits ambulatoires

1. Introduction: fonctionnement
2. Domaines d'application
3. Qu'est-ce qui change avec les forfaits ambulatoires?
4. Utilisation pratique

III. Analyse de la demande d'approbation du 5 novembre 2024

1. Neutralité statique des coûts
2. Neutralité dynamique des coûts
3. Forfaits ambulatoires
4. Autres exigences du 19 juin 2024 visant la coordination

IV. Décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025 et prochaines étapes

1. Décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025
2. Prochaines étapes

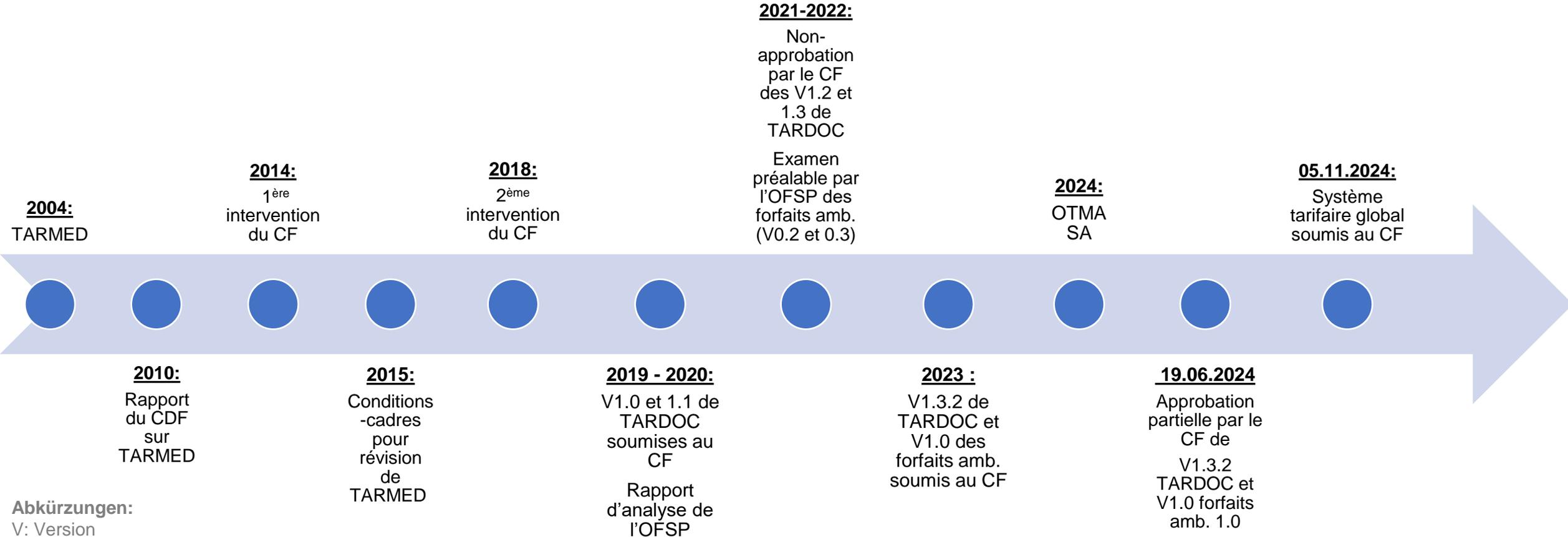
Annexe: Considérations du Conseil fédéral du 30 avril 2025



I. Contexte: situation actuelle et rétrospective



1. Contexte: situation et rétrospective



Abkürzungen:

V: Version

CF: Conseil fédéral

CDF: Contrôle fédéral des finances

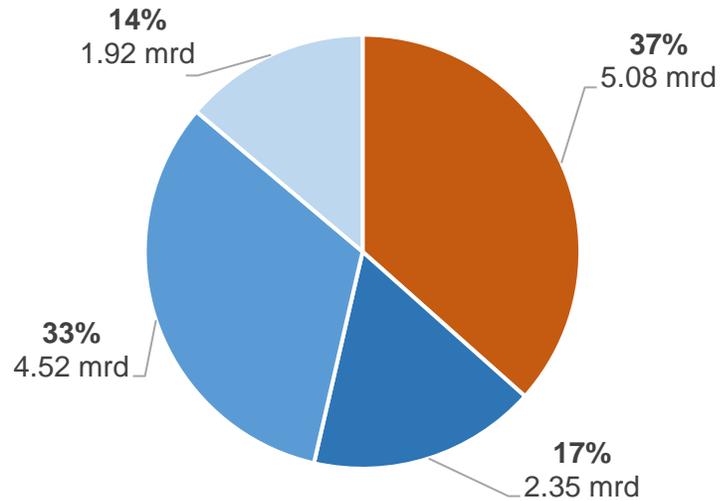
OTMA SA: Organisation tarifs médicaux ambulatoires

OFSP: Office fédéral de la santé publique



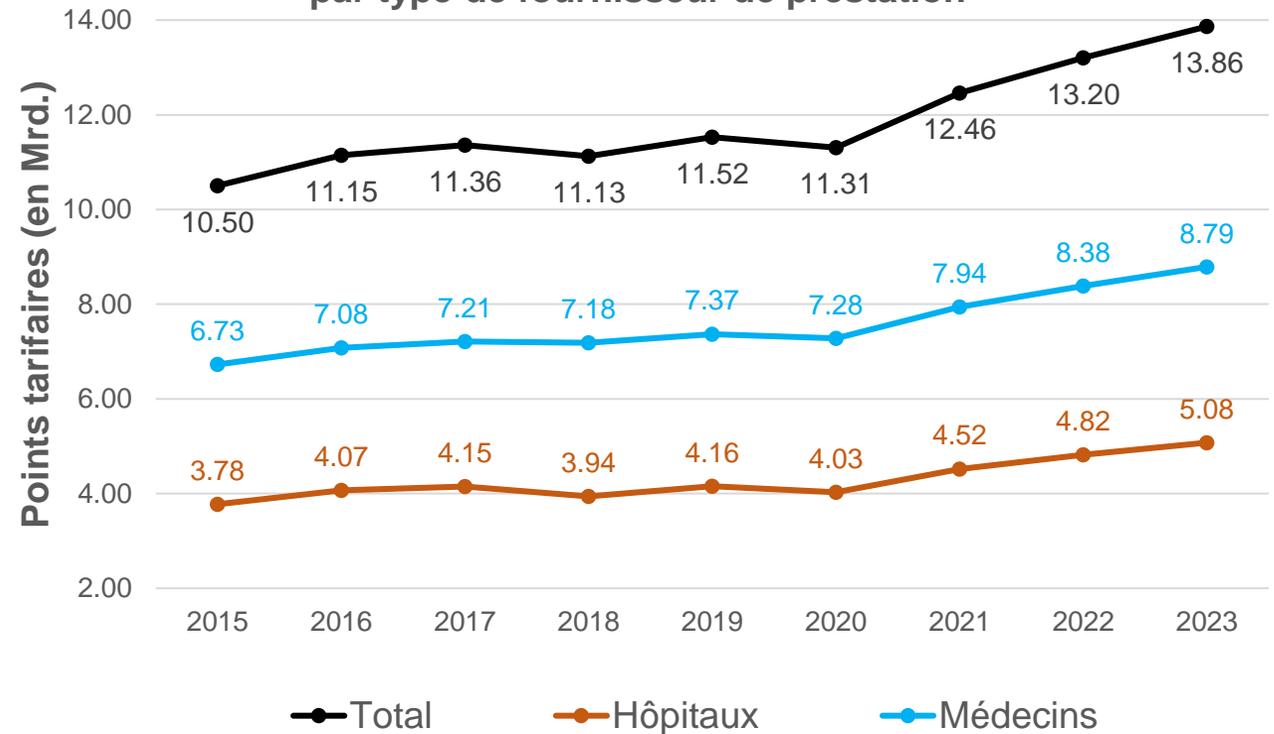
2. Contexte: situation et rétrospective

Volume de points TARMED et part en %, en 2023



- Hôpitaux
- Méd. de premier recours
- Méd. spécialistes
- Cabinets de groupe

Evolution du volume des points tarifaires TARMED, par type de fournisseur de prestation



Remarque: depuis le 1^{er} juillet 2022, prestations de psychothérapie psychologique sont remboursées selon le Tarif 581, et plus selon TARMED. Pour cette raison, les volumes de points tarifaires liés à la psychothérapie psychologique ont été exclues des graphiques ci-dessus.



II. TARDOC et forfaits ambulatoires

1. Introduction: mode de fonctionnement
2. Domaine d'application
3. Qu'est-ce qui change avec les forfaits ambulatoires?
4. Utilisation pratique



1. Introduction: mode de fonctionnement

1. **Tarif à la prestation (TARDOC):** Comprend la structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse et les points tarifaires. La structure tarifaire contient pour chaque prestation une position évaluée en points tarifaires.
2. **Structure tarifaire des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires (forfaits ambulatoires):** Comprend la structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse et les points tarifaires. La structure tarifaire comprend des positions pour des groupes de prestations, appelés groupes de cas (forfait par groupe de cas), qui sont évalués en points tarifaires.
3. **Valeur du point tarifaire** (VPT; CHF par point tarifaire) fixée au niveau cantonal ou régional. Dans le nouveau système tarifaire global, les valeurs du point tarifaire s'appliquent uniformément à TARDOC et aux forfaits ambulatoires.

Pour obtenir le tarif en CHF, le calcul suivant s'applique tant pour le TARDOC que pour les forfaits ambulatoires :

$$\begin{array}{ccc} \text{Points tarifaires} & \times & \text{Valeur du point tarifaire} & = & \text{Tarif en CHF} \\ \text{(Structure)} & & \text{(Prix)} & & \text{(Rémunération)} \end{array}$$



2. Domaine d'application

Tarif à la prestation



Prestations dans des infrastructures simples (principalement soins ambulatoires de base)

- Petit examen
- Ultrason
- Radiographie

Forfaits ambulatoires



Prestations dans des infrastructures à utilisation intensive des ressources (principalement soins ambulatoires spécialisés)

- Opérations
- Arthroscopies
- Endoscopies

Forfaits stationnaires



Domaine hospitalier

Remarques :

- Chaque facturation s'effectuera soit via TARDOC, soit via les forfaits ambulatoires. Une facturation mixte n'est pas permise.
- Les forfaits ambulatoires s'appliqueront aux prestations essentiellement fournies par les hôpitaux dans un premier temps, car ils sont basés sur des données des hôpitaux.



3. Qu'est-ce qui change avec les forfaits?

Exemple 1: Cataracte, unilatérale (chirurgie oculaire)

TARMED 01.09.00_BR

Anz	L-NR	Bezeichnung
1	00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)
1	00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)
1	00.0610	Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.
1	08.1430	Subkonjunktivale Injektion/Punktion, pro Seite
1	08.2760	Extractio lentis/Phakoemulsifikation, inkl. Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings
1	35.0030	Technische Grundleistung {OP} I anerkannt
1	35.0210	Nichtärztliche Betreuung in der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min.



OAA OTMA Définitions générales Forfaits ambulatoires TARDOC

Forfaits ambulatoires

Catalogue des forfaits ambulatoires > Cap02 Œil > C02.15C Opération de la cataracte, unil. ou interventions intra-oculaires complexes

Interventions sur la conjonc...

C02.05B
Autres interventions sur la c...

C02.10Z
Opérations de glaucome san...

C02.15A
Interventions intra-oculaires...

C02.15B
Opération de la cataracte, bil.

C02.15C
Opération de la cataracte, u...

C02.15C
Opération de la cataracte, unil. ou interventions intra-oculaires complexes au niveau du segment antérieur

Forfait ambulatoire

Qu'est-ce qui est compris dans les forfaits ambulatoires?

- Toutes les prestations d'un traitement ambulatoire sont en principe comprises dans les forfaits ambulatoires
- Les médicaments, le matériel ainsi que les prestations de pathologie et de laboratoire en font également partie.
- Certains produits et implants bien définis peuvent néanmoins être facturés séparément (produits sanguins stables et labiles; produits thérapeutiques fournis; implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le Catalogue des forfaits ambulatoires)



3. Qu'est-ce qui change avec les forfaits?

Exemple 2: syndrome du canal carpien (compression au niveau du nerf, chirurgie de la main)

TARMED 01.09.00_BR		
Anz	L-NR	Bezeichnung
1	00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)
1	00.0020	+ Konsultation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)
1	00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)
1	00.0050	Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.
1	00.0610	Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.
1	00.1260	Plexusanästhesie/Regionalanästhesie/Endovenösanästhesie durch Nichtanästhesisten (Operateur)
1	05.2410	Nervendekompression/Neurolyse, N. medianus u/o N. ulnaris im Karpaltunnel bzw. in der Loge de Guyon, als alleinige Leistung
1	35.0010	Technische Grundleistung Praxis-{OP} anerkannt
1	35.0020	(-) %-Reduktion der {TL}, wenn Praxis-{OP} statt {OP} I
1	01.0210	Härtende Verbände (Zirkulärverbände/Schienen), Kategorie I



Navigation: Définitions générales | Forfaits ambulatoires | TARDOC

Catalogue des forfaits am... > Cap01 Système ... > C01.15D Décompression du nerf

C01.15D
Décompression du nerf en cas de syndrome du canal carpien/tarsien

Forfait ambulatoire

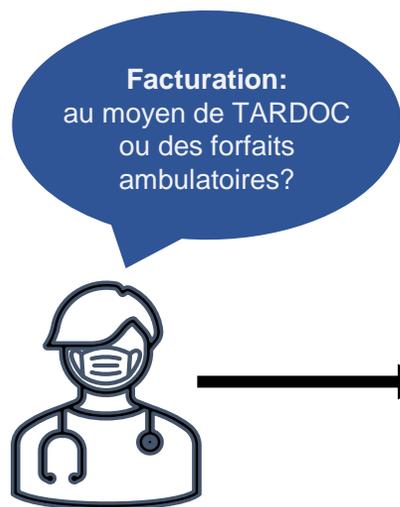
Other packages listed: C01.00Z, C01.05A, C01.05B, C01.06Z, C01.15A, C01.15B, C01.15C.

Qu'est-ce qui est compris dans les forfaits ambulatoires?

- Toutes les prestations d'un traitement ambulatoire sont en principe comprises dans les forfaits ambulatoires
- Les médicaments, le matériel ainsi que les prestations de pathologie et de laboratoire en font également partie.
- Certains produits et implants bien définis peuvent néanmoins être facturés séparément (produits sanguins stables et labiles; produits thérapeutiques fournis; implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le Catalogue des forfaits ambulatoires)



4. Utilisation pratique



Catalogue des prestations ambulatoires (CPTMA) - outil pour la saisie des prestations ambulatoires

NCP	Ty	Description
C14.KB.0080	P	Réouverture après fermeture totale de l'orifice cervical
C14.KB.0100	P	Test de provocation de contractions (stress-test)
C14.KC.0010	P	Version céphalique externe
C14.KD.0010	P	Surveillance de la naissance et conduite de l'accouchement, risque normal
C14.KD.0030	P	Surveillance de la naissance et conduite de l'accouchement, risque élevé
C14.KD.0040	P	Surveillance de la naissance et conduite de l'accouchement, risque très élevé
C14.KD.0050	P	Suture d'une déchirure cervicale, vaginale ou vulvaire après l'accouchement
C14.KD.0060	P	+ Délivrance et/ou révision manuelle
C23.GC.0010	P	Mise en place d'un dispositif implantable artérioveineux (Port-A-Cath)
C23.GC.0020	P	Retrait d'un dispositif implantable artérioveineux (Port-A-Cath)
C90.AF.0010	P	Réanimation à l'hôpital
AA.00.0010	E	Consultation médicale, 5 premières min
AA.00.0030	E	Visite, 5 premières min
AA.00.0050	E	Temps de déplacement, par période de 1 min
AA.00.0060	E	Temps de discussion avec le patient dans la phase de diagnostic/traitement pour la préparation, puis le suivi c
AA.00.0070	E	Instruction du patient par le médecin pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par
AA.00.0080	E	Consilium médical, par période de 1 min



TARDOC

Toute combinaison des forfaits amb. avec TARDOC et avec d'autres tarifs médicaux ambulatoires dans le cadre d'un traitement ambulatoire est exclue.

forfait ambulatoire

Comment le tarif applicable est-il déterminé?

- Le choix du tarif (TARDOC ou forfaits amb.) s'effectue automatiquement après la saisie du diagnostic et des prestations. Les fournisseurs de prestations ne peuvent pas choisir eux-mêmes la structure tarifaire à appliquer
- Si CPTMA mène au choix d'une position «Trigger» (déclencheur), cela conduit automatiquement et impérativement à la facturation d'un forfait ambulatoire. Sinon, c'est la structure TARDOC qui s'applique.



III. Analyse de la demande d'approbation du 5 novembre 2024

1. Neutralité statique des coûts
2. Neutralité dynamique des coûts
3. Forfaits ambulatoires
4. Autres exigences du 19 juin 2024 visant la coordination



1. Neutralité statique des coûts

i. Définition:

- Se réfère à une année de référence donnée. La nouvelle structure tarifaire doit – toutes choses étant égales par ailleurs – générer le même volume de prestations que la structure tarifaire précédente pour la même année. La neutralité des coûts doit être garantie au niveau de la structure et du prix.

ii. Exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024 concernant la neutralité statique:

- Niveau structure: Le coefficient (External Factor), qui ajuste le volume des points tarifaires lors du passage vers la nouvelle structure tarifaire, doit comprendre toutes les positions du TARDOC.
- **Niveau prix:** Les partenaires tarifaires conviennent que les VPT pour TARDOC restent inchangées lors de l'entrée en vigueur.

iii. Demande d'approbation du 5 novembre 2024:

- **Niveau structure:** nouveau calcul de l'External Factor (valeurs différenciés pour TARDOC et les forfaits), qui est nouvellement nommé «Normierungsfaktor».
- **Niveau prix:**
 - VPT applicables au niveau régional/cantonal. Leur approbation relève donc de la compétence des cantons.
 - Accord non-contraignant dans la convention tarifaire pour le maintien de la VPT lors de l'introduction de TARDOC et des forfaits.
 - En outre, accord sur une recommandation subsidiaire pour définir la VPT, si les partenaires ne parviennent pas à s'entendre pour conserver la même VPT au moment de l'introduction.



2. Neutralité dynamique des coûts

i. Définition:

- Se réfère à l'évolution du volume de prestations d'une année à l'autre après l'introduction d'un nouveau tarif, et ce sur une période prolongée. Cela n'exclut pas que les prestations facturées puissent augmenter ou diminuer, mais l'introduction d'une nouvelle structure tarifaire ne doit pas en elle-même entraîner de hausse des coûts.

ii. Exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024 concernant la neutralité dynamique:

- Le corridor pour l'augmentation annuelle max. des coûts totaux par rapport à l'année de référence ne doit pas dépasser 2 à 2.5%. Une évaluation par assuré et la prise en compte des facteurs influençant le niveau des coûts (selon le modèle pour la compensation des risques) est admise.
- La première correction en cas de dépassement du corridor a lieu au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur, principalement au niveau national. Pour les soins de base en particulier, il faut veiller à ce que la correction soit effectuée selon le principe de causalité.
- Exigences pour lever la neutralité des coûts (part minimale des forfaits par rapport au volume total dans le domaine médical ambulatoire de 34%, remédier aux lacunes matérielles du TARDOC)

iii. Demande d'approbation du 5 novembre 2024

- Corridor d'évolution annuelle des coûts de 1.5% par assuré(e) (2.5% au total)
- Prise en compte de l'impact de facteurs exogènes sur les coûts totaux (ajustement au risque, «Risikoadjustierung»)
- L'accord d'accompagnement prévoit un examen séparé de l'évolution des coûts dans le domaine de la médecine de base, pour lequel les modalités doivent être précisées d'ici début 2027.



III. Analyse de la demande d'approbation du 5 novembre 2024 :

3. Forfaits ambulatoires

i. Exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024 concernant les forfaits ambulatoires:

- Dans un premier temps, l'application des forfaits en cabinet médical doit être réduite de 50% environ
- À l'avenir, la part minimale des forfaits dans le volume total du secteur médical ambulatoire devra passer à 34%

ii. Demande d'approbation du 5 novembre 2024:

- Réduction du catalogue des forfaits d'environ 450 à 315 positions, afin que les forfaits soient utilisés principalement dans les hôpitaux, dans un premier temps.
- Selon la simulation des partenaires tarifaires, les forfaits ambulatoires représentent désormais au total 13 % du volume total des coûts ambulatoires (prestations médicales et non-médicales)

Versions des forfaits ambulatoires	V1.0	Version actuelle
Cabinets médicaux	Volumes en CHF: 20 %	Volumes en CHF: 9 %
Hôpitaux (ambulatoire)	Volumes en CHF: 44 %	Volumes en CHF: 19 %

Volumes en CHF



III. Analyse de la demande d'approbation du 5 novembre 2024 :

4. Autres exigences du 19 juin 2024 visant la coordination :

- Dispositions relatives à l'entretien et au développement réguliers des deux structures tarifaires
- Réglementation identique concernant les valeurs intrinsèques et les unités fonctionnelles
- Directive sur le codage et la saisie des prestations
- Dispositions uniformes en matière de facturation
- Réglementation concernant les groupes de travail et les organes sous l'égide de l'OTMA SA
- Uniformisation des définitions de base
- Coordination des travaux par l'OTMA SA



IV. Décision du Conseil fédéral

1. Décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025
2. Prochaines étapes



1. Décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025

- Les nouvelles versions de TARDOC et des forfaits ambulatoires sont **approuvées** par le Conseil fédéral. Elles seront introduites au 1^{er} janvier 2026.
- L'approbation est **limitée dans le temps**, pour la période du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2028.
- Cette approbation **s'accompagne à nouveau d'exigences** envers les partenaires tarifaires et l'OTMA SA, qui doivent mettre en œuvre les clarifications nécessaires.
- Exigences en matière de neutralité des coûts, en particulier **le plafond de 4 %**, applicable aussi dans des cas exceptionnels.
- Exigences visant le caractère économique des prestations: les partenaires tarifaires sont chargés de prévoir, dans la prochaine version de TARDOC, **un plafond pour le volume de points tarifaires facturable par jour de travail pour les prestations médicales** (disposition transitoire relative à la modification de la LAMal du 21 mars 2025).
- Le DFI/OFSP continuera à suivre les travaux de près et appuyera les partenaires tarifaires dans la clarification des questions relevant de la protection des données.
- Des **recommandations concernant la définition des VPT** ont été également formulées à l'attention des cantons.



2. Prochaines étapes

- Le nouveau système tarifaire global (TARDOC et forfaits ambulatoires) sera révisé et mis à jour chaque année au moyen d'une procédure de demande d'approbation. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs sont habilités à déposer auprès de l'OTMA SA des demandes de modification des structures tarifaires.
- Les partenaires tarifaires et l'OTMA SA procéderont à la première révision jusqu'à fin février 2026. Elle se focalisera sur les forfaits ambulatoires (en mettant l'accent sur l'homogénéité des composantes des coûts, conformément à l'accord d'accompagnement).
- Pour la première révision, l'OTMA SA a également défini des points prioritaires pour la gestion de la médecine de base (p. ex. corrections selon le principe de causalité).
- Le nouveau système tarifaire global comporte plusieurs défis. Les nombreuses critiques et réactions à ce projet constituent un élément important du processus de développement et d'amélioration des structures tarifaires.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Merci pour votre attention





Annexe: Considérations du Conseil fédéral du 30 avril 2025



Considérations du Conseil fédéral du 30 avril 2025

- **Plusieurs développements importants dans TARDOC 1.4b et dans les forfaits ambulatoires 1.1a :**
 - La demande d'approbation du 5.11.2024 a été signée par tous les partenaires du domaine (la FMH, H+, santésuisse et curafutura)
 - Accord d'accompagnement contenant des dispositions sur la médecine de premier recours et le développement des forfaits ambulatoires
 - Réduction de 50 % du volume des coûts décomptés avec les forfaits ambulatoires dans le secteur des cabinets privés
 - Nombre de positions de TARDOC réduit de 2'800 à 1'373 en raison des prestations couvertes désormais par les forfaits et harmonisation des définitions et règles d'utilisation des deux structures tarifaires.
 - Précision des interprétations médicales et des règles de facturation pour les forfaits d'urgence dans TARDOC
 - Les prestations médicales dans TARDOC et les forfaits ambulatoires sont évalués en points tarifaires, ce qui permet aux partenaires tarifaires de convenir des valeurs du point tarifaire qui s'appliquent uniformément aux deux structures



Considérations du Conseil fédéral du 30 avril 2025

- **Cependant, plusieurs exigences du Conseil fédéral ne sont que partiellement remplies, notamment :**
 - **Neutralité statique des coûts:**
 - Toutes les positions de TARDOC ne sont pas prises en compte dans les simulations pour le calcul du Normierungsfaktor
 - Aucun accord contraignant n'a été présenté pour le maintien de la VPT de l'année 2025
 - Base de données limitée pour le calcul du Normierungsfaktor
 - **Neutralité dynamique des coûts :**
 - Manque d'indications sur l'augmentation maximale autorisée des coûts totaux
 - Manque d'informations précises sur la manière dont le principe de causalité est pris en compte dans les mesures correctives, en particulier pour la médecine de premier recours
 - La prise en compte de facteurs exogènes dans le calcul de la neutralité des coûts peut, dans certaines circonstances, masquer l'évolution réelle des coûts.



Considérations du Conseil fédéral du 30 avril 2025

- **D'autres clarifications (partiellement en cours au sein de l'OTMA SA) sont encore nécessaires; notamment :**
 - Institution des groupes de travail au sein de l'OTMA (notamment pour l'interprétation des structures tarifaires),
 - Instauration d'un processus d'adhésion/retrait de la convention pour les assureurs
 - Pour améliorer l'indication de certaines informations sur les factures (par ex. le diagnostic), tout en continuant de respecter la protection des données
- **Enfin, TARDOC et les forfaits présentent des lacunes matérielles qui devront être comblées après l'introduction:**
 - TARDOC: Les principales lacunes indiquées dans le rapport de l'OFSP du 19 novembre 2020 (concernant les minutages des prestations tarifaires, la productivité médicale, le revenu de référence annuel, ainsi que l'économicité de certains éléments des modèles de coûts) devront avoir été levées pour que la phase de la neutralité dynamique des coûts prenne fin.
 - Les forfaits ambulatoires devront être rapidement réexaminés (en particulier, les forfaits avec une homogénéité des coûts faible, ainsi que l'utilisation de données des cabinets) afin qu'une nouvelle version entre en vigueur dès 2027.