



Aux destinataires
(selon la liste ci-dessous)

Berne, le 30 avril 2025

Approbation de la convention tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire à la prestation (TARDOC) et le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (forfaits ambulatoires) ; Révision totale de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Mesdames, Messieurs,

Suite à la décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025, nous vous informons que celui-ci a approuvé la convention tarifaire mentionnée en titre à partir du 1^{er} janvier 2026 sur la base de l'art. 46, al. 4, en lien avec l'art. 43, al. 5, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), avec quelques exceptions. L'approbation est limitée à trois ans, soit **jusqu'au 31 décembre 2028**. Cette convention tarifaire remplace les conventions partiellement approuvées par le Conseil fédéral le 19 juin 2024, à savoir la convention de base LAMal relative à la structure tarifaire uniforme (TARDOC Version 1.3.2) et la convention tarifaire concernant le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (Forfaits ambulatoires version 1.0).

En outre, le Conseil fédéral a abrogé à partir du 1^{er} janvier 2026 la structure tarifaire qu'il avait précédemment fixée à l'art. 2 de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie (RS 832.102.5 ; ci-après OAST), y compris les annexes 1 et 2. Avec l'abrogation de l'art. 2 OAST, la base juridique de la réglementation relative à l'adaptation des structures tarifaires n'a plus lieu d'être. Pour ces raisons, l'OAST fera l'objet d'une révision totale d'ordre formel. En outre, l'art. 3 OAST est considéré comme dénué d'objet, car les exigences en matière d'information qu'il contient sont déjà couvertes par l'art. 59f, al. 1 OAMal et par l'art. 47b, al. 1 LAMal. À l'avenir, l'ordonnance réglera exclusivement la fixation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie, qui a été définie par le Conseil fédéral le 18 octobre 2017 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.



La décision du Conseil fédéral repose essentiellement sur les considérations suivantes :

I. Situation de départ

Le 19 juin 2024, le Conseil fédéral a procédé à deux approbations partielles valables dès le 1^{er} janvier 2026, en se fondant sur l'art. 46, al. 4, en lien avec l'art. 43, al. 5, LAMal. Cela concernait d'une part la convention de base LAMal relative à TARDOC 1.3.2 conclue entre la FMH et curafutura, y c. l'annexe « Gesamtnomenklatur » ; et d'autre part la convention tarifaire relative aux forfaits ambulatoires 1.0 conclue entre H+ et santésuisse, y c. les huit chapitres de la structure tarifaire de l'annexe A. En revanche, toutes les dispositions et annexes des conventions tarifaires concernant leur délimitation et coordination, leur introduction neutre en termes de coûts, ainsi que leur entretien, développement et utilisation concrète n'ont pas été approuvées. Les deux structures tarifaires, qui ont été développées séparément, devaient être mieux coordonnées entre elles. Dans son courrier du 19 juin 2024 (ci-après Courrier CF), le Conseil fédéral a informé les partenaires tarifaires du catalogue précis d'exigences à remplir pour l'introduction simultanée et coordonnée de TARDOC et des forfaits ambulatoires. Afin de pouvoir introduire simultanément TARDOC et les forfaits ambulatoires au 1^{er} janvier 2026, les partenaires tarifaires devaient présenter au Conseil fédéral avant le 1^{er} novembre 2024 une convention tarifaire commune contenant des règles de coordination.

II. Contenu de l'approbation

Conformément à l'art. 43, al. 5, et à l'art. 46, al. 4 LAMal, les partenaires tarifaires FMH, H+, curafutura et santésuisse ont signé le 31 octobre 2024 une nouvelle convention tarifaire concernant TARDOC et les forfaits ambulatoires qu'ils ont soumise au Conseil fédéral. Une convention d'accompagnement datée du 31 octobre 2024 relative à TARDOC et aux forfaits ambulatoires, conclue entre H+, FMH, santésuisse, curafutura et la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), a également été soumise. Celle-ci contient des dispositions pour le développement des forfaits ambulatoires après leur introduction et pour la mise en œuvre de la neutralité dynamique des coûts selon le principe de causalité, en particulier dans le domaine des soins médicaux de base. Elle règlemente également implication des sociétés médicales.

La convention tarifaire du 31 octobre 2024 a été conclue par les partenaires tarifaires concernés H+, FMH, curafutura et santésuisse, ce qui répond aux exigences du Conseil fédéral. Début 2025, la nouvelle association de branche prio.swiss a débuté ses activités et doit reprendre les tâches des anciennes associations curafutura et santésuisse. Du côté des assureurs, prio.swiss est notamment responsable de la négociation, de la maintenance et du développement des structures tarifaires dans l'AOS. prio.swiss est issue du changement de nom de curafutura et a automatiquement repris tous les droits et obligations de curafutura. santésuisse a en outre confirmé que tous les droits et obligations découlant



de la convention tarifaire sur les structures tarifaires TARDOC et les forfaits ambulatoires ont été transférés à prio.swiss. Ainsi, prio.swiss remplace curafutura et santésuisse en tant que partie à la convention tarifaire.

La convention tarifaire répond majoritairement au cadre légal et aux exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024. Néanmoins, des améliorations sont encore nécessaires dans certains domaines. L'analyse matérielle de la convention tarifaire a révélé que certaines exigences du Conseil fédéral n'étaient pas entièrement remplies. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour garantir que les exigences légales soient respectées. De plus, les deux structures tarifaires présentent des lacunes matérielles qui devront être corrigées après l'introduction. Le Conseil fédéral a pris des décisions sur les différents points et a défini des exigences, énumérées au point III ci-dessous. Ces exigences doivent être mises en œuvre par les partenaires tarifaires en collaboration avec l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA).

III. Décisions et exigences du Conseil fédéral

1. *Chiffre 6 de la partie II de la convention tarifaire « Généralités » doit être interprété conformément à la loi* : Selon la partie II « Généralités », chiffre 6 de la convention tarifaire, les fournisseurs de prestations peuvent se retirer de la convention relative à la structure tarifaire au moyen d'une déclaration écrite. En revanche, le délai d'au moins six mois prévu à l'art. 46, al. 5, LAMal n'est pas mentionné. Les partenaires tarifaires sont tenus d'interpréter la réglementation relative à la résiliation et au retrait, en tenant compte du délai minimum de six mois prévu à l'art. 46, al. 5 LAMal.
2. *Le chiffre 5, alinéa 5 et le chiffre 6, alinéa 3 de la partie II de la convention tarifaire « Généralités » ne sont pas approuvés* : Selon l'art. 46, al. 2, LAMal, une convention tarifaire ne lie les membres d'une fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Ils peuvent toujours s'en retirer. Aucune procédure d'adhésion ou de retrait n'est prévue pour les assureurs, au motif que la structure tarifaire devient contraignante dès son approbation par le Conseil fédéral. Cela ne peut pas être comparé avec une procédure d'adhésion à une convention. Les partenaires tarifaires sont chargés de mettre en place une procédure d'adhésion et de retrait pour les assureurs avant l'introduction des nouveaux tarifs.
3. *Chiffre 1 de la partie III de la convention tarifaire « Introduction des structures tarifaires et interprétation des tarifs », annexe A1 « Catalogue des forfaits ambulatoires » et annexe A2 « Catalogue de TARDOC », chiffre 1, alinéa 1 de la partie V « Saisie des prestations ambulatoires » (« Catalogue des prestations relevant des tarifs médicaux ambulatoires [CPTMA] ») doivent être interprétés conformément à la loi* : Les partenaires tarifaires ont transmis une confirmation des versions tarifaires, y compris les versions actuelles des catalogues (TARDOC version 1.4b et forfaits ambulatoires version 1.1b). Ces versions ont été approuvées par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral a constaté que ces catalogues ne constituent pas une liste exhaustive, car l'art. 25, al. 2, en lien avec l'art. 33, al. 1, LAMal, ne prévoit pas de liste exhaustive des prestations médicales obligatoires ou non-obliga-



toires (principe de confiance). De même, il est possible qu'une prestation répertoriée ne soit pas prise en charge par l'AOS en raison de son caractère non obligatoire.

4. *Chiffre 2 de la partie III de la convention tarifaire « Introduction des structures tarifaires et interprétation des tarifs »* : Il manque ici des dispositions essentielles sur le dépôt des demandes, les délais et les procédures, la prise de décision et la participation des partenaires tarifaires. Cette lacune peut entraîner des incertitudes dans la mise en œuvre pratique. Les partenaires tarifaires sont donc chargés de définir de manière contraignante et mettre en œuvre les procédures d'interprétation des tarifs ainsi que les tâches et compétences concrètes déléguées à l'OTMA SA.
5. *Partie VII de la convention tarifaire « Qualité »* : Les partenaires tarifaires sont chargés de conclure une convention de développement de la qualité pour le domaine médical ambulatoire (convention sur la qualité) sur le plan suisse, conformément à l'art. 58a LAMal. Cette convention doit être soumise au Conseil fédéral au plus tard en même temps que la prochaine demande d'approbation des nouvelles versions des structures tarifaires.
6. *Partie VIII de la convention tarifaire « Garantie de la neutralité statique des coûts et détermination des prix au moment de l'introduction des structures tarifaires » ainsi que l'annexe I « Prix de départ »* :
 - 6.1. Afin de garantir la neutralité statique des coûts, les points tarifaires des deux structures tarifaires sont normalisés, pour qu'en cas d'application des valeurs du point tarifaire du TARMED, il ne résulte pas de coûts supplémentaires (convention tarifaire, partie VIII, chiffre 2, alinéa 2). Les prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de positions tarifaires équivalentes dans TARMED ont néanmoins un volume nul dans la simulation du volume des prestations TARDOC. Ceci ne remplit pas les exigences du Conseil fédéral (Courrier CF, chiffre 2c 2.2.2). En accord avec les sociétés médicales spécialisées respectives, l'OTMA SA part du principe que les prestations sont facturées depuis 2018 au moyen de positions tarifaires dites « d'analogie » et que leur volume est donc déjà intégré dans le volume total. Or, aucune analyse concrète n'a été présentée avec la demande d'approbation, qui prouve que les prestations concernées sont déjà entièrement facturées par des positions TARMED d'analogie et que les positions correspondantes dans TARDOC sont facturées au même niveau, ou du moins à un niveau très similaire. En outre, l'estimation du facteur de normalisation (Normierungsfaktor, NF) a été réalisée sur la base des données individuelles de trois assureurs-maladie (qui ne représentent au total que 20 % des assurés). Il n'est donc pas certain que la neutralité statique des coûts puisse être garantie. Dans ce contexte et dans le cadre de la neutralité des coûts, les partenaires tarifaires sont donc appelés à surveiller de près l'évolution des coûts et des quantités des prestations TARDOC qui ne disposent pas de position tarifaire équivalente dans TARMED.



6.2. Le chiffre 3 de la partie VIII de la convention tarifaire ainsi que l'annexe I « Prix de départ » ne sont pas approuvés. L'exigence du Conseil fédéral que les valeurs du point tarifaire (VPT) pour TARDOC restent inchangées lors de son entrée en vigueur a conduit à l'inclusion dans la convention tarifaire d'un appel adressé aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de continuer d'appliquer les VPT de l'année 2025 également au moment de l'introduction en 2026 (convention d'accompagnement, partie VIII, chiffre 3, alinéa 1). En cas de désaccord sur l'application des VPT de l'année 2025, les VPT pour l'année 2026 seront calculés sur la base des données de coûts, conformément à la méthode de calcul décrite à l'annexe I « Prix de départ » (convention tarifaire, partie VIII, chiffre 3, paragraphe 2). Selon cette méthode, le prix de départ est calculé en partant du principe que la VPT de la structure tarifaire à la prestation correspond à la VPT appliquée en 2025 dans le champ d'application de la convention, et que les revenus des fournisseurs de prestations dans le domaine des forfaits ambulatoires restent inchangés (neutralité des recettes). Le prix de départ ainsi calculé pour le groupe de fournisseurs de prestations correspondant s'applique aux deux structures tarifaires. Le chiffre 3, alinéa 1 de la partie VIII de la convention tarifaire est une invitation adressée aux partenaires sociaux, tandis que l'alinéa 2 du chiffre 3 est une recommandation. Tant l'invitation que la recommandation s'adressent à tous les fournisseurs de prestations et à tous les assureurs en Suisse.

Cependant, ni l'invitation de l'alinéa 1 ni la recommandation de l'alinéa 2 ne déterminent de manière contraignante la valeur du point tarifaire. Il manque donc les *essentialia negotii* pour déterminer la valeur du point tarifaire, car le contenu minimum nécessaire qu'une convention tarifaire doit avoir et sur lequel les parties doivent s'accorder n'est pas donné. Il ne s'agit donc pas d'un accord sur une valeur du point tarifaire. La partie VIII, chiffre 3, alinéas 1 et 2, ainsi que l'annexe I de la convention tarifaire ne peuvent donc pas être approuvés par le Conseil fédéral.

6.3. De manière générale, il convient également de noter que la combinaison de méthodes prévue (VPT de l'année 2025 ou VPT calculée conformément à l'annexe I) risque d'inciter les fournisseurs de prestations à choisir la méthode qui leur est la plus avantageuse sur le plan économique. La méthode de calcul de la VPT prévue à l'annexe I peut conduire à des VPT plus élevées qu'en 2025. Ceux qui auraient intérêt à conserver les VPT de 2025 le feraient, tandis que les autres préféreraient les VPT calculées selon l'annexe I. Dans ce cas, on parlerait d'un « effet prix ». Les partenaires tarifaires sont donc appelés à laisser inchangées les VPT de l'année 2025 au moment de l'introduction des deux structures tarifaires, afin de garantir la neutralité statique des coûts. Les VPT 2025 sont les VPT en vigueur au 1^{er} janvier 2025. En cas d'augmentation de la VPT suite à l'application de l'annexe I, l'augmentation des coûts correspondante doit être intégrée dans le calcul de la neutralité dynamique des coûts.



- 6.4. Lors de l'approbation ou, le cas échéant, de la fixation des VPT, les autorités cantonales compétentes doivent veiller à ce que l'introduction des nouveaux tarifs n'entraîne pas une augmentation injustifiée des coûts.
7. *Partie IX de la convention tarifaire « Monitoring et garantie de la neutralité dynamique des coûts » ainsi qu'annexes D « Monitoring » et E « Neutralité dynamique des coûts »*

- 7.1. L'annexe D réglemente notamment le monitoring à long terme de TARDOC et des forfaits ambulatoires. Elle définit les paramètres à utiliser dans le cadre de la neutralité dynamique des coûts. Ceux-ci correspondent à ceux du concept de monitoring des forfaits ambulatoires version 1.0. Les exigences du Conseil fédéral en matière d'uniformisation de la méthode visant à garantir la neutralité statique et dynamique des coûts (Courrier CF, ch. 2c 2.1) sont respectées.

Il convient toutefois de noter que l'annexe D ne répond pas actuellement à toutes les exigences de l'art. 47c LAMal. Il manque notamment des mesures correctives contraignantes à long terme en cas d'évolutions injustifiées en termes de quantité et de volume. La méthode de surveillance de l'évolution quantitative des différentes positions de prestations (art. 47c, al. 4, let. a, LAMal) n'est pas non plus suffisamment spécifiée. C'est pourquoi l'annexe D n'est considérée dans la présente approbation que comme un instrument permettant de garantir la neutralité dynamique des coûts. Il est donc rappelé aux partenaires tarifaires que le suivi prévu à l'art. 47c LAMal doit également garantir le suivi et la correction à long terme au niveau des différentes positions de prestations.

- 7.2. Selon l'annexe E de la convention tarifaire, la phase de neutralité dynamique des coûts dure au moins trois ans. Elle est ensuite prolongée jusqu'à ce que les exigences du Conseil fédéral pour la fin de cette phase soient remplies (c.-à-d. correction des lacunes matérielles de TARDOC conformément au rapport d'analyse de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), introduction d'un monitoring des coûts à long terme conformément à l'art. 47c LAMal, extension du champ d'application des forfaits ambulatoires à 34 % des prestations brutes). Il est prévu que l'évolution du volume des coûts soit déterminée sur la base d'indices prenant l'année de référence 2025 comme point de départ. Si la valeur de l'indice calculée pour une année donnée est supérieure à la limite supérieure des valeurs de l'indice (1,5 points de pourcentage par an) ou inférieure à la limite inférieure des valeurs de l'indice (-1 point de pourcentage par an), des mesures correctives sont prévues pour ramener le volume des coûts dans la fourchette d'évolution convenue. Les premières mesures de correction dans le cadre de la neutralité dynamique des coûts (phase de compensation) ne sont prévues qu'à partir de 2028, ce qui correspond aux exigences du Conseil fédéral. Cela correspond à une grande partie des exigences du Conseil fédéral (en particulier Courrier CF, ch. 2c 2.3.2, 2c 2.3.3 et 2c 2.3.5).



7.3. La partie IX « Monitoring et garantie de la neutralité dynamique des coûts » et l'annexe D « Monitoring », ainsi que l'annexe E « Neutralité dynamique des coûts » ne remplissent cependant pas entièrement les exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024. Il manque notamment des indications concernant l'augmentation maximale autorisée des coûts totaux ainsi que des informations précises sur la manière dont les mesures de correction seront mises en œuvre pour tenir compte du principe de causalité, en particulier dans le domaine des soins médicaux de base. A cela s'ajoute le fait que la base de données à utiliser n'a pas encore été déterminée.

En outre, la prise en compte de facteurs exogènes dans le calcul de la neutralité des coûts peut cacher l'évolution réelle des coûts. Dans son courrier du 19 juin 2024, le Conseil fédéral a précisé que le nouveau concept devait s'orienter sur les paramètres définis aux points 5 à 7 du concept de monitoring des forfaits ambulatoires (« Anhang F: Monitoring-Stelle und Monitoringkonzept ») et tenir compte des résultats du pilotage de ces critères (Courrier CF, ch. 2c 2.1).

Du point de vue du Conseil fédéral, les résultats de l'étude du bureau BSS du 23 avril 2024 « Monitoring für die Einführung eines neuen ambulanten ärztlichen Tarifsystems – Pilot-Durchführung » n'ont toutefois pas été suffisamment pris en compte. Selon cette étude, une grande partie de l'augmentation des coûts peut être justifiée au moyen de la méthode d'ajustement du risque. Ainsi, malgré le concept de neutralité dynamique des coûts, des augmentations considérables des coûts seraient possibles. Toutefois, le Conseil fédéral était toujours parti du principe que la neutralité dynamique des coûts devait s'appliquer en cas de forte augmentation des coûts effectifs. Pour cette raison, l'augmentation annuelle des coûts effectifs (non-correctés) des prestations médicales ambulatoires doit être limitée. Pour la mise en œuvre des annexes D et E, une limite maximale supplémentaire de 4 % est donc fixée pour l'augmentation annuelle maximale des coûts totaux en cabinet et dans le secteur ambulatoire des hôpitaux dans le périmètre des traitements médicaux ambulatoires (y compris les médicaments administrés, le matériel d'usage courant et les implants ainsi que les analyses facturées ou prescrites). L'année de référence est 2025. Le Conseil fédéral tient ainsi compte des attentes du Parlement (notamment du postulat 24.3466 de la CSSS-E, du postulat 22.3505 de la CSSS-N et de la motion 23.4527 Bircher), qui exige que la neutralité statique et dynamique des coûts soit strictement garantie. Il répond en outre à la volonté du législateur de freiner la hausse des coûts dans l'AOS, telle qu'elle est exprimée dans les paquets des mesures de maîtrise des coûts 1a, 1b et 2 (notamment à l'al. 6 des dispositions transitoires du paquet 2 – voir aussi ch. 9.3).

Cette limite supérieure fixée à 4 % des coûts totaux est basée sur l'augmentation moyenne des coûts par personne assurée pour les prestations médicales ambulatoires au cours des dix dernières années (environ 2,8 % selon les statistiques de l'AOS – groupe de coûts « Médecins ambulatoire » sans



les médicaments et « Hôpital ambulatoire », y compris médicaments, arrondi à 3 %). Elle tient aussi compte de l'évolution démographique moyenne d'environ 1 % par an au cours des dix dernières années.

La limite supérieure relative à l'augmentation des coûts totaux effectifs prévaut sur la limite supérieure ajustée au risque et s'applique indépendamment de toutes adaptations éventuelles apportées par le conseil d'administration de l'OTMA SA à l'ajustement au risque. Cela permet de respecter une augmentation maximale des coûts par rapport à l'année de référence 2025, de +4 % au total pour la première année suivant l'introduction, +8 % pour la deuxième année suivant l'introduction, etc. Si la valeur de 4 % est dépassée, des mesures correctives doivent être prises. Les mesures de correction suivront le principe de causalité (c.-à-d. en distinguant les prestations du secteur ambulatoire des hôpitaux de celles en cabinet, les soins médicaux de base, et les régions). En outre, lors de la mise en œuvre des mesures correctives dans le contexte du transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire (ambulantisant), il convient de veiller à ne pas pénaliser les cantons qui misent déjà fortement sur les prestations ambulatoires. Les efforts déployés par ces cantons pour développer et optimiser les soins ambulatoires ne doivent pas être sanctionnés par des mesures globales, mais valorisés et soutenus.

- 7.4. Sur la base de ces constatations, les partenaires tarifaires sont invités à utiliser une base de données aussi complète que possible pour le monitoring dans le cadre de la neutralité dynamique des coûts.
- 7.5. Les partenaires tarifaires sont en outre chargés de présenter annuellement au Conseil fédéral un rapport sur l'évolution des coûts (effectifs et ajustés) et de le transmettre également au Surveillant des prix. Ce rapport doit montrer :
 - 7.5.1. La représentativité et l'exhaustivité de la base de données utilisée pour le monitoring ;
 - 7.5.2. L'évolution des coûts observée par secteur (cabinets vs. secteur ambulatoire des hôpitaux), par région et pour le domaine des soins médicaux de base ;
 - 7.5.3. L'évolution des positions tarifaires spécifiques, en particulier les positions TARDOC qui n'ont pas été transcodées dans le cadre de la neutralité statique des coûts, les positions du chapitre « AA.30 Déplacement dans la pratique privée » dans TARDOC et les modifications par rapport aux limitations quantitatives qui se trouvent actuellement dans TARMED.
 - 7.5.4. La contribution de l'ambulantisant et des autres facteurs exogènes individuels à l'ajustement au risque.
- 7.6. Des mesures de correction avec des External Factors doivent être prévues si l'augmentation annuelle des coûts ajustés au risque (cabinets vs. secteur ambulatoire des hôpitaux) dépasse le taux de croissance annuel par assuré



prévu à l'annexe E de 1.5 points de pourcentage de la convention tarifaire, ou si l'augmentation des coûts totaux effectifs facturés en cabinet et dans le secteur ambulatoire des hôpitaux dans le périmètre des traitements médicaux ambulatoires (y compris les médicaments, le matériel à usage courant et les implants administrés par les médecins/services ambulatoires des hôpitaux, ainsi que les analyses facturées, resp. prescrites) dépasse +4 %. Cette limite supérieure fixée à 4% prévaut sur la limite supérieure ajustée au risque et s'applique indépendamment de toutes adaptations éventuelles apportées par le conseil d'administration de l'OTMA SA à l'ajustement au risque. Les mesures de correction sont à appliquer selon le principe de causalité (c.-à-d. en différenciant par rapport aux prestations dans le secteur ambulatoire des hôpitaux et en cabinet, pour les soins médicaux de base, et selon les régions). Ce faisant, les différences régionales quant aux progrès réalisés en matière d'ambulantisation doivent être prises en compte. La première correction en cas de dépassement du corridor (en tenant compte du volume de points tarifaires et de la VPT) a lieu au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur.

- 7.7. Les partenaires tarifaires sont par ailleurs appelés à veiller à ce que les mesures de correction avec les External Factors (ou d'autres mesures de correction dans le cadre de la neutralité dynamique des coûts) ne soient pas compensées financièrement par des hausses de la valeur du point tarifaire. Cela implique également qu'il ne doit pas y avoir de VPT différenciées par domaine de spécialisation, car elles modifieraient les rapports prévus dans la structure tarifaire (y c. les External Factors) entre les positions tarifaires. Des augmentations justifiées des VPT restent néanmoins possibles.
8. Les conditions suivantes doivent être remplies de manière cumulative pour que le Conseil fédéral puisse mettre fin à la phase de neutralité dynamique des coûts :
 - 8.1. Approbation par le Conseil fédéral et introduction d'un tarif forfaitaire par patient couvrant au moins 34 % des prestations brutes (correspond à la version 0.3 des forfaits ambulatoires). Les prestations brutes déterminantes (100 %) comprennent les prestations facturées au cours de l'année correspondante conformément aux forfaits ambulatoires et à TARDOC, y c. les médicaments, le matériel à usage courant et les implants administrés par les médecins/services ambulatoires des hôpitaux, ainsi que les analyses facturées, resp. prescrites.
 - 8.2. Mise en œuvre des concepts suivants dans le cadre d'OTMA SA pour remédier aux lacunes matérielles de TARDOC conformément au rapport d'analyse de l'OFSP du 19 novembre 2020 :
 - 8.2.1. Relevé prioritaire concernant les minutages ;
 - 8.2.2. Enquête empirique sur la productivité des médecins ;
 - 8.2.3. Évaluation du temps de travail annuel des médecins et du revenu de référence ;



- 8.2.4. Révision des modèles de coûts et du taux SUK (prise en compte de l'économicité dans la définition des durées d'exploitation des unités fonctionnelles qui se trouvent dans le modèle de coûts KO-REG et détermination empirique du taux SUK [dans la mesure où ils ne deviennent pas obsolètes à la suite de l'introduction des forfaits]).
- 8.3. Approbation par le Conseil fédéral d'une convention concernant la surveillance des coûts à long terme selon l'art. 47c LAMal.
9. La convention d'accompagnement du 31 octobre 2024 concernant les nouveaux tarifs ambulatoires TARDOC et les forfaits ambulatoires, conclue entre H+, FMH, santésuisse, curafutura et la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), a été approuvée en tant que partie intégrante de la convention tarifaire. Le Conseil fédéral demande aux partenaires tarifaires de mettre en œuvre les mesures qui y sont prévues et de lui soumettre, **d'ici le 28 février 2026**, une demande d'approbation correspondante pour les nouvelles versions des structures tarifaires en vue de leur introduction au 1^{er} janvier 2027.
- 9.1. Le Conseil fédéral demande aux partenaires tarifaires de ne pas modifier d'autres points lors de la mise en œuvre du pilotage spécifique du domaine des soins médicaux de base (point 8 de la convention d'accompagnement), mais de se limiter aux points qui y sont mentionnés. La méthode développée à cet effet doit être soumise au Conseil fédéral au plus tard avec les prochaines versions des structures tarifaires.
- 9.2. Selon la convention d'accompagnement, les forfaits ambulatoires version 1.1b, qui doivent entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2026, seront examinés dès 2025 par l'OTMA SA et les partenaires tarifaires et remaniés si nécessaire. L'objectif est de mettre en vigueur une version révisée au 1^{er} janvier 2027. Le remaniement se fera conformément aux modalités définies aux points 1 à 3 de l'accord d'accompagnement qui a été transmise et qui réglemente aussi l'implication des sociétés médicales. Les objections exprimées par certaines associations médicales à l'égard des forfaits ambulatoires doivent donc être prises au sérieux (notamment en ce qui concerne le manque d'homogénéité médicale et la prise en compte des prestations de pathologie) et doivent être examinées rapidement par l'OTMA SA. Les sociétés médicales concernées doivent être consultées.

Le réexamen des forfaits vise à ce que les forfaits et les composantes de coûts (notamment la pathologie, les médicaments, les dispositifs médicaux, les implants et le matériel à usage courant, les prestations de laboratoire) soient représentés de la manière la plus appropriée possible et présentent une grande homogénéité des coûts. Si nécessaire et si cela s'avère judicieux, des ajustements peuvent également être apportés à la formation de certains groupes de cas (par exemple, une différenciation plus précise des forfaits en fonction de la complexité ou de la gravité des cas).



Après cette première phase, le champ d'application des forfaits ambulatoires doit être élargi. La phase de neutralité dynamique des coûts se poursuivra jusqu'à ce que les forfaits ambulatoires représentent 34 % des prestations brutes du secteur médical ambulatoire (voir point 8.1).

- 9.3. L'art. 56, al. 5, LAMal oblige les partenaires tarifaires à prévoir des mesures visant à garantir le caractère économique et l'adéquation des prestations. Jusqu'à présent, cela n'a été ni systématiquement mis en œuvre dans les conventions tarifaires ni exigé par le Conseil fédéral. Dans le cadre des mesures de maîtrise des coûts et du développement des objectifs de coûts et de qualité, cet article gagne toutefois en importance et a été adapté en conséquence. Dans ce contexte, il convient également de mentionner la disposition transitoire relative à la modification du 21 mars 2025 de la LAMal (mesures visant à maîtriser les coûts – 2^e volet, FF 2025 1108) : conformément à l'alinéa 6, le Conseil fédéral est chargé de modifier la structure tarifaire ambulatoire nationale de manière à plafonner le volume de points facturable de la part médicale par journée de travail. Cela correspond aux « prestations médicales » désignées dans la structure tarifaire à la prestation (en abrégé PM). L'objectif est d'empêcher que les fournisseurs de prestations facturent – avec le tarif à la prestation – un volume total de PM par journée travaillée excessif et qui n'apparaîtrait ni médicalement ni temporellement plausible. La modification doit être effectuée après consultation des partenaires tarifaires, pour le 1^{er} janvier 2026. Étant donné que les partenaires tarifaires ont convenu des structures tarifaires, ils sont invités à prévoir une limite supérieure définie par journée travaillée, pour le volume de points PM facturable avec la nouvelle version de la structure à la prestation TARDOC. Ceci en tenant compte de la volonté politique de mettre en œuvre des mesures visant à maîtriser les coûts et à la lumière des interventions parlementaires correspondantes.
10. Les données relatives aux coûts des cabinets médicaux doivent également être prises en compte dans le développement et l'extension à moyen terme des forfaits ambulatoires. A cet égard, les médecins en cabinet sont tenus de respecter leur obligation légale conformément à l'art. 47a, al. 5, LAMal et de transmettre gratuitement les données relatives aux coûts à l'OTMA SA, en tant qu'organisation responsable de l'élaboration, du développement, de l'entretien et de l'adaptation des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. La FMH est invitée à en informer ses membres en les exhortant à respecter cette obligation légale.
11. Les futures demandes d'approbation transmises devront être accompagnées d'une documentation complète. Celle-ci doit permettre de vérifier la conformité légale des structures tarifaires (y c. les bases utilisées ainsi que les explications relatives au calcul des points tarifaires et aux règles d'utilisation, ainsi que les estimations des conséquences financières par secteur, et par domaine de spécialisation médicale).



12. Avant l'introduction des deux structures tarifaires au 1^{er} janvier 2026, les partenaires tarifaires sont également appelés à :

12.1. Achever le développement du système informatique (EDV) et mettre celui-ci à la disposition des utilisateurs. Le système informatique joue un rôle clé dans la gestion des données médicales et administratives, dans le codage et la saisie des prestations, ainsi que dans une facturation automatique et standardisée conforme aux dispositions de la LAMal et aux conventions tarifaires. En outre, il facilite l'échange sécurisé de données avec les assureurs ;

12.2. Interpréter conformément à la loi les dispositions de la convention relatives à la transmission et au traitement des données sur les procédures et les diagnostics (annexe C « Directives pour la saisie des prestations ambulatoires » et annexe H « Facturation et échange de données »). L'anonymisation, le cryptage et la sécurité des données doivent être systématiquement harmonisés avec les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données (LPD ; RS 235.1) et de la LAMal ainsi que de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) afin de garantir la protection complète des données des patients. Chaque traitement ambulatoire doit être accompagné soit d'un diagnostic complet basé sur le code tessinois (terminal), soit d'un diagnostic basé sur la première lettre de la CIM-10-GM ;

12.3. Les dispositions contractuelles relatives à la valeur intrinsèque qualitative doivent être interprétées conformément à la loi. Le respect des dispositions légales relatives à l'admission des fournisseurs de prestations ainsi que la fixation des nombres maximaux de médecins par les cantons (art. 36 et 55a LAMal) doivent être garantis. Les partenaires tarifaires doivent notamment fournir aux cantons, sur demande, les informations relatives aux valeurs intrinsèques qualitatives et à la garantie des droits acquis, qui sont nécessaires à l'accomplissement des mandats légaux définies dans les articles susmentionnés (Art. 55a, al. 4, LAMal). Dans ce contexte, les partenaires tarifaires et les cantons doivent veiller à ce que le transfert de données soit conforme au cadre légal défini dans la LPD ;

12.4. Assurer la création et la mise en service des organes mentionnés jusqu'à l'introduction des deux structures tarifaires, afin de garantir le respect total des dispositions contractuelles et légales.

13. Après l'introduction des deux structures tarifaires au 1^{er} janvier 2026, les partenaires tarifaires sont en outre appelés à :

13.1. Examiner la possibilité d'utiliser le catalogue CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales) pour le codage des prestations médicales ambulatoires. Les classifications ne servent pas seulement à la tarification, mais aussi aux statistiques de santé, à la garantie de la qualité et à la re-



cherche sur l'approvisionnement. Pour permettre des comparaisons significatives, elles doivent être consolidés, uniformes et régulièrement mises à jour ;

- 13.2. Vérifier régulièrement les définitions et les modalités d'application dans le cadre du groupe de travail « Modalités d'application » et intégrer les clarifications apportées dans les versions suivantes des structures tarifaires. À cet égard, les partenaires tarifaires doivent notamment suivre de près les positions relatives aux forfaits d'urgence dans TARDOC après son introduction.
14. En outre, le Conseil fédéral a formulé des recommandations spécifiques à l'intention des autorités cantonales compétentes en ce qui concerne les exigences relatives aux valeurs du point tarifaire.
15. L'art. 59a^{bis} OAMal contient une disposition de délégation. Cette disposition oblige le Département fédéral de l'intérieur (DFI) à édicter, pour le domaine ambulatoire, des dispositions d'exécution détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des diagnostics et des procédures, dans le respect du principe de la proportionnalité. Étant donné qu'aucune disposition d'exécution n'a été édictée jusqu'à présent concernant l'art. 59a^{bis} OAMal, le DFI (OFSP) a été chargé d'examiner une réglementation correspondante. Dans le cadre de cet examen, le DFI (OFSP) tiendra compte des résultats de l'analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) qui doit encore être réalisée conformément à l'art. 22 LPD et à laquelle participeront le DFI (OFSP), les partenaires tarifaires FMH, H+ et prio.swiss ainsi que l'OTMA SA.

IV. Conclusion

Avec la convention tarifaire du 31 octobre 2024 sur les structures tarifaires TARDOC et des forfaits ambulatoires, les partenaires tarifaires envisagent d'introduire un système uniforme qui pourra remplacer TARMED. L'approbation de cette convention tarifaire par le Conseil fédéral (y c. les annexes A à H) implique l'abrogation de l'art. 2 OAST, ainsi que l'annexe concernant les adaptations de la structure tarifaire pour les prestations médicales (annexe 1) et l'annexe concernant la structure tarifaire pour les prestations médicales uniforme sur le plan suisse (annexe 2). La révision totale formelle de l'ordonnance entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026, en même temps que TARDOC et les forfaits ambulatoires.

La soumission pour approbation de la convention tarifaire du 31 octobre 2024, signée par l'ensemble des partenaires tarifaires, a marqué une étape importante dans la facturation des prestations médicales ambulatoires. Il faut en particulier souligner les efforts et les compromis que les partenaires tarifaires et l'OTMA SA ont pu atteindre en l'espace de quelques mois seulement. Cela dit, le système tarifaire global, composé d'un tarif à la prestation (TARDOC) et d'un tarif médical ambulatoire de forfaits par patient (forfaits ambulatoires), modifiera considérablement la manière dont les prestations médicales ambulatoires sont tarifées et facturées. Chaque modification du tarif est accompagnée d'incertitudes et d'effets inattendus. Il faudra donc, d'une part, que l'ensemble des partenaires tarifaires



fassent preuve de bonne volonté et de patience pour accepter les effets de la révision tarifaire et, d'autre part, que tous les acteurs soient prêts à procéder rapidement à des modifications lorsque cela s'avère nécessaire.

Compte tenu des défis actuels dans le domaine de la santé, nous vous prions de bien vouloir prendre en compte les exigences du Conseil fédéral.

Les cantons seront également informés de la décision du Conseil fédéral.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

Au nom du Conseil fédéral

Karin Keller-Sutter
Présidente de la Confédération

Viktor Rossi
Chancelier de la Confédération

Annexes :

- Convention tarifaire concernant le système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires, comprenant TARDOC 1.4b et les forfaits ambulatoires 1.1b, annexes incluses.
- Révision totale de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie
- Rapport explicatif – Révision totale de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Destinataires :

- FMH, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 16, info@fmh.ch
- H+ Les Hôpitaux de Suisse, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaeftsstelle@hplus.ch
- prio.swiss, Gutenbergstrasse 14, 3011 Berne, info@prio.swiss

En copie :

- Département fédéral de l'intérieur (DFI), Inselgasse 1, 3003 Berne, geschaeftsplanung@gs-edi.admin.ch
- OTMA Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA, Seilerstrasse 3, 3011 Berne, info@oaat-otma.ch
- aux services cantonaux compétents pour l'assurance-maladie
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Speichergasse 6, 3001 Berne, office@gdk-cds.ch
- CTM, Commission des tarifs médicaux LAA, Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 Luzern, office@mtk-ctm.ch