



CH-3003 Berne

OFSP

POST CH AG

Par courrier électronique

Aux services cantonaux compétents en matière
d'assurance-maladie

Numéro du dossier : 735.2-133/16/1/1/1
Berne, le 5 novembre 2025

Approbation des modifications et des compléments de la convention tarifaire du 31 octobre 2024 portant sur la structure tarifaire à la prestation (TARDOC) et la structure tarifaire des forfaits ambulatoires (forfaits ambulatoires) : TARDOC version 1.4c et les forfaits ambulatoires version 1.1c

Mesdames, Messieurs,

Nous vous informons par la présente que, lors de sa séance du 5 novembre 2025, le Conseil fédéral a approuvé, sur la base de l'article 46, alinéa 4, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), la convention tarifaire du 15 juillet 2025 relative aux modifications et compléments de la convention tarifaire portant sur la structure tarifaire à la prestation (TARDOC) et la structure tarifaire des forfaits ambulatoires (forfaits ambulatoires), y compris les annexes A1 « Catalogue des forfaits ambulatoires version 1.1c » et A2 « Catalogue de TARDOC version 1.4c » à la convention tarifaire, le « Catalogue des prestations relevant des tarifs médicaux ambulatoires version 1.0c - CPTMA », le « Manuel de définition 1.1c », la « Liste des déclencheurs 1.1c », l'accord transitoire de l'annexe B1 à la convention tarifaire sur les traitements combinés des tumeurs, ainsi que l'accord transitoire de l'annexe B2 à la convention tarifaire sur les prestations de pathologie. Il répond ainsi à la demande d'approbation des partenaires tarifaires prio.swiss (Association des assureurs-maladie suisses), FMH (Fédération des médecins suisses) et H+ (Les Hôpitaux de Suisse), qui a été soumise au Conseil fédéral pour approbation le 15 juillet 2025. Le Conseil fédéral a pris connaissance du présent courrier dans le cadre de sa décision d'approbation.

L'examen a montré que la convention complémentaire du 15 juillet 2025 est, en principe, conforme à la LAMal. L'approbation est limitée jusqu'au 31 décembre 2028, à l'exception de l'annexe B2 portant sur les prestations de pathologie qui, elle, est approuvée jusqu'au 31 décembre 2026, conformément à la demande des partenaires tarifaires. La décision du Conseil fédéral repose essentiellement sur les considérations suivantes :

1. Le 15 juillet 2025, les partenaires tarifaires prio.swiss, FMH et H+ ont soumis au Conseil fédéral une demande d'approbation des modifications et des compléments apportés à la convention tarifaire du

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne
Tél. +41 58 462 37 23
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
<https://www.bag.admin.ch>



31 octobre 2024, qui se compose de la structure tarifaire à la prestation TARDOC (ci-après : « TARDOC ») et de la structure tarifaire des forfaits ambulatoires (ci-après : « forfaits ambulatoires »). Cette convention tarifaire a été approuvée par le Conseil fédéral le 30 avril 2025 avec les versions 1.4b de TARDOC et 1.1b des forfaits ambulatoires, afin qu'elle puisse entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2026 pour remplacer la structure tarifaire à la prestation TARMED. L'approbation du 30 avril 2025 est néanmoins limitée dans le temps jusqu'au 31 décembre 2028 et accompagnée d'exigences que le Conseil fédéral a invité les partenaires tarifaires à remplir.

2. D'un point de vue purement formel, la convention complémentaire du 15 juillet 2025 ne constitue pas la conclusion d'une nouvelle convention tarifaire, mais une déclaration écrite commune des partenaires tarifaires visant à adapter la convention tarifaire existante. Il y est stipulé que la convention tarifaire serait adaptée au système tarifaire global avant même son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2026, grâce à des corrections ponctuelles et des mesures transitoires. Ainsi, les structures tarifaires TARDOC 1.4b et les forfaits ambulatoires 1.1b seraient remplacées par les structures tarifaires TARDOC 1.4c, respectivement les forfaits ambulatoires 1.1c. En plus de la demande écrite, les partenaires tarifaires ont soumis pour approbation deux nouvelles annexes sous forme d'accords transitoires signés. La nouvelle annexe B1 à la convention tarifaire du 31 octobre 2024 contient l'accord transitoire sur les modalités d'application pour les traitements tumoraux dans le cadre de la thérapie combinée. La nouvelle annexe B2 à la convention tarifaire du 31 octobre 2024 contient l'accord transitoire sur les modalités d'applications pour les prestations de pathologie en 2026. La demande comprend également une requête visant à reporter la date limite de soumission de la version 2027 du système tarifaire global au Conseil fédéral, initialement fixée au 28 février 2026, au 31 mai 2026.
3. Avec la présente demande, les partenaires tarifaires ont l'intention de remplacer la version approuvée jusqu'à présent par la version révisée, de sorte qu'à partir du 1^{er} janvier 2026, seules les structures tarifaires actualisées TARDOC 1.4c et des forfaits ambulatoires 1.1c s'appliqueront. Comme ces nouvelles versions corrigent plusieurs erreurs manifestes, elles garantissent une introduction cohérente et appropriée des deux structures tarifaires dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'approbation est particulièrement importante, car elle crée la sécurité juridique nécessaire pour que les partenaires tarifaires puissent achever la mise en œuvre technique des structures tarifaires.
4. L'évaluation de la demande d'approbation du 15 juillet 2025 par le Conseil fédéral montre en particulier que :
 - Selon les partenaires tarifaires, le chapitre consacré au service des urgences de l'hôpital présente des lacunes. Ainsi, par exemple, aucune prestation d'infrastructure et de personnel (PIP) n'est prévue pour les prestations médicales fournies dans le service des urgences hospitalières. En outre, pour les prestations paramédicales, le nombre de points PIP par minute est nettement moins élevé que dans la structure TARMED actuellement en vigueur. Les partenaires tarifaires procèdent donc à des modifications de ce chapitre, de sorte que seules les prestations médicales et paramédicales de base fournies au service des urgences de l'hôpital soient facturées via ce chapitre. Etant donné que, pour déterminer les répercussions financières du système tarifaire global et des facteurs de standardisation pour la neutralité statique des coûts, les prestations fournies au service des urgences de l'hôpital ont déjà été classées dans les chapitres spécialisés de TARDOC 1.4b (transcodage), les partenaires tarifaires ne s'attendent à aucune répercussion à cet égard. Cette considération ne peut toutefois pas être transposée telle quelle à l'évaluation de la neutralité dynamique des coûts (c'est-à-dire pour les années suivant l'introduction), car elle ne tient pas compte des incitations liées aux changements. De plus, les prestations paramédicales fournies au service des urgences de l'hôpital peuvent désormais être cumulées entre elles et de nouveaux délais de rotation, parfois plus longs, s'appliquent à cet effet. Cette adaptation devrait donc entraîner une augmentation des coûts. Les modifications apportées au chapitre WG « Service des urgences de l'hôpital » ne doivent donc être considérées que comme une solution transitoire et ce chapitre devra faire l'objet d'une révision en profondeur dans les prochaines années.

- L'interprétation médicale dans les positions tarifaires pour les activités paramédicales est également adaptée, certaines prestations (transfusions sanguines, prises de sang, injections et perfusions, soins des stomies, traitement des plaies, soins des plaies, changement et retrait de pansements) n'étant plus comprises dans l'étendue des prestations. Ces prestations peuvent être facturées en sus avec la version 1.4c, ce qui a également pour effet d'augmenter les coûts. Les prestations paramédicales ne comprennent désormais plus exclusivement la surveillance des patients, mais également leur prise en charge. En outre, les activités effectuées avant une intervention sont désormais incluses dans l'étendue des prestations de l'intervention. Il n'est pas possible d'estimer dans quelle mesure cela aura un impact sur la fréquence de facturation de ces prestations. Par ailleurs, il n'est pas certain que toutes les prestations paramédicales figurant dans une position tarifaire du TARDOC – en particulier le terme « prise en charge » – relèvent des prestations de soins qui peuvent être facturées conformément à l'article 25, alinéa 2, lettre a, LAMal en lien avec l'article 25, alinéa 1, LAMal. Il n'est pas non plus certain que ces prestations répondent aux critères légaux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32, al. 1, LAMal), d'autant plus que l'interprétation adaptée précise qu'il s'agit « d'activités exercées de manière indépendante par du personnel paramédical sur prescription du médecin ». Comme l'a constaté le Conseil fédéral dans sa décision du 30 avril 2025, TARDOC et les forfaits ambulatoires ne constituent pas une liste exhaustive des prestations prises en charge par l'AOS, de même qu'il est possible qu'une prestation répertoriée ne soit pas prise en charge par l'AOS en raison de son caractère non obligatoire. Même si cette question peut rester ouverte pour l'instant, il est rappelé aux partenaires tarifaires que les positions tarifaires ainsi que les chapitres AM et WG du TARDOC qui concernent les prestations paramédicales doivent être interprétés conformément à la loi. Les partenaires tarifaires sont invités à interpréter le terme « surveillance » ainsi que les prestations fournies « de manière autonome » par du personnel paramédical de manière à ce que l'AOS ne prenne en charge que les coûts des examens et des traitements qui servent au diagnostic ou au traitement d'une maladie et de ses conséquences et qui répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 25, al. 1 et al. 2, let. a, LAMal en lien avec l'art. 32, al. 1, LAMal). La responsabilité du traitement incombe au médecin.
- Dans la convention tarifaire approuvée par le Conseil fédéral le 30 avril 2025, les traitements combinés pour le traitement des tumeurs (par ex., la radiothérapie et la chimiothérapie) effectués le même jour sont regroupés dans un forfait ambulatoire unique. Selon les partenaires tarifaires, cette structure forfaitaire entraînerait un sous-financement des chimiothérapies coûteuses. Selon l'OTMA SA, les évaluations qu'elle a réalisées indiquent que les coûts de la chimiothérapie n'ont été pris en compte que dans une mesure limitée dans le calcul des forfaits ambulatoires pour la radiothérapie. Avec la modification proposée par les partenaires tarifaires, les contacts avec les patients du domaine de la radiothérapie/radio-oncologie ne seront pas regroupés avec les contacts avec les patients d'autres domaines spécialisés. Les prestations de radio-oncologie seront facturées sous forme de forfait, tandis que les prestations fournies le même jour par d'autres domaines spécialisés pourront être facturées comme des traitements ambulatoires distincts. Cette solution, proposée à titre provisoire sous la forme d'une nouvelle annexe B1 à la convention collective du 31 octobre 2024, s'appliquerait pour une période limitée de trois ans (2026-2028). Toutefois, aucune estimation de l'impact des modifications proposées sur les coûts n'a été fournie, de sorte qu'il n'est pas possible de procéder à une évaluation à cet égard. Il reste également incertain si les chimiothérapies pourront être facturées selon les forfaits ambulatoires à l'issue de la phase transitoire de trois ans. D'une manière générale, la solution proposée restreint le champ d'application des forfaits ambulatoires et élargit celui de la structure tarifaire des prestations individuelles, ce qui comporte le risque d'une augmentation plus importante des prestations facturées.

Selon les partenaires tarifaires, les coûts liés à la pathologie ne sont pas enregistrés dans leur intégralité et sont donc sous-estimés dans les forfaits ambulatoires. De plus, les coûts liés à la pathologie varient fortement au sein d'un même groupe de cas, selon les partenaires tarifaires. À titre de solution transitoire, une nouvelle annexe B2 à la convention tarifaire du 31 octobre 2024 crée les bases d'une facturation séparée des coûts liés à la pathologie dans TARDOC.

L'examen indique que les coûts de pathologie sont vraisemblablement enregistrés de manière incomplète dans les données du jeu de données de calcul. L'argumentation fondée sur des cas individuels présentant des coûts très élevés n'est toutefois pas convaincante, car les forfaits sont en principe basés sur des coûts moyens et les coûts effectifs des traitements individuels peuvent naturellement être plus élevés ou plus bas. De tels écarts sont également à prévoir pour d'autres composantes des coûts, telles que les médicaments, les dispositifs médicaux/implants ou les consommables. Une estimation des effets des coûts supplémentaires liés à la pathologie en cas de non-correction montre en outre que ces coûts supplémentaires représenteraient en moyenne moins de 3 % de la rémunération totale par cas pour les forfaits concernés et ne dépasseraient 10 % que pour quelques forfaits. Il est donc nécessaire que les coûts de pathologie soient réintégrés dans les forfaits ambulatoires à partir de 2027 et que cette exception ne devienne pas la règle. Les partenaires tarifaires sont convaincus que cela sera possible grâce à des projections, même si la collecte complète des données n'est prévue que pour la version tarifaire 2029. Ce calendrier est ambitieux, car la nouvelle version tarifaire doit être disponible dès le printemps 2026. Le Conseil fédéral précise toutefois expressément qu'une prolongation de l'accord transitoire ne peut être envisagée. En outre, selon les informations fournies par les partenaires, les données relatives aux prestations de pathologie fournies par des prestataires externes qui doivent être saisies semblent se référer aux coûts « facturés » selon les tarifs en vigueur – en particulier aux montants facturés selon TARDOC – et ne reflètent pas nécessairement les coûts de revient de ces prestations (c'est-à-dire les coûts réellement encourus pour la fourniture de prestations). La prise en compte des montants facturés selon TARDOC pour les prestations de pathologie fournies par des fournisseurs de prestations externes n'est toutefois pas conforme aux exigences légales. Il est donc rappelé aux partenaires tarifaires que l'exigence selon laquelle le tarif ne doit pas couvrir plus que les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations et pouvant être justifiés de manière transparente (art. 59c, al. 1, let. a et b, OAMal) se réfère aux coûts de revient des prestations. L'alinéa 2 des dispositions de l'annexe B2 de la convention tarifaire du 31 octobre 2024 doit être interprété conformément à la loi. La formulation selon laquelle l'institut de pathologie facture les prestations à l'assureur ne doit pas être comprise comme un accord explicite du système du tiers payant au sens de l'article 42, paragraphe 2, LAMal, mais comme une règle organisationnelle. Le paragraphe 2 doit donc être considéré dans le contexte de l'annexe H «Facturation et échange de données ». La facture est adressée au débiteur légal du remboursement, c'est-à-dire à la personne assurée dans le système du tiers garant conformément à l'article 42, alinéa 1, LAMal ou à l'assureur dans le système du tiers payant conformément à l'article 42, alinéa 2, LAMal. Dans le cas du tiers payant, la personne assurée reçoit spontanément une copie de la facture, sauf s'il a été expressément convenu que l'assureur se chargerait de cette transmission (art. 42, al. 3, LAMal).

- Le Conseil fédéral constate en outre que la demande d'approbation du 15 juillet 2025 comprend également plusieurs autres modifications du système tarifaire global (y compris les corrections communiquées à l'Office fédéral de la santé publique le 8 octobre 2025). Il s'agit principalement de modifications et de corrections d'erreurs (techniques) restantes qui sont pertinentes pour la mise en œuvre afin de garantir le respect de la logique tarifaire prévue dans le cadre du développement du système tarifaire global. Ces modifications tiennent notamment compte de l'intégration dans le manuel de tarification de la dernière version de la CIM-10-GM (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en septembre 2025.
5. Selon les partenaires tarifaires, des économies d'environ 110 millions de francs au total seraient possibles grâce aux modifications proposées dans leur demande d'approbation du 15 juillet 2025. Ce montant se compose d'économies estimées à environ 141 millions de francs dans le domaine du traitement des plaies et de coûts supplémentaires d'environ 28 millions de francs liés à la réintégration des traitements de pathologie dans la structure tarifaire à la prestation TARDOC. Il convient toutefois de souligner que ces montants reposent sur les simulations (transcodages) effectuées dans le cadre

de la neutralité statique des coûts, pour lesquels le Conseil fédéral avait constaté des lacunes importantes dans le cadre de sa décision du 30 avril 2025. Entre autres, toutes les positions TARDOC n'ont pas été prises en compte. En particulier, l'économie indiquée de 141 millions de francs dans le domaine du traitement des plaies ne peut être vérifiée avec certitude. En outre, aucune estimation concernant l'impact sur les coûts n'est disponible pour les modifications proposées dans les domaines du traitement des tumeurs, des urgences hospitalières et des prestations paramédicales, alors qu'il existe un risque d'élargissement des volumes des prestations facturées, en particulier dans les deux derniers domaines. Il n'est donc pas possible de déterminer de manière fiable les effets réels sur les coûts totaux. Les partenaires tarifaires sont donc invités à suivre de près l'évolution des positions tarifaires adaptées et à procéder aux corrections nécessaires dans le cadre de la procédure de contrôle prévue par l'OTMA SA en cas d'évolutions indésirables. Il est en outre rappelé que le Conseil fédéral a limité à 4 % l'évolution annuelle des coûts totaux dans le domaine ambulatoire. Si cette valeur est dépassée, les partenaires tarifaires sont tenus de prendre les mesures correctives appropriées selon le principe de causalité, en distinguant les prestations du secteur ambulatoire des hôpitaux de celles en cabinet, les soins médicaux de base, et les régions et en tenant compte du contexte du transfert souhaité du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire.

6. Il est en outre indispensable que les exigences définies par le Conseil fédéral le 30 avril 2025 soient remplies et intégrées, conformément aux délais imposés, aussi bien dans la convention tarifaire que dans les versions de TARDOC et des forfaits ambulatoires. Il est rappelé aux partenaires tarifaires et à l'OTMA SA de continuer à respecter les exigences relatives à la demande d'approbation conformément à la décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025. En particulier, les partenaires tarifaires sont invités à donner la priorité aux exigences visant à garantir le bon fonctionnement du nouveau système tarifaire, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2026, ainsi qu'aux exigences qui doivent être mises en œuvre dans la version qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027.
7. La pratique a montré que la durée de la procédure de traitement d'une demande d'approbation est d'au moins quatre à six mois, mais qu'elle peut se prolonger en fonction de la complexité de l'affaire. Le délai de dépôt de la future version est prolongé à la demande des partenaires tarifaires. Compte tenu du temps nécessaire à l'examen de la demande et à la mise en œuvre de la décision, le Conseil fédéral estime que la demande pourra être déposée jusqu'au 30 avril 2026 (au lieu de fin février 2026). Toutefois, le report de la date de soumission repousse également la date de la décision du Conseil fédéral. Compte tenu de la complexité des modifications nécessaires pour satisfaire aux exigences du Conseil fédéral, celui-ci devra procéder à un examen approfondi ; sa décision devrait donc être rendue au début du quatrième trimestre 2026.
8. Sur la base des exigences formulées par le Conseil fédéral le 30 avril 2025, l'objectif est de réviser la convention tarifaire (principale) dans le cadre de la soumission prévue en 2026. Il convient de veiller à ce qu'une procédure d'adhésion et de retrait conforme à la loi soit également mise en place pour les assureurs. Les processus correspondants doivent être clairement précisés dans la convention tarifaire actualisée et présentés dans le cadre de la prochaine demande d'approbation en 2026. En outre, il est fait référence aux explications et exigences déjà formulées, en particulier celles liées à la décision du Conseil fédéral mentionnée ci-dessus, qui doivent être impérativement prises en compte et qui continuent de s'appliquer pour la prochaine demande d'approbation.
9. La demande d'approbation du 15 juillet 2025 démontre que les partenaires tarifaires concernés sont désormais prêts à agir rapidement lorsque cela s'avère nécessaire. Toutefois, dans l'intérêt d'un développement fiable et cohérent du système tarifaire global, la présente demande d'approbation (survenue à peine quelques mois après la soumission de la demande d'approbation du 31 octobre 2024 et son approbation par le Conseil fédéral le 30 avril 2025) doit constituer une exception justifiée par la situation particulière que représente l'introduction d'un nouveau système tarifaire dans un domaine où le tarif en vigueur a été appliqué pendant plus de vingt ans sans avoir été révisé. Les prochaines demandes d'approbation devront intervenir dans le cadre des processus annuel de développement du système tarifaire global mis en place par l'OTMA SA. Les adaptations en cours d'année ainsi que

les adaptations du système tarifaire global, destinées à être appliquées sans l'approbation du Conseil, fédéral sont donc à éviter.

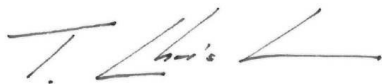
10. Le 29 septembre 2023, le Parlement a adopté le contre-projet indirect à l'initiative sur le frein aux coûts. Celui-ci introduit des objectifs pour la croissance maximale des coûts dans l'AOS et apporte des changements importants dans la structure tarifaire : pour la mise en œuvre, les dispositions relatives aux tarifs et aux prix seront restructurées et précisées, notamment en ce qui concerne les principes de formation des tarifs, les tâches de l'autorité chargée de l'approbation et les exigences relatives à une demande d'approbation. La modification correspondante de l'OAMal devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Elle contient des prescriptions détaillées concernant la demande d'approbation, selon lesquelles la demande, les documents et les conventions doivent être présentés sous forme de documents distincts. Nous attirons dès à présent l'attention des partenaires tarifaires sur ces prescriptions, afin que les demandes puissent à l'avenir être préparées et déposées en conséquence.

Le Conseil fédéral salue le fait que les partenaires tarifaires soient parvenus à s'entendre sur les améliorations à apporter à la structure tarifaire globale avant même son entrée en vigueur. Il invite tous les acteurs du secteur de la santé à prendre les mesures requises pour que cette révision tarifaire, la plus importante depuis 20 ans, soit menée à bien. Dans le même temps, le Conseil fédéral compte sur ces acteurs pour qu'ils assument leurs responsabilités après l'introduction du nouveau système tarifaire global, qu'ils l'appliquent dans l'intérêt des patients et qu'ils participent à son amélioration continue. Il est également rappelé aux partenaires tarifaires que toute modification de la convention tarifaire doit être soumise au Conseil fédéral pour approbation. La demande d'approbation des versions des structures tarifaires qui s'appliqueront à partir de 2027 doit être soumise au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires (prio.swiss, FMH, H+) avant le 30 avril 2026.

Nous espérons que ces informations vous seront utiles.

Meilleures salutations

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen
Directeur suppléant OFSP
Responsable de l'unité de direction
Assurance maladie et accidents



Sandra Schneider
Responsable de la division Tarifs et bases

Annexe :

- Conventions citées en titre concernant le système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires, comprenant la structure tarifaire à la prestation (TARDOC 1.4c) et la structure tarifaire des forfaits ambulatoires (forfaits ambulatoires 1.1c), annexes incluses

Copie à:

- Département fédéral de l'intérieur (DFI), Inselgasse 1, 3003 Berne, geschaefftsplanung@gs-edi.admin.ch
- Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Speichergasse 6, 3001 Berne, office@gdk-cds.ch