

# Convention relative à la structure tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire à la prestation (TARDOC) et le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (forfaits ambulatoires)

*Valable dès le: 1<sup>er</sup> janvier 2026*

Entre

- a. **H+ Les Hôpitaux de Suisse**  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne

Et

- b. la Commission des tarifs médicaux (CTM)
- c. l'assurance militaire (AM),  
représentée par  
la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva),  
division assurance militaire
- d. l'assurance-invalidité (AI),  
représentée par  
l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

(désignées ci-après comme les «répondants des coûts»)

(toutes désignées ci-après comme les «parties contractantes»)

## Préambule

- <sup>1</sup> Selon l'art. 56 al. 4 LAA en relation avec l'art. 70b al. 1 OLAA, l'art. 26 al. 4 LAM en relation avec l'art. 13 al. 1 OAM, l'art. 13b al. 1 OAM et l'art. 27 al. 4 LAI, les tarifs forfaitaires par patient et les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une seule structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. La présente convention tarifaire a pour objet l'introduction et l'application des structures tarifaires comprenant le tarif médical ambulatoire à la prestation (TARDOC) et le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (forfaits ambulatoires) dans le domaine AA/AM/AI. Ils remplaceront ensemble l'actuel tarif médical ambulatoire à la prestation (TARMED, version 01.08.01\_BR) ayant le même contenu de prestation.
- <sup>2</sup> Le tarif forfaitaire par patient doit être utilisé par tous les fournisseurs de prestations médicales ambulatoires pour les traitements correspondants à la charge des répondants des coûts (art. 43 al. 5<sup>ter</sup> LAMal) et prime le tarif à la prestation.
- <sup>3</sup> La nouvelle structure tarifaire à la prestation pour le domaine médical ambulatoire TARDOC doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026, en même temps que le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient, dont la version initiale sera principalement appliquée dans les hôpitaux.
- <sup>4</sup> D'après la convention relative à la structure tarifaire des assureurs-maladie et pour faciliter l'introduction des deux structures tarifaires, les parties contractantes se sont mises d'accord sur cette unique convention tarifaire, qui coordonne la structure tarifaire à la prestation et la structure tarifaire forfaitaire par patient et régit et garantit l'introduction neutre en termes de coûts des deux tarifs.
- <sup>5</sup> La forme masculine dans ce document et ses annexes se réfère toujours aux personnes de sexe féminin, masculin et divers. Afin d'assurer une meilleure lisibilité, il est renoncé à l'utilisation simultanée des formes masculine et féminine.
- <sup>6</sup> En cas de contradictions entre les différentes versions linguistiques des documents de la convention, la version allemande fait foi.

## Partie I Généralités

### 1. Objet du contrat

- <sup>1</sup> La présente convention tarifaire (convention principale) régit dans la partie II l'introduction de la structure tarifaire à la prestation et de la structure tarifaire forfaitaire par patient pour la rémunération des prestations médicales ambulatoires (ci-après «les structures tarifaires») selon l'annexe A1 et A2 sur la base des modalités d'application selon l'annexe B et les domaines suivants:

- Partie III Introduction des structures tarifaires et interprétation des tarifs  
Partie IV Maintenance du tarif et normalisation des versions suivantes  
Partie V Saisie des prestations ambulatoires  
Partie VI Facturation et échange de données  
Partie VII Qualité  
Partie VIII Garantie de la neutralité statique des coûts et détermination des prix au moment de l'introduction des structures tarifaires  
Partie IX Monitorage et garantie de la neutralité dynamique des coûts  
Partie X Valeurs intrinsèques et unités fonctionnelles  
Partie XI Dispositions finales

- <sup>2</sup> Ci-après s'appliquent les structures tarifaires élaborées par l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (ci-après «OTMA»), soumises par les partenaires tarifaires selon la LAMal et approuvées par le Conseil fédéral, portant sur le tarif médical ambulatoire à la prestation (TARDOC) et le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (forfaits ambulatoires).

### 2. Éléments de la convention

- <sup>1</sup> Les annexes suivantes font partie intégrante de cette convention tarifaire:
- A1 Catalogue des forfaits ambulatoires;
  - A2 Catalogue du TARDOC;
  - B Modalités d'application;
  - C Directives pour la saisie des prestations ambulatoires;
  - D Monitorage;
  - E Neutralité dynamique des coûts;
  - F Valeurs intrinsèques;
  - G Unités fonctionnelles;
  - H Facturation et échange de données;
  - I Valeur de point tarifaire;
  - J Règlement relatif au groupe d'experts monitorage  
Convention concernant la Commission paritaire de confiance Système tarifaire global  
composé du TARDOC et des forfaits ambulatoires (CPC)

### 3. Champ d'application

<sup>1</sup> La présente convention tarifaire s'applique:

- a) à tous les fournisseurs de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal (hôpitaux) ainsi que selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal (institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins) admis et ayant adhéré à la présente convention, dans la mesure où leur organisme responsable assume en parallèle la gestion d'un hôpital, et fournissant des prestations dans le champ d'application du tarif médical ambulatoire à la prestation et du tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient à la charge de l'AA, de l'AM ou de l'AI.

[ci-après désignés comme «fournisseurs de prestations»].

- b) à l'ensemble des répondants des coûts selon les art. 66 et 68 LAA et selon l'assurance militaire et l'assurance-invalidité.

[ci-après désignés comme «répondants des coûts»].

<sup>2</sup> La présente convention tarifaire est applicable à l'ensemble du territoire suisse.

### 4. Adhésion à la convention relative à la structure tarifaire

- <sup>1</sup> Pour que les médecins admis selon l'art. 35 al. 2 let. a LAMal, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins admises selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal (ci-après «fournisseurs de prestations») soient autorisés à facturer à la charge à la charge de l'AA, de l'AM ou de l'AI des soins en application des structures tarifaires selon l'annexe A1 et l'annexe A2 de cette convention tarifaire, ils doivent adhérer à la présente convention relative à la structure tarifaire.
- <sup>2</sup> L'adhésion à la convention relative à la structure tarifaire est ouverte à tous les fournisseurs de prestations admis sur le territoire conventionnel autorisés à fournir des prestations concernées par cette convention. L'adhésion inclut la reconnaissance pleine et entière de la convention relative à la structure tarifaire, des annexes ainsi que des autres accords et réglementations.
- <sup>3</sup> La FMH organise la procédure d'adhésion pour les médecins selon l'art. 35 al. 2 let. a LAMal, ainsi que pour les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal. Elle tient une liste des médecins et des institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins ayant adhéré à la convention relative à la structure tarifaire. La FMH mène la procédure d'adhésion pour les membres et les non-membres. La FMH s'engage à ne pas effectuer de mutations rétroactives dans cette liste.

### 5. Retrait de la convention relative à la structure tarifaire

- <sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations peuvent, en respectant un délai de six mois, se retirer de la convention par écrit pour la fin d'une année civile. La déclaration de retrait doit être envoyée au représentant du fournisseur de prestations ayant validé l'adhésion.
- <sup>2</sup> En cas de perte de l'autorisation de pratiquer, le fournisseur de prestations est tenu d'annoncer immédiatement son retrait de la convention à la FMH.

3. Les répondants des coûts ne mènent pas de procédures de retrait.

## 6. Transmission des listes des adhésions et retraits

- <sup>1</sup> La FMH transmet chaque trimestre les listes des adhésions et retraits, lisibles à la machine, sous forme électronique à l'organisme désigné par les répondants des coûts.
- <sup>2</sup> La CTM publie la liste sur son site Internet et saisit ce contenu dans les systèmes. Les répondants des coûts examinent l'adhésion des fournisseurs de prestations au contrat à l'aide de cette liste.

## Partie II

## Partie III Introduction des structures tarifaires et interprétation des tarifs

### 1. Structure tarifaire et modalités d'application

- <sup>1</sup> Les parties contractantes adoptent par la présente, la structure tarifaire pour le tarif médical ambulatoire à la prestation et pour le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient, qui sera introduite le 1<sup>er</sup> janvier 2026, conformément aux annexes A1, A2, B et C:  
Annexe A1: Catalogue des forfaits ambulatoires;  
Annexe A2 : Catalogue du TARDOC;  
Annexe B: Modalités d'application;  
Annexe C: Directives pour la saisie des prestations ambulatoires.
  
- <sup>4</sup> La version la plus récente des structures tarifaires approuvées par le Conseil fédéral pour la LAMal est reprise à la même date dans le champ d'application du présent contrat. L'approbation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral impose son application uniforme dans toute la Suisse.

### 2. Procédure d'interprétation des tarifs

- <sup>1</sup> Les parties contractantes garantissent que les structures tarifaires en vigueur sont interprétées de manière uniforme et contraignante sur tout le territoire suisse. L'organisation et les modalités de l'interprétation des tarifs sont déléguées à l'OTMA avec le concours de ses associés.

## Partie IV Maintenance du tarif et normalisation des versions suivantes

### 1. Maintenance du tarif

- <sup>1</sup> Les parties contractantes s'engagent à mandater l'OTMA pour la mise à jour régulière et le développement des structures tarifaires. Les mises à jour et le développement des structures tarifaires ont en principe lieu chaque année.
- <sup>2</sup> Les parties contractantes s'engagent à charger l'OTMA de réaliser, dans le but de régulièrement mettre à jour et développer la structure tarifaire, une procédure de demande et de recueillir les données de coûts et de prestations selon l'art. 47a LAMal. Les données nécessaires sont livrées gratuitement à l'OTMA.
- <sup>3</sup> Les versions suivantes des structures tarifaires entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier d'une année civile, après avoir été soumises aux processus d'approbation internes des répondants des coûts et avoir été approuvées par le Conseil fédéral pour les partenaires tarifaires de la LAMal.
- <sup>4</sup> La mise à jour et le développement des structures tarifaires sont fondés sur les données liées aux coûts et aux prestations ambulatoires des fournisseurs de prestations médicales du secteur ambulatoire, c'est-à-dire les médecins, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins et les hôpitaux. Lors de l'élaboration de positions tarifaires de prestations qui n'ont pas encore été tarifées, il est possible de déroger au principe de l'approche fondée sur les données.
- <sup>5</sup> Les parties contractantes s'engagent à charger l'OTMA, d'une part, d'établir un concept relatif à la collecte de données et, d'autre part, de déterminer quelles données sont disponibles et lesquelles doivent être recueillies. Il convient alors de respecter le principe de proportionnalité. Le concept indique comment la livraison de données s'effectue et garantit que l'OTMA ait accès aux données nécessaires à son activité.
- <sup>6</sup> Les parties contractantes s'engagent, en ce qui concerne le développement des structures tarifaires, à:
  - améliorer la différenciation selon les coûts et les prestations;
  - améliorer le niveau d'adéquation en ce qui concerne l'homogénéité des coûts, la qualité du système et l'actualité des examens et traitements représentés;
  - intégrer des examens et des traitements facturés au moyen de forfaits issus d'autres conventions tarifaires (p. ex. dialyses, cellules souches);
  - représenter et évaluer de nouveaux examens et traitements;
  - tenir compte de l'évolution économique, technique et médicale;
  - examiner et ajuster les champs d'application, notamment dans le but d'augmenter le taux de couverture du tarif forfaitaire par patient (cf. partie IX, chiffre 2 al. 2 let. a).

### 2. Normalisation des versions suivantes

- <sup>1</sup> Les parties contractantes s'engagent à charger l'OTMA de développer les présentes structures tarifaires de manière neutre en termes de volume.
- <sup>2</sup> Les parties contractantes s'engagent à développer, dans le cadre de l'OTMA, et à adopter, par la suite, exclusivement des versions qui respectent le principe du développement neutre en termes de volume.

- <sup>3</sup> Le développement des structures tarifaires est considéré comme neutre en termes de volume lorsqu'il n'y a pas d'effet de catalogue national par rapport aux données utilisées pour la normalisation des structures tarifaires: le volume de points tarifaires de la version précédente correspond, pour le même champ d'application, à la somme du volume de points tarifaires de la version développée.

## Partie V Saisie des prestations ambulatoires

### 1. Directives pour la saisie des prestations ambulatoires

- <sup>1</sup> Tant que l'Office fédéral de la statistique ne met pas à disposition des outils pour la saisie des prestations ambulatoires, les parties contractantes s'engagent à charger l'OTMA d'élaborer et de tenir à jour un catalogue des prestations universel en vue d'une saisie uniforme des prestations et de l'application coordonnée des deux tarifs en dehors de la présente convention. Les détails figurent dans l'annexe C.
- <sup>2</sup> Tant que l'Office fédéral de la statistique ne publie pas de directives contraignantes valables dans toute la Suisse pour la saisie des prestations ambulatoires, l'annexe C présente les directives applicables pour la saisie des prestations ambulatoires. Selon l'annexe C, les fournisseurs de prestations sont tenus de saisir les prestations et diagnostics des séances.

### 2. Procédure relative à l'interprétation de la saisie des prestations

- <sup>1</sup> Les parties contractantes garantissent que la directive relative à la saisie des prestations ambulatoires est interprétée de manière uniforme et contraignante sur tout le territoire suisse. L'organisation et les modalités de l'interprétation de la saisie des prestations sont déléguées à l'OTMA avec le concours de ses associés.

## Partie VI Facturation et échange de données

### 1. Généralités

- <sup>1</sup> Les parties contractantes fixent dans l'annexe H (facturation et échange de données), en vertu de l'art. 54a LAA, de l'art. 25a LAM et de l'art. 27<sup>ter</sup> LAI, les modalités de la facturation et les champs de données à livrer.

## Partie VII Qualité

### 1. Instruments et mécanismes visant à garantir la qualité des prestations

- <sup>1</sup> Les parties contractantes s'engagent à appliquer les règles qui découlent des conventions de qualité correspondantes.

## Partie VIII Garantie de la neutralité statique des coûts et détermination des prix au moment de l'introduction des structures tarifaires

### 1. Principe

- <sup>1</sup> Les explications ci-après sont en rapport avec le respect des exigences de l'art. 59c al. 1 let. c OAMal.

### 2. Neutralité statique des coûts

- <sup>1</sup> Les positions tarifaires du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient sont évaluées avec des points tarifaires.
- <sup>2</sup> Les points tarifaires du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient sont normalisés, pour qu'en cas d'application des valeurs du point tarifaire du TARMED, il ne résulte pas de coûts supplémentaires pour le tarif à la prestation et le tarif forfaitaire par patient (neutralité statique des coûts).
- <sup>3</sup> Une valeur de point tarifaire différenciée conformément à l'annexe I «Valeur du point tarifaire» s'applique aux fournisseurs de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal (hôpitaux) ainsi que selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal (institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins).

## Partie IX Monitorage et garantie de la neutralité dynamique des coûts

### 1. Monitorage

- <sup>1</sup> Les parties contractantes conviennent d'un monitorage illimité dans le temps selon l'annexe D.

### 2. Stabilité dynamique des coûts par cas

- <sup>1</sup> Les parties contractantes, les fournisseurs de prestations et les assureurs s'engagent à mettre en œuvre des mesures selon l'annexe E pour garantir la neutralité dynamique des coûts visée à l'art. 59c al. 1 let. c OAMal.
- <sup>2</sup> Dans le domaine de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité, le terme de «stabilité dynamique des coûts par cas» est utilisé pour désigner le mécanisme de neutralité dynamique des coûts. Ce terme poursuit également les objectifs visés à l'art. 59c al. 1 let. c OAMal, selon lesquels un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.
- <sup>3</sup> Les parties contractantes s'engagent, en outre, dès la phase de neutralité des coûts, à normaliser les versions suivantes des structures tarifaires (Partie III, chiffre 2).

## Partie X Valeurs intrinsèques et unités fonctionnelles

- <sup>1</sup> Sur la base de l'art. 70 al. 1 let. a OLAA, de l'art. 13 al. 1 let. a OAM et de l'art. 24<sup>bis</sup> al. 2 OAI, les parties contractantes conviennent que la rémunération de certaines prestations est soumise à des conditions qui prévoient que les fournisseurs de prestations disposent de l'infrastructure nécessaire et de la formation de base, postgraduée ou continue nécessaires.
- <sup>2</sup> La mise en œuvre de ces exigences est réglée dans les annexes F (valeurs intrinsèques) et G (unités fonctionnelles).

## Partie XI Dispositions finales

### 1. Validité

- <sup>1</sup> La présente convention relative à la structure tarifaire entre en vigueur le 1.1.2026 pour une durée indéterminée dès sa signature par les parties contractantes et remplace la convention tarifaire TARMED conclue entre les assureurs selon la LAA/l'OFAM/l'AI et la FMH le 28.12.2001, y compris toutes les conventions complémentaires et annexes, ainsi que la convention-cadre conclue entre les assureurs selon la LAA/l'OFAM/l'AI et H+ Les Hôpitaux de Suisse le 1.10.2023, y compris toutes les conventions complémentaires et annexes.
- <sup>2</sup> Les parties contractantes fixent l'entrée en vigueur de la structure tarifaire au 1<sup>er</sup> janvier 2026. Elles veillent, au préalable, à ce que la période de mise en œuvre soit suffisamment longue. Si l'introduction n'a pas lieu au 1<sup>er</sup> janvier 2026, les dates et délais contractuels antérieurs et postérieurs sont tous reportés d'autant.

### 2. Résiliation

- <sup>1</sup> Le délai de résiliation est de 12 mois pour la fin d'une année civile. Les annexes ne peuvent pas être résiliées séparément.
- <sup>2</sup> La partie qui résilie doit notifier sa résiliation par écrit à toutes les autres parties. Le principe de la date de réception s'applique.

### 3. Obligations après résiliation de la convention

- <sup>1</sup> Après la résiliation de la présente convention tarifaire, de nouvelles négociations sont immédiatement entamées.

### 4. Clause de sauvegarde

- <sup>1</sup> Si une ou plusieurs dispositions contenues dans la présente convention relative à la structure tarifaire ou dans les annexes faisant partie intégrante de la présente convention tarifaire est/sont ou devient/deviennent invalide-s, la validité des autres dispositions de ladite convention n'en est pas affectée. Les parties contractantes remplacent les dispositions invalides par des dispositions ayant, dans la mesure du possible, la même portée économique et respectant l'équilibre contractuel convenu initialement. La même chose vaut pour les éventuelles lacunes dans la convention.

### 5. Dispositions complémentaires

- <sup>1</sup> En cas de divergences sur l'interprétation de la présente convention tarifaire, les parties contractantes recherchent des solutions consensuelles.
- <sup>2</sup> Les modifications et compléments apportés à la présente convention relative à la structure tarifaire et à ses annexes requièrent la forme écrite et la signature des parties contractantes. Les nouvelles versions des annexes A1, A2, B, C, F, G et H ne représentent pas une modification de la présente convention principale.

Berne, Lucerne, le 18 novembre 2025

## Commission des tarifs médicaux LAA (CTM)

## Président

Daniel Roscher

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva)

Division assurance militaire  
Directeur

Martin Rüfenacht

Office fédéral des assurances sociales

## Domaine assurance-invalidité Sous-directeur

Florian Steinbacher

## les Hôpitaux de Suisse (H+)

Présidente

## Directrice

Dr. Regine Sauter

Anne-Geneviève Bütikofer