



Communiqué de presse

Date 30.04.2025
Embargo Jusqu'au début de la conférence de presse

TARDOC et forfaits ambulatoires : le Conseil fédéral approuve le nouveau système tarifaire global

La structure tarifaire TARMED, inchangée depuis environ 20 ans, sera remplacée dès le 1^{er} janvier 2026 par la structure tarifaire à la prestation TARDOC ainsi que par une structure tarifaire de forfaits ambulatoires. Le Conseil fédéral a approuvé le nouveau système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires lors de sa séance du 30 avril 2025. Cette approbation est valable jusqu'au 31 décembre 2028, pour permettre les ajustements encore nécessaires après l'introduction du nouveau système.

L'approbation et la mise en œuvre d'un nouveau système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires est une avancée majeure. La structure actuelle TARMED, en vigueur depuis 2004, n'est plus adaptée aux réalités de la médecine actuelle.

Après une dizaine d'années de discussions, les partenaires tarifaires – assureurs et fournisseurs de prestations – avaient soumis au Conseil fédéral en décembre 2023, deux demandes d'approbation distinctes; l'une visant la structure tarifaire à la prestation (TARDOC) et l'autre visant la structure tarifaire des forfaits par patient (forfaits ambulatoires). En juin 2024, le Conseil fédéral a partiellement approuvé les deux nouvelles structures tarifaires proposées et a défini les exigences permettant leur introduction au 1^{er} janvier 2026. Selon le Conseil fédéral, les deux structures tarifaires devaient encore être mieux coordonnées, notamment concernant la neutralité des coûts. Et le nombre de prestations médicales financées par des forfaits devait être réduit.

Depuis juin 2024, les partenaires tarifaires ont donc élaboré, sous l'égide de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA), un système tarifaire global composé de TARDOC et des forfaits ambulatoires. Début novembre 2024, ils ont soumis au Conseil fédéral la demande d'approbation de la convention tarifaire y relative et signée conjointement. D'une façon générale, TARDOC permet une facturation plus précise que TARMED des durées de consultation et tient mieux compte des spécificités et des besoins de la médecine de famille. Quant aux forfaits, ils permettent de simplifier la facturation et de limiter les incitations à accroître les quantités de prestations facturées.

Meilleure coordination de TARDOC et des forfaits

Conformément aux exigences du Conseil fédéral du 19 juin 2024, les deux structures tarifaires ont été coordonnées entre elles. Cela concerne notamment les définitions de base (par ex. la notion de séance) et le périmètre d'application de chacune des deux structures tarifaires. Les partenaires tarifaires ont également décidé de préciser les interprétations médicales et les règles de facturation pour les positions tarifaires liées aux urgences et aux consultations ou

visites pressantes. Cette décision fait suite à deux arrêts rendus par le Tribunal fédéral le 24 juin 2024 sur des positions similaires dans TARMED.

Par rapport à la version des forfaits ambulatoires partiellement approuvée par le Conseil fédéral le 19 juin 2024, environ 140 positions ont été supprimées du catalogue des forfaits, afin que les forfaits soient principalement utilisés dans les hôpitaux et moins dans les cabinets médicaux. Dans leur version actuelle, les 315 forfaits ambulatoires restants représentent 13% du volume total des coûts ambulatoires. Dans le secteur des cabinets médicaux, ils représentent 9% du volume total des coûts (20% dans la précédente version) contre 19% dans les hôpitaux. L'exigence du Conseil fédéral de réduire de moitié le volume des coûts concernés par les forfaits dans le secteur des cabinets médicaux est donc remplie.

Neutralité des coûts

Le changement de système de tarification ne doit en soi pas engendrer une hausse des coûts des prestations médicales ambulatoires. En réponse aux exigences du Conseil fédéral, les partenaires tarifaires ont harmonisé entre les deux structures tarifaires – TARDOC et les forfaits – la méthode visant à garantir la neutralité des coûts. Ils ont également respecté la directive du Conseil fédéral, selon laquelle l'augmentation annuelle des coûts totaux ne doit pas dépasser 2,5 %. Une augmentation plus importante ne sera autorisée que dans des cas motivés. Le Conseil fédéral a en outre fixé une limite maximale à l'augmentation annuelle des coûts totaux effectifs des prestations médicales ambulatoires. Cette hausse est limitée à 4%. Elle se base sur l'augmentation moyenne des coûts par personne assurée d'environ 3 % par an pour les prestations médicales ambulatoires ainsi que sur l'évolution démographique moyenne d'environ 1 % par an au cours des dix dernières années. En cas de dépassement de cette limite, les partenaires tarifaires devront prendre des mesures de correction.

Cette exigence doit permettre de combler les lacunes qui subsistent encore au niveau de la neutralité des coûts. Des recommandations sont également adressées aux autorités cantonales compétentes pour l'approbation ou la fixation des valeurs du point tarifaire. Leurs décisions joueront un rôle central pour viser la neutralité des coûts lors de l'introduction du nouveau système tarifaire global.

Une approbation limitée dans le temps

Le Conseil fédéral reconnaît les efforts importants fournis par les partenaires tarifaires. L'introduction du nouveau système tarifaire global représente un défi important pour le système de santé et un changement fondamental dans la manière de facturer les prestations médicales ambulatoires. De plus, les deux structures tarifaires devront être améliorées, notamment au niveau de l'homogénéité de certains forfaits ambulatoires, des minutages et des taux d'occupation des infrastructures qui sont prévus dans TARDOC. C'est pour permettre ces adaptations que l'approbation du Conseil fédéral est limitée au 31 décembre 2028.

Le Conseil fédéral appelle tous les acteurs du secteur de la santé à faire preuve de patience pour accompagner ce changement tarifaire. Ce nouveau système tarifaire global est dynamique et appelé à évoluer. C'est pourquoi l'OTMA SA va examiner les forfaits ambulatoires au cours de la première année après leur introduction. Les sociétés médicales spécialisées seront également impliquées dans ces travaux. Le Département fédéral de l'intérieur et l'Office fédéral de la santé publique suivent de près les travaux de l'OTMA SA et des partenaires tarifaires, qui préparent déjà une prochaine version des structures tarifaires.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
Médias et communication
+41 58 462 95 05, media@bag.admin.ch

Département responsable :

Département fédéral de l'intérieur DFI