

Convention tarifaire relative aux structures tarifaires du tarif médical ambulatoire à la prestation (TARDOC) et du tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient (forfaits ambulatoires)

Valable dès le: 1^{er} janvier 2027

État actuel: Approuvé par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 17 avril 2026, non approuvé par le Conseil fédéral.

entre

- a. **H+ Vos hôpitaux**
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne
- b. **FMH Fédération des médecins suisses**
Elfenstrasse 18, 3000 Berne 16

(désignées ci-après comme les «associations de fournisseurs de prestations»)

et

- c. **Prio.swiss L'Association des assureurs-maladie suisses**
Waisenhausplatz 25, 3011 Berne

(désignées ci-après comme les «associations des assureurs-maladie»)

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

Préambule

- ¹ Selon l'art. 43 al. 5 LAMal, 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 de la LAMal.
- ² Le tarif forfaitaire par patient doit être utilisé par tous les fournisseurs de prestations médicales ambulatoires pour les traitements correspondants à la charge de l'AOS (art. 43 al. 5^{ter} LAMal) et prime le tarif à la prestation.
- ³ Par décision du 19 juin 2024, le Conseil fédéral a partiellement approuvé, sur la base de l'art. 46 al. 4, en relation avec l'art. 43 al. 5 LAMal, au 1^{er} janvier 2026, les deux conventions relatives aux structures tarifaires qui étaient auparavant séparées. Cela concerne, d'une part, la convention de base LAMal relative à la structure tarifaire unifiée (TARDOC) entre la FMH et curafutura, y compris l'annexe relative à la structure tarifaire à la prestation. Et, d'autre part, la convention relative à la structure tarifaire portant sur le tarif médical ambulatoire basé sur des forfaits par patient (forfaits ambulatoires) entre H+ et santésuisse.
- ⁴ Pour faciliter l'introduction des deux structures tarifaires, les parties contractantes se sont mises d'accord sur cette unique convention générale relative à la structure 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.
- ⁵ Par sa décision du 30 avril 2025, le Conseil fédéral a approuvé au 1^{er} janvier 2026, sur la base de l'art. 46 al. 4 en relation avec l'art. 43 al. 5 LAMal, la «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)» du 31 octobre 2024 avec certaines exceptions. L'approbation est limitée à trois ans, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2028. En même temps, les partenaires tarifaires ont été invités à modifier certains points dans la convention relative à la structure tarifaire du 31 octobre 2024 mentionnée.
- ⁶ La nouvelle structure tarifaire à la prestation pour le secteur médical ambulatoire TARDOC a été introduite au 1^{er} janvier 2026, en même temps que le tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient, dont la version d'introduction est en premier lieu utilisée dans les hôpitaux.
- ⁷ Au 1^{er} janvier 2025, le paysage du côté des répondants des coûts a été remodelé avec la création de prio.swiss. prio.swiss réunit tous les assureurs-maladie suisses sous un même toit et a été instituée par les assureurs-maladie comme organisation appelée à succéder à curafutura et santésuisse.
- ⁸ Le financement de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires OTMA SA sera réglé dès le 1^{er} janvier 2026 dans la convention séparée entre les partenaires tarifaires du 17 décembre 2025, sur la base de l'art. 47a al. 4 LAMal, à laquelle les assureurs-maladie ont adhéré individuellement au 1^{er} janvier 2026. Celle-ci s'applique à titre transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une réglementation légale.

- ⁹ La forme masculine dans ce document 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.

Non approuvé

Partie I Remplacement de la convention relative à la structure tarifaire approuvée

1. Convention relative à la structure tarifaire actuelle

- ¹ La présente convention tarifaire (convention principale) du 17 avril 2026 a été adaptée selon les exigences du Conseil fédéral du 30 avril 2025 et remplacera la convention relative à la structure tarifaire (convention principale) du 31 octobre 2024 au 1^{er} janvier 2027.

Non approuvé

Partie II Généralités

1. Parties contractantes

- ¹ H+, la FMH et prio.swiss sont les parties à cette convention.

2. Objet du contrat

- ¹ 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 Monitoring et garantie de la neutralité dynamique des coûts
 - Partie IX Valeurs intrinsèques et unités fonctionnelles
 - Partie X Dispositions finales
- ² Ci-après s'appliquent les structures tarifaires élaborées par l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (ci-après OTMA), soumises par les parties contractantes 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).
- ³ Les fournisseurs de prestations et répondants des coûts peuvent conclure d'autres accords dans leurs conventions tarifaires.

3. Éléments de la convention

- ¹ 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 Monitoring;
 - E Neutralité dynamique des coûts;
 - F Valeurs intrinsèques;
 - G Unités fonctionnelles;
 - H Facturation et échange de données;

4. Champ d'application

¹ La présente convention tarifaire s'applique:

- a) à tous les fournisseurs de prestations admis selon l'art. 35 al. 2 let. a LAMal «les médecins», l'art. 35 al. 2 let. h LAMal «les hôpitaux» et l'art. 35 al. 2 let. n LAMal «les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins», qui fournissent des prestations médicales ambulatoires 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'AOS.

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

- b) à l'ensemble des assureurs admis selon la LAMal.

[ci-après désignés comme «assureurs»].

² La présente convention tarifaire est applicable à l'ensemble du territoire suisse.

5. Adhésion à la convention tarifaire

¹ 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 et les hôpitaux admis selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal (ci-après «fournisseurs de prestations») soient autorisés à facturer à la charge de l'assurance obligatoire 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 tarifaire.

² L'adhésion à la convention tarifaire est ouverte à tous les fournisseurs de prestations admis sur le territoire conventionnel autorisés à fournir les prestations concernées par cette convention. L'adhésion inclut la reconnaissance pleine et entière de la convention tarifaire, des annexes ainsi que des autres accords et réglementations.

³ 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 tarifaire. Les non-membres de l'association doivent payer une taxe d'adhésion et une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés en dehors de cette convention. 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.

⁴ H+ tient pour les hôpitaux selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal une liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention tarifaire qui sont membres ou non-membres de H+. Les non-membres de l'association doivent payer une taxe d'adhésion et une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés en dehors de cette convention. H+ s'engage à ne pas effectuer de mutations rétroactives dans cette liste.

- ⁵ Les assureurs-maladie autorisés déclarent leur adhésion à la convention tarifaire vis-à-vis de l'association des assureurs-maladie. L'association des assureurs-maladie tient une liste des assureurs-maladie ayant adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent adhérer à la convention. Ceux-ci doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution (art. 46 al. 2 LAMal). Le règlement relatif aux frais portant sur les conventions de l'association pour les non-membres de prio.swiss s'applique.

6. Retrait de la convention tarifaire

- ^{1.} Les fournisseurs de prestations peuvent se retirer de cette convention tarifaire sous respect d'un délai de résiliation de six mois pour la fin d'une année civile. La déclaration écrite de retrait doit aussitôt être déposée auprès des associations de fournisseurs de prestations compétentes. Ces dernières doivent la transmettre à l'organisme désigné par l'association des assureurs-maladie.
- ^{2.} 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 ou à H+.
- ^{3.} Les assureurs-maladie peuvent se retirer de cette convention tarifaire sous respect d'un délai de résiliation de six mois pour la fin d'une année civile. La déclaration écrite de retrait doit être déposée auprès de l'association des assureurs-maladie. La date de réception est déterminante.

7. Transmission des listes des adhésions et retraits

- ¹ Les associations de fournisseurs de prestations transmettent, dans un délai approprié, les listes des adhésions et retraits, lisibles à la machine, sous forme électronique à l'organisme désigné par les associations des assureurs-maladie.
- ² L'organisme désigné par les associations des assureurs-maladie saisit les adhésions dans le registre correspondant. Il vérifie si des fournisseurs de prestations n'ont pas adhéré et met cette information à disposition des assureurs.
- ³ L'association des assureurs-maladie transmet la liste des adhésions et démissions des assureurs-maladie sous forme électronique dans un délai convenable aux associations de fournisseurs de prestations.

8. Primauté des dispositions légales

Les parties contractantes conviennent que les dispositions légales ainsi que les ordonnances d'exécution y afférentes priment sur la présente convention (y compris les réglementations dans les annexes).

Partie III Introduction des structures tarifaires et interprétation des tarifs

1. Structure tarifaire et modalités d'application

- ¹ 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^{er} janvier 2027, 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.

2. Procédure d'interprétation des tarifs

- ¹ 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

- ¹ 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.
- ² 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.
- ³ Les versions suivantes des structures tarifaires entrent en vigueur, après approbation par le Conseil fédéral, au 1^{er} janvier d'une année civile.
- ⁴ 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 pour des prestations qui sont actuellement tarifées en dehors du système tarifaire global ou qui ne sont pas encore tarifées, il est possible de déroger au principe de l'approche fondée sur les données.
- ⁵ 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.
- ⁶ 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

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à charger l'OTMA de développer les présentes structures tarifaires de manière neutre en termes de volume.
- ² 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.
- ³ 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.

Non approuvé

Partie V Saisie des prestations ambulatoires

1. Directives pour la saisie des prestations ambulatoires

- ¹ 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.
- ² 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

- ¹ 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

- ¹ Les parties contractantes fixent dans l'annexe H (facturation et échange de données), en vertu de l'art. 59 OAMal, les modalités de la facturation et les champs de données à livrer.
- ² Les éventuelles dispositions sur la collecte, le traitement et la transmission des diagnostics et des procédures détaillées à l'art. 59a^{bis} OAMal prévalent.

Non approuvé

Partie VII Qualité

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

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à appliquer les règles qui découlent de l'art. 58a LAMal ainsi que les conventions de qualité correspondantes. Le respect des règles du développement de la qualité est, au sens de l'art. 58a al. 7 LAMal, une des conditions à satisfaire pour fournir des prestations.

Non approuvé

Partie VIII Monitoring et garantie de la neutralité dynamique des coûts

1. Monitoring

- ¹ Les parties contractantes conviennent d'un monitoring illimité dans le temps selon l'annexe D.
- ² Les parties mettent en place un groupe d'expert pour le monitoring sous l'égide de l'OTMA. Les détails sont réglés dans l'annexe D.

2. Neutralité dynamique des coûts

- ¹ 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.
- ² 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).

Non approuvé

Partie IX Valeurs intrinsèques et unités fonctionnelles

- ¹ Sur la base de l'art. 43 LAMal, 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.
- ² La mise en œuvre de ces exigences est réglée dans les annexes F (valeurs intrinsèques) et G (unités fonctionnelles).

Non approuvé

Partie X Dispositions finales

1. Validité

- ¹ La présente convention tarifaire entre en vigueur au 1^{er} janvier 2027 pour une durée indéterminée dès sa signature par les parties contractantes, sous réserve de son approbation par le Conseil fédéral.
- ² Les parties contractantes fixent l'entrée en vigueur des structures tarifaires adaptées au 1^{er} janvier 2027. Les versions suivantes des structures tarifaires entrent en vigueur, après approbation par le Conseil fédéral, au 1^{er} janvier d'une année civile. Elles veillent, au préalable, à ce que la période de mise en œuvre soit suffisamment longue. Si l'introduction ne devait pas avoir lieu au 1^{er} janvier d'une année civile, les dates et délais contractuels antérieurs et postérieurs sont tous reportés d'autant.

2. Résiliation

- ¹ Le délai de résiliation est de 12 mois pour la fin d'une année civile. Les annexes ne peuvent pas être résiliées séparément.
- ² 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

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

4. Clause de sauvegarde

- ¹ Si une ou plusieurs dispositions contenues dans la présente convention 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. Substitution d'une partie / transfert de la convention ou de la qualité de partie

- ¹ Les parties contractantes s'engagent, pour le cas où elles ne disposeraient plus, à l'avenir, du mandat de leurs membres pour convenir de structures tarifaires uniformes au niveau national pour les prestations médicales ambulatoires, à veiller au transfert de la convention ou de la qualité de partie dans le but que la présente convention tarifaire conserve sa validité.

6. Dispositions complémentaires

- ¹ En cas de divergences sur l'interprétation de la présente convention tarifaire, les parties contractantes recherchent des solutions consensuelles.
- ² En cas de doute sur l'interprétation, la version allemande de la présente convention, de ses annexes et des règlements et documents référencés dans cette convention tarifaire fait foi.
- ³ Les modifications et compléments apportés à la présente convention 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. Tous les compléments et modifications à cette convention tarifaire et ses annexes doivent être soumis à l'approbation du Conseil fédéral.
- ⁴ Le for exclusif est à Berne.

Non approuvé

Berne, le 17 avril 2026
FMH

Dr méd. Yvonne Gilli
Présidente

Stefan Kaufmann
Secrétaire général

Berne, le 17 avril 2026
H+ Vos hôpitaux

Dr rer. pol. Regine Sauter
Présidente

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice

Berne, le 17 avril 2026
Prio.swiss - L'Association des assureurs-maladie suisses

Prof. em. Dr méd. Felix Gutzwiller
Président

Saskia Schenker
Directrice