

BMS



- Éditorial d'Yvonne Gilli
- Ne pas confondre neutralité des coûts et budget global
- Que nous réserve le nouveau système tarifaire ambulatoire ?
- Dans les coulisses de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA)

Sommaire

Éditorial d'Yvonne Gilli	3
Ne pas confondre neutralité des coûts et budget global	6
Introduction du nouveau système tarifaire ambulatoire : les prochaines étapes	10
Que nous réserve le nouveau système tarifaire ambulatoire ?	11
OTMA : genèse, mission et défis	14
In memoriam ANNA Regula Hartmann-Allgöwer	16
La remise directe par le médecin : un pilier du traitement	17
Nouvelles du corps médical	20

Là où il y a beaucoup de lumière, l'ombre est plus noire

Révision tarifaire *La décision longuement attendue du Conseil fédéral nous permet enfin d'introduire le TARDOC, mais elle nous place également face à des erreurs absurdes dans les forfaits et à un budget global imposé au niveau politique. Lors des prochaines étapes, nous aurons plus que jamais besoin de la persévérance dont nous avons fait preuve pour obtenir l'approbation du TARDOC.*



Dre méd. Yvonne Gilli
Présidente de la FMH

Lors de l'annonce par le Conseil fédéral de sa décision relative au nouveau système tarifaire ambulatoire le 30 avril 2025, l'Assemblée des délégués de la FMH a interrompu sa séance pour suivre la conférence de presse. Les explications du Conseil fédéral ont suscité des sentiments très mitigés: de la joie que le TARDOC soit enfin approuvé après un travail de si longue haleine, de l'incompréhension au sujet de l'approbation de forfaits sachant qu'ils étaient erronés et, aussi, de très nombreuses questions. Que signifie cette approbation limitée dans le temps jamais vue auparavant? Et comment est-il possible que le Conseil fédéral introduise un budget global sans base légale et contre la volonté de la population et du Parlement?

L'approbation du TARDOC permet de franchir une étape importante

La décision du Conseil fédéral nous permet d'enregistrer un grand succès, car la révision tant attendue du tarif médical ambulatoire pourra enfin être introduite en 2026. Sous l'égide de la FMH, le corps médical a fait preuve d'un engagement constructif pendant plusieurs décennies en recherchant des solutions afin d'élaborer un tarif approprié adapté à la médecine d'aujourd'hui. Six ans après la première remise du TARDOC au Conseil fédéral par curafutura et la FMH en 2019, nos efforts infatigables portent enfin leurs fruits, et ce malgré d'innombrables exigences et demandes supplémentaires des autorités. Un tarif,

le TARDOC, qui prend mieux en compte les prestations fournies, est non seulement essentiel pour les médecins, mais aussi crucial pour la population.

Une bonne prise en charge ambulatoire grâce à un tarif approprié

Un système de santé qui peut et veut augmenter la prise en charge ambulatoire plutôt que de favoriser les séjours hospitaliers nécessite de toute urgence un tarif médical adapté. Une rémunération adéquate, sans tarification excessive ou insuffisante, jette les bases d'une prise en charge médicale efficace, sans perte de sens, entièrement dédiée aux besoins des patientes et des patients, loin des incitatifs négatifs. Le TARDOC apporte de nombreux avantages, il reflète notamment mieux la médecine où la parole joue un rôle déterminant, permet de mieux se coordonner et travailler en réseau et crée de meilleures conditions-cadres pour la prise en charge des maladies chroniques, les soins palliatifs ambulatoires, les prestations interprofessionnelles et la télémédecine. Le plus important sans doute est que cette approbation permet aux partenaires tarifaires de développer chaque année le tarif dans le cadre de l'OTMA SA pour qu'il reste actuel.

La FMH salue les forfaits pour autant qu'ils soient appropriés

Le nouveau système tarifaire ambulatoire ne comprend pas que le TARDOC, mais aussi des forfaits ambulatoires



La conférence de presse du Conseil fédéral sur la décision tarifaire a suscité des sentiments très mitigés lors de l'Assemblée des délégués de la FMH le 30 avril 2025.

controversés, qui ont été présentés pour la première fois en décembre 2023 par santésuisse et H+ et qui, en raison de la forte pression politique, ont déjà été partiellement approuvés par le Conseil fédéral en juin 2024. Compte tenu des nombreux malentendus qui entourent ces forfaits, il convient de préciser que la FMH les salue à condition qu'ils soient appropriés et conformes aux exigences légales, mais ne soutient pas les erreurs absurdes qui se retrouvent dans une bonne partie des forfaits du nouveau système tarifaire ambulatoire.

Approuver le tarif était la seule manière de corriger les erreurs

Mais pourquoi alors la FMH a-t-elle accepté de remettre conjointement le TARDOC et les forfaits à l'automne 2024? Deux raisons l'ont motivée: tout d'abord, il devenait urgent d'approuver le TARDOC afin d'éviter qu'il soit introduit en étant déjà dépassé, et ensuite, il fallait impérativement le faire pour pouvoir améliorer les forfaits, étant donné que nous n'avions pas de choix quant à leur introduction. Le Conseil fédéral les avait déjà approuvés en juin 2024 et il a annoncé qu'ils seraient introduits dans tous les cas. Nous étions donc confrontés au fait que ces forfaits pren-

draient soit la forme d'un tarif officiel imposé par la Confédération et, le cas échéant, nous n'aurions plus aucune possibilité d'influencer quoi que ce soit, ou qu'ils seraient introduits dans le cadre du partenariat tarifaire, ce qui nous laissait toujours la possibilité de les améliorer. En acceptant de soumettre le tarif dans le cadre d'un partenariat tarifaire, la FMH a ainsi saisi l'unique chance de pouvoir les améliorer et de corriger les erreurs le plus rapidement possible. La convention d'accompagnement a ensuite permis d'obtenir de tous les partenaires tarifaires qu'ils documentent les corrections nécessaires et fixent un calendrier pour leur mise en œuvre.

Il n'y a aucune raison de ne pas corriger immédiatement ces graves erreurs

Il revient désormais à la nouvelle organisation tarifaire OTMA SA de soumettre au Conseil fédéral une proposition précisant quelles adaptations prioriser en vue de l'entrée en vigueur des forfaits en 2026. Compte tenu des quelque 500 demandes déposées, la tâche est ardue, mais c'est la seule manière d'éviter des problèmes plus importants liés à la tarification. Seuls des forfaits appropriés permettent un rééquilibrage vers le haut

ou vers le bas des écarts de rémunération. Inversement, lorsque des forfaits mal conçus prévoient la même rémunération pour des traitements dont les coûts sont diamétralement différents (cf. exemples dans l'encadré), ce rééquilibrage est impossible.

Nous approuvons la neutralité des coûts, mais refusons clairement le budget global

En fixant un budget global ambulatoire de manière arbitraire au niveau politique, le Conseil fédéral a ouvert une brèche dangereuse. Un budget global est fondamentalement différent de la neutralité des coûts exigée par l'ordonnance, qui dispose qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (art. 59c, al. 1c, OAMal). Les partenaires tarifaires ont clairement respecté cette exigence, ce que le Conseil fédéral reconnaît. Le changement de tarif n'entraînera pas de coûts supplémentaires pour le même volume de prestations (neutralité statique des coûts) et il est garanti que durant les premières années d'application du tarif, les modifications découlant de ce changement se situeront dans une fourchette de -1 % à +1,5 % par an et par personne assurée (neutralité dynamique des coûts).

Lorsque davantage de prestations sont fournies en ambulatoire, les coûts doivent pouvoir augmenter

En imposant un budget global à la louche, le Conseil fédéral balaye d'un revers de la main le minutieux travail accompli depuis des années par les partenaires tarifaires pour satisfaire aux nombreuses exigences de la Confédération. Toute augmentation des coûts ambulatoires globaux supérieure à 4 % sera à la charge du corps médical. Les coûts supplémentaires, qui n'ont rien à voir avec la révision tarifaire, dont les coûts liés à une vague d'immigration inattendue pour cause de crise, au vieillissement de la population et aux nouveaux traitements, de même que le virage ambulatoire voulu et encouragé par les politiques, seront imputés aux médecins.

Cela est non seulement contraire à la Constitution, mais aussi à la volonté de la population, qui a rejeté l'initiative pour un frein aux coûts par 63 % des voix, sans oublier les risques de goulets d'étranglement dans les soins. Enfin, l'introduction d'un budget global sabote aussi les efforts visant à favoriser les traitements ambulatoires par rapport aux séjours hospitaliers, ce qui paradoxalement entraîne des hospitalisations inutiles et des coûts évitables.

La persévérance est la clé du succès

Comme la Suisse n'a pas de juridiction constitutionnelle, la FMH doit accepter toutes les décisions, aussi difficiles soient-elles, ce qui la pousse d'autant plus à s'engager pour résoudre les problèmes existants. Hormis l'amélioration urgente des

forfaits, nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour que ce budget global, décidé sans aucune base légale et limité dans le temps, soit relégué aux oubliettes et ne se mue pas en précédent, ouvrant la voie à de nouvelles dispositions tarifaires arbitraires. La limitation dans le temps de l'approbation du tarif ne doit pas non plus se pérenniser pour que le partenariat tarifaire prévu par la loi puisse enfin être devenir une réalité vécue. Ce sera très difficile à atteindre, mais ce n'est pas impossible, comme le démontrent nos succès en politique professionnelle. Le TARDOC a enfin été approuvé et l'élaboration du tarif relève toujours du partenariat tarifaire. La persévérance est la clé du succès, nous le prouverons à nouveau dans les prochaines étapes.

Comment expliquer simplement les problèmes liés aux forfaits ?

Exemple 1 : forfait patient C14.40B

Version céphalique externe ou ablation du fil de cerclage du col

Contexte : lorsqu'un bébé se présente par le siège, il est possible d'essayer de le tourner manuellement dans la position optimale (tête en bas) en procédant à une version par manœuvre externe. En raison des risques qu'elle comporte, cette intervention se déroule à l'hôpital, en salle d'opération, avec toutes les équipes prêtes pour le cas où une césarienne devrait être pratiquée en urgence. Quant au cerclage du col de l'utérus, il consiste à placer une suture autour du col de l'utérus afin d'éviter qu'il ne s'ouvre trop tôt pendant la grossesse. Son ablation se fait en fin de grossesse, en quelques minutes, à l'aide d'une petite pince.

Durée/coûts : selon le TARMED, la version par manœuvre externe dure 50 minutes et a lieu à l'hôpital, avec toutes les conditions réunies en vue d'une éventuelle césarienne. L'ablation du fil de cerclage du col dure quant à elle 8 minutes et peut également être effectuée au cabinet.

Conséquences : dans le TARMED, ces deux procédures diffèrent d'un facteur 7 en raison des grandes différences qu'elles présentent en termes de durée, de coût et d'exécution. Or elles sont désormais regroupées dans un même forfait, ce qui ne permet absolument pas de tenir compte des coûts réels. De plus, aucun rééquilibrage n'est pos-

sible entre les deux procédures, ne serait-ce que parce que les cabinets médicaux peuvent uniquement procéder aux ablations de cerclage du col et non aux versions externes.

Exemple 2 : forfait patient C04.51C Bronchoscopie en cas de suspicion d'un cancer du poumon

Contexte : lorsqu'un cancer du poumon est suspecté, une bronchoscopie est réalisée. Le matériel prélevé dans les poumons fait ensuite l'objet d'un examen pathologique afin de poser le diagnostic. Selon que les soupçons sont confirmés ou non, de nombreux examens complémentaires doivent – ou pas – être effectués sur le matériel.

Durée/coûts : en l'absence de cancer, les examens pathologiques coûtent environ 350 francs, tandis que si un cancer est détecté, les examens complémentaires peuvent coûter jusqu'à 3450 francs.

Conséquences : la bronchoscopie est toujours indemnisée avec le même forfait, malgré des coûts d'analyse qui diffèrent d'un facteur 10 entre les cas avec et sans cancer. Compte tenu de l'ampleur de ces différences, on ne peut pas s'attendre à un rééquilibrage entre ces deux cas de figure. Par conséquent, prendre en charge un nombre élevé de patients atteints de cancer du poumon représenterait un risque financier considérable pour les médecins.

Ne pas confondre neutralité des coûts et budget global

Révision tarifaire *La neutralité des coûts a toujours été une exigence majeure de la révision tarifaire. Le Conseil fédéral entend désormais aller bien au-delà de la neutralité statique et dynamique des coûts et adopte pour la première fois un plafonnement des coûts sous forme de budget global. Mais quelles sont exactement les différences ?*

Nora Wille

Dre phil., collaboratrice scientifique
personnelle de la présidente

Yvonne Gilli

Dre méd., présidente de la FMH

La révision du tarif médical ambulatoire a toujours été liée à de nombreux défis ; une des tâches les plus épineuses consistant à mettre en œuvre la neutralité des coûts exigée par l'ordonnance sur l'assurance-maladie et plus exactement par l'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal, qui formule une idée dont le fond est plutôt simple : « *un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires* » [1].

Un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires

La question de savoir exactement comment réaliser une transition neutre en termes de coûts entre le TARMED et le TARDOC a suscité le débat dès le début. Ainsi, lorsque curafutura et la FMH ont déposé ensemble le TARDOC pour la première fois en juillet 2019, elles proposaient deux concepts différents, qui ne se distinguaient que par le nombre de points tarifaires [2]. La version remise en juin 2020, adaptée par les partenaires tarifaires en fonction des exigences du Conseil fédéral, était assortie d'un

concept commun de neutralité des coûts [3]. Comme la majorité des fournisseurs de prestations et des assureurs soutenait désormais le nouveau tarif et le concept de neutralité des coûts [3], tel que l'exige la loi, plus rien ne semblait s'opposer à une approbation prochaine.

Des années de retard liées notamment à de nouvelles exigences

Pourtant, ce n'est pas ce qui est arrivé. Dans les années qui ont suivi, les partenaires tarifaires ont été confrontés à des retards, mais aussi à des conditions toujours plus nombreuses à remplir [4] portant non seulement sur le tarif en lui-même, mais aussi sur la neutralité des coûts. Plus on avançait et moins il était question de *neutralité statique des coûts*, qui peut se vérifier de manière claire et explicite car il s'agit de contrôler l'incidence sur les coûts du passage (à un instant t) de l'ancien TARMED au nouveau TARDOC. Au contraire, c'est la *neutralité dynamique des coûts*, mesurée sur une période d'introduction donnée, qui s'est mise à focaliser toute l'attention, sans être un concept défini ni même mentionné dans l'OAMal (art. 59c) ou la LAMal. À la demande de l'OFSP, cette période pendant laquelle la neutralité des coûts devait être garantie est passée tout d'abord de un à deux ans avant d'être portée à trois ans. En juin 2022, la Confédération a exigé un nouveau concept de neutralité des coûts incluant

un monitoring, avant de renforcer encore un peu plus les exigences. Cela vaut donc la peine d'aller voir de plus près et de se demander ce que signifient exactement neutralité statique et neutralité dynamique des coûts.

Neutralité statique des coûts : une définition claire, relativement simple à mettre en œuvre

Pour simplifier, on peut dire que la *neutralité statique des coûts* se réfère à l'instant t de l'introduction d'un tarif. Elle exige que le même volume des mêmes prestations coûte le même prix dans l'ancien et le nouveau tarif – sans que le changement de tarif provoque une hausse instantanée des coûts. Si certaines prestations augmentent, d'autres deviennent moins chères, mais le total des coûts ne bouge pas. En d'autres termes, si tous les traitements ambulatoires, par exemple ceux de 2024, facturés selon l'ancien tarif étaient facturés selon le nouveau tarif, les coûts ne devraient pas être plus élevés. Cette exigence peut être facilement vérifiée et les partenaires tarifaires l'ont entièrement satisfaite.

Neutralité dynamique des coûts : indéfinie et difficile à mettre en œuvre

Or le Conseil fédéral exige aussi la *neutralité dynamique des coûts*. Il est parti de la disposition de l'OAMal selon

laquelle une révision tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires et il en a déduit que les éventuelles hausses effectives devaient également être contrôlées pendant une phase d'introduction, afin de garantir que l'application du nouveau tarif ne se solde pas à terme par un accroissement du volume des coûts. Une exigence à laquelle les partenaires tarifaires ont répondu. Il ne restait plus que la marge d'interprétation permettant de savoir quand cette exigence de la Confédération pouvait être considérée comme remplie: quelle serait la durée de la période de contrôle? Quelle fourchette de variations est acceptable, et laquelle ne l'est pas? Et comment distinguer les effets du nouveau système tarifaire des autres facteurs qui impactent l'évolution des coûts?

La révision tarifaire respecte non seulement la neutralité statique des coûts ...

Grâce à un travail intensif et à une grande expertise, les partenaires tarifaires ont réussi à trouver des réponses fondées à des questions complexes comme celles-ci et à répondre aux vastes exigences de la Confédération [5]. Ils ont assuré la *neutralité statique des coûts* par un ajustement des points tarifaires: le nombre des points qui permettent d'indemniser toutes les prestations médicales en fonction de la charge de travail et des coûts a été corrigé à l'aide d'un facteur d'ajustement (facteur externe, FE) de manière à ce que le volume de points n'augmente pas dans le nouveau système et que l'application des anciennes valeurs du point tarifaire n'engendre pas de coûts supplémentaires.

... mais aussi les exigences strictes de la neutralité dynamique des coûts

Les partenaires tarifaires se sont également attelés à la *neutralité dynamique des coûts* et ont rempli cette exigence en mettant sur pied un monitoring et en définissant une fourchette de fluctuation maximale. Quant aux exigences durcies ultérieurement par la Confédération, ils les ont également réalisées et ont défini que les coûts par personne assurée ne devaient pas baisser de plus de 1 % ni

augmenter de plus de 1,5 % par an. Combinée à la croissance démographique supposée par la Confédération, cela permet une croissance maximale des coûts totaux de 2,5 % [6]. Plusieurs mesures de pilotage sont prévues en cas de hausse plus importante, différenciées selon les grandes régions, le secteur (hôpital, cabinet médical) et la discipline (médecine de premier recours, vs médecine spécialisée). Ce contrôle strict durera au moins jusqu'en 2028, mais en réalité pour une durée indéterminée: dans ses exigences de juin 2024, la Confédération l'impose jusqu'à ce que 34 % du volume des prestations ambulatoires soient indemnisés par des forfaits.

En quoi la neutralité des coûts se distingue-t-elle d'un budget global ?

La solution rigoureuse mise en place par les partenaires tarifaires ne poursuit qu'un seul objectif: remplir les exigences de l'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal. C'est aussi la raison pour laquelle les augmentations qui n'ont *rien à voir* avec le changement de modèle ne doivent *pas* entrer en ligne de compte de la neutralité des coûts et être définies comme des facteurs exogènes. Comme chacun sait, la hausse des coûts de la santé est conditionnée par de nombreuses raisons totalement indépendantes du tarif médical. Les coûts augmentent en effet chaque année même sans changement de modèle tarifaire, notamment en raison du vieillissement de la population (démographie), de l'évolution de la charge des maladies (morbidité) et de traitements meilleurs et plus nombreux (progrès de la médecine).

Par ailleurs, le virage ambulatoire voulu et encouragé au niveau politique, c'est-à-dire moins hospitaliser et favoriser les traitements en ambulatoire, engendre des augmentations de coûts dans le secteur ambulatoire. La manière de prendre en compte ces facteurs exogènes trace une ligne claire entre neutralité des coûts et budget global: la *neutralité des coûts* exige exclusivement que le changement de modèle n'entraîne pas de coûts supplémentaires. En revanche, un *budget global* exige de financer toutes les évolutions impactant le domaine de la santé

par un budget fixé à l'avance au niveau politique (plafonnement des coûts). La neutralité des coûts est inscrite dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie tandis que le budget global a toujours été rejeté par le peuple et le Parlement ces dernières années.

Toutes les exigences sont remplies et la Confédération répond par un budget global

En ce sens, la décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025 peut être considérée comme un changement de paradigme. Le Conseil fédéral atteste explicitement que les partenaires tarifaires ont rempli toutes ses exigences. Ils ont « *harmonisé entre les deux structures tarifaires [...] la méthode visant à garantir la neutralité des coûts* » [6] et respecté l'« *augmentation annuelle des coûts totaux* » prescrite de 2,5 %, une « *augmentation plus importante n'[étant] autorisée que dans des cas motivés* » [6]. Malgré tout, le Conseil fédéral a « *fixé une limite maximale à l'augmentation annuelle des coûts totaux effectifs des prestations médicales ambulatoires* ». Cette hausse est limitée à 4 %. Si elle est dépassée, « *les partenaires tarifaires devront prendre des mesures de correction* », censées « *combler les lacunes qui subsistent encore au niveau de la neutralité des coûts* » [6].

Le budget global de la Confédération n'a rien à voir avec la neutralité des coûts

La neutralité des coûts exigée pour un nouveau modèle tarifaire n'a cependant rien à voir avec une limite maximale fixée pour l'ensemble des coûts ambulatoires. Une simple disposition prévoyant un changement de tarif neutre en termes de coûts a été transformée en une condition bien plus large imposant au corps médical de financer toutes les augmentations de coûts ambulatoires qui se situent au-delà de la limite de 4 % fixée par le Conseil fédéral. Sans se soucier des contradictions que cela implique, sachant que les augmentations supérieures à 2,5 % ne seront autorisées que dans « *des cas motivés* » [6]. Mais si de bonnes raisons comme la démographie, les progrès de la médecine, la demande ou

Exemple : quelle est la différence entre neutralité statique et neutralité dynamique ? Et quelle différence avec un plafonnement des coûts sous forme d'un budget global ? Lorsque la théorie ne permet pas d'expliquer, il est souvent judicieux de faire appel à des exemples pratiques. L'exemple ci-dessous vise à montrer l'impact des exigences lorsqu'elles sont imposées au secteur de la santé ou aux CFF.

Quel impact pour le secteur de la santé et les assurés ?	Quel impact pour les CFF et les voyageurs ?
Neutralité statique des coûts Lors de l'introduction d'un nouveau tarif ou d'un nouveau système de billets de train, il faut s'assurer que le même volume des mêmes prestations ne coûte pas plus cher qu'avant.	
Lorsque le <i>tarif médical ambulatoire</i> change, certaines prestations coûtent plus, d'autres moins cher. Mais pris tous ensemble, les traitements doivent coûter le même prix. P. ex., si <i>toutes les consultations médicales</i> de 2024 étaient facturées avec l'ancien et le nouveau tarif, il n'y aurait aucune différence.	Lorsque le <i>système de prix change</i> , certains billets coûtent plus, d'autres moins cher. Mais pris tous ensemble, les trajets en train doivent coûter le même prix. P. ex., si <i>tous les trajets en train</i> de 2024 étaient facturés avec l'ancien et le nouveau système de prix, il n'y aurait aucune différence.
Neutralité dynamique des coûts Le nouveau système est contrôlé pendant la phase d'introduction pour s'assurer que le changement de système n'entraîne pas de coûts supplémentaires.	
<i>Les coûts par assuré</i> ne peuvent pas augmenter de plus de 1,5 % les premières années. Comme il y a toujours <i>plus d'assurés</i> , cela signifie que les coûts totaux ne peuvent pas augmenter de plus de 2,5 %, sauf <i>raisons particulières</i> qui n'ont rien à voir avec le changement de tarif.	<i>Les coûts par voyageur</i> ne peuvent pas augmenter de plus de 1,5 % les premières années. Comme il y a toujours <i>plus de voyageurs</i> , cela signifie que les coûts totaux ne peuvent pas augmenter de plus de 2,5 %, sauf <i>raisons particulières</i> qui n'ont rien à voir avec le changement de système de prix.
Budget global Un plafonnement des coûts est défini pour toutes les prestations, indépendamment des facteurs à l'origine d'une augmentation des coûts. En cas de dépassement, le corps médical ou les CFF doivent en assumer les conséquences.	
Les coûts de tous les traitements ambulatoires dispensés ne peuvent pas augmenter de plus de 4 %, peu importe	Les coûts de tous les billets de train vendus ne peuvent pas augmenter de plus de 4 %, peu importe
– l'évolution de la population	– l'évolution de la population
– la fréquence des consultations chez le médecin	– la fréquence des déplacements en train
– la hausse de la part de personnes âgées nécessitant davantage de traitements	– la hausse de la part de pendulaires qui se déplacent beaucoup
– la proportion de traitements ambulatoires plutôt qu'hospitaliers	– le nombre de trajets en train plutôt qu'en voiture
– le nombre de nouveaux traitements dont peuvent bénéficier les patients	– le nombre de nouvelles lignes ferroviaires qui seront ouvertes et dont les gens pourront profiter

la morbidité, le virage ambulatoire, une pandémie ou un flux d'immigration lié à une crise devaient un jour engendrer une hausse supérieure à 4 %, ce serait au corps médical d'en faire les frais¹. Il est évident que ce n'est pas ce que visait l'art. 59c OAMal. Par ailleurs, ce budget global va à l'encontre du principe d'assurance inscrit dans la Constitution : il change la tarification des prestations obligatoires au risque qu'elles ne soient plus fournies si leurs coûts ne sont pas couverts. L'exemple du tableau 1 ci-avant (encadré) montre clairement que cela peut nuire à une prise en charge médicale adaptée aux besoins des patientes et des patients.

Conclusion : ensemble, nous devons corriger les erreurs et saisir les opportunités

Le premier budget global adopté en Suisse le 30 avril 2025 est un coup dur

pour la révision tarifaire qui semblait enfin entrer dans sa dernière ligne droite, notamment grâce à des évolutions positives chez tous les acteurs : avec prio.swiss, la nouvelle faitière des assureurs, nous pouvons à nouveau espérer renouer avec un interlocuteur constructif. Le corps médical serre les rangs au-delà de la diversité qui le caractérise pour soutenir ensemble la révision. Enfin, la nouvelle direction du Département fédéral de l'intérieur et la nouvelle organisation pour les tarifs médicaux ambulatoires (OTMA) ont également permis de lever de nombreux blocages. Ce nouveau budget global et l'approbation du tarif pour une durée déterminée apparaissent comme les reliques d'une époque révolue, lorsque les politiques ne voulaient pas donner le feu vert au partenariat tarifaire. Maintenant, il s'agit pour tous les acteurs concernés de corriger les dernières erreurs. Le Conseil fédéral doit

mettre fin au budget global le plus rapidement possible, et les partenaires tarifaires doivent avant tout réviser les forfaits ; sans oublier que nous toutes et tous serons jugés sur notre capacité à saisir les opportunités qui se présentent aujourd'hui pour rebondir et faire évoluer notre système de santé dans la bonne direction.

¹ Les mesures de correction telles que celles imposées peuvent conduire à une diminution de la rémunération des prestations, calculée de manière appropriée et selon les principes applicables en économie d'entreprise, si bien qu'il ne serait plus possible de les fournir en couvrant les coûts qu'elles engendrent. Cela va à l'encontre de l'art. 43, al. 4, LAMal.

Références

- 1 Fedlex. La plateforme de publication du droit fédéral. 832.102 Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995 (état au 1^{er} janvier 2025) ; URL : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/fr#art_59_c
- 2 Communiqué de presse d'ats-tms SA, de curafutura, de la FMH et de la CTM, 12 juillet 2019. Le TARDOC a été remis au Conseil fédéral ; URL : https://fmh.ch/files/pdf23/ats-tms_medienmitteilung_2019_07_12_f.pdf
- 3 Communiqué de presse de curafutura et de la FMH, 25 juin 2020. Tarif médical Tardoc : étape décisive pour la révision ; URL : <https://www.fmh.ch/files/pdf24/communiqu-e-de-presse-tarif-medical-tardoc-etape-decisive-pour-la-revision-tarifaire.pdf>
- 4 Gilli, Y. Tarif étatique et budgétisation par la tactique du saucissonnage. Bulletin des Médecins Suisses 2022;103(18):581 ; URL : https://www.fmh.ch/files/pdf27/bms_2022_20775.pdf
- 5 Tarifs ambulatoires 2026 : neutralité des coûts. Fiche d'information de la FMH, version 1.0 ; URL : https://www.tarifeambulante.fmh.ch/files/pdf32/ambulante-tarife-2026_factsheet-kostenneutralitaet_fr-v2.pdf
- 6 Communiqué de presse du Conseil fédéral, 30 avril 2025. TARDOC et forfaits ambulatoires : le Conseil fédéral approuve le nouveau système tarifaire global ; URL : <https://www.news.admin.ch/fr/newnsb/ZmuX5mu0cy0X4PeZqT-2o>

Introduction du nouveau système tarifaire ambulatoire : les prochaines étapes

Révision tarifaire Suite à la décision du Conseil fédéral d'introduire le TARDOC et les tarifs ambulatoires au 1^{er} janvier 2026, vous vous posez sans doute des questions. Cette décision représente en effet une avancée significative pour le système de santé suisse et aussi des changements importants dans votre pratique quotidienne. Afin de vous accompagner au mieux, nous vous informerons pas à pas des actions à entreprendre.



Voici les prochaines étapes

- **Adhésion à la nouvelle convention tarifaire:** aucune action n'est requise pour l'instant, nous vous informons en temps utile.
- **Droits acquis/valeurs intrinsèques:** les demandes de droits acquis doivent impérativement être déposées entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2025. Les droits acquis seront valables à partir du 1^{er} janvier 2026. De plus amples informations sont disponibles sous «[TARMED: vaut-il encore la peine de déposer une demande? | FMH](#)»
- Vous trouvez ici [les principaux changements en bref](#).
- **Wiki tarifaire:** en tant que membre de la FMH, vous trouvez [ici](#) un site web structuré par discipline, qui est régulièrement complété et que vous pouvez consulter par mots-clés.
- **Formations:** la FMH n'est pas en mesure de proposer elle-même des formations mais elle soutient les sociétés de discipline médicale et les sociétés cantonales de médecine dans l'élaboration de leurs propres offres. Pour toute information concernant les formations au nouveau tarif, nous vous recommandons donc de vous renseigner directement auprès de votre société de discipline médicale.

Vous avez besoin d'informations ?

- La principale source d'information est la plateforme tarif-sambulatoires.fmh.ch: nous élargissons et actualisons cette page en permanence.
- À partir de juin 2025, une **hotline** sera disponible chaque jeudi. Les renseignements par téléphone sont gratuits pendant les dix premières minutes pour les membres de la FMH. [Hotline | TARDOC et forfaits ambulatoires](#)
- Par ailleurs, toutes les nouvelles informations sont désormais accompagnées du **sticker** ci-dessus.

Que nous réserve le nouveau système tarifaire ambulatoire ?

Regard prospectif *La décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025 d'approuver le nouveau système tarifaire ambulatoire composé du tarif à la prestation TARDOC et des forfaits ambulatoires a mis fin à une longue et tumultueuse odyssée vers un nouveau tarif adapté à la médecine actuelle. Mais les défis qu'implique un système tarifaire aussi complexe sont encore devant nous. Car comme chacun sait, le diable se cache dans les détails, c'est-à-dire dans la mise en œuvre concrète de ce vaste cadre tarifaire. L'article qui suit tente d'apporter un peu de clarté en faisant la lumière sur les principales étapes et questions à venir.*

Dr méd. Urs Stoffel

Membre du Comité central de la FMH de 2012 à 2024,
Médecine et tarifs ambulatoires, FMH

En 2010, la FMH lance seule le vaste projet de révision « Tarvision » dans le but de remplacer le tarif à la prestation TARMED, déjà dépassé et plus du tout approprié faute de mise à jour depuis son introduction en 2004. Dès le début, l'organisation tarifaire paritaire de l'époque, TARMEDsuisse SA, s'était en effet retrouvée dans une impasse car aucune décision importante n'avait pu être prise en raison du principe d'unanimité qui régissait les prises de décisions.

De Tarvision à TARDOC

En 2012, H+ et la CTM rejoignent le projet Tarvision, suivis par l'association d'assureurs curafutura début 2016. Ensemble, les partenaires tarifaires FMH, curafutura, CTM et H+ fondent alors l'organisation ats-tms SA (tarif médical suisse) pour succéder à TARMEDsuisse SA. Une première version du tarif est rejetée en 2016 lors de la votation générale de la FMH, puis par les assureurs de curafutura et de santésuisse. Après un nouveau départ en 2017, l'ats-tms travaille jusqu'en 2019 au développement du nouveau tarif à la prestation « TARDOC ». Fin octobre 2018, l'association des hôpitaux H+ se retire de la société ats-tms SA pour mettre au point des forfaits ambulatoires en collaboration avec santésuisse et la faïtière des médecins spécialistes pratiquant la médecine inva-

sive (FMCH) au sein de l'organisation solutions tarifaires suisses SA (sts). La FMCH finit par quitter cette dernière en raison de divergences fondamentales.

Remise du TARDOC au Conseil fédéral

En mai 2019, les organes de la FMH approuvent à une large majorité le tarif à la prestation TARDOC, suivis de curafutura, ouvrant ainsi la voie à la remise du TARDOC au Conseil fédéral dans le cadre du partenariat tarifaire. Mais le TARDOC reste alors dans les tiroirs de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), jusqu'à l'adhésion de l'assureur SWICA qui permet au TARDOC de réunir une majorité des assureurs et des fournisseurs de prestations. S'ensuit le développement de plusieurs versions successives du tarif au gré des nouvelles conditions et exigences posées par l'OFSP et le Conseil fédéral.

En 2023, des forfaits ambulatoires sont pour la première fois soumis au Conseil fédéral par santésuisse et H+.

Le 19 juin 2024, le Conseil fédéral **approuve partiellement le TARDOC et les forfaits ambulatoires**, en fixant toutefois d'importantes conditions en vue de coordonner les deux structures. Les partenaires tarifaires sont invités à remettre d'ici le 1^{er} novembre une version actualisée pour approbation finale. Dans le cas contraire, le Conseil fédéral imposera lui-même le nouveau système tarifaire ambulatoire et l'introduira au 1^{er} janvier 2026.

Sous la houlette de la nouvelle organisation tarifaire ambulatoire **OTMA SA (Organisation tarifs médicaux ambulatoires)**, fondée fin 2022, tous les partenaires tarifaires (FMH, H+, santésuisse, curafutura et CTM) remettent l'ouvrage

sur le métier afin de développer un **système tarifaire global** réunissant les deux structures tarifaires, qu'ils soumettent au Conseil fédéral le 31 octobre 2024 en même temps qu'une **convention d'accompagnement signée par tous les partenaires**.

En quoi consiste la décision du Conseil fédéral ?

Le 30 avril 2025, le Conseil fédéral a décidé d'approuver le système global composé du *tarif à la prestation TARDOC 1.4 et de 315 forfaits ambulatoires (version 1.1)* **pour une durée de trois ans**, soit jusqu'à fin 2028. À cette occasion, il a aussi approuvé la **convention d'accompagnement commune** qui définit les modalités du remaniement des forfaits et des corrections en lien avec la neutralité dynamique des coûts. Sa décision est toutefois assortie de plusieurs conditions.

Principales conditions posées par le Conseil fédéral

La condition la plus importante, et aussi la plus radicale, est sans aucun doute le plafonnement de l'augmentation des **coûts totaux à 4 % maximum par an**, soit 3 % par an pour l'augmentation moyenne des coûts par personne assurée et 1 % pour la croissance démographique moyenne, alors que cette dernière se situait déjà à 1,7 % en 2023 (!). Les 3 % restants sont censés à eux seuls couvrir les hausses des coûts dues à la **structure démographique**, aux **progrès de la médecine** et au **transfert voulu des prestations hospitalières vers le secteur ambulatoire**. C'est un objectif extrêmement ambitieux

qui ne correspond pas à la réalité. Le transfert des prestations hospitalières vers le secteur ambulatoire repose sur la volonté explicite des milieux politiques et de la population. Il permet d'économiser des coûts dans le secteur hospitalier en les transférant vers le secteur ambulatoire ; or aucun budget n'est alloué à ce dernier pour y faire face ! C'est particulièrement regrettable et revient de fait à instaurer un **budget global** pour lequel il n'existe aucune base dans la LAMal. Le Conseil fédéral justifie certaines de ces mesures par la volonté politique (postulats, motions, mesures de maîtrise des coûts), mais il ne s'agit pas de bases juridiquement contraignantes au sens d'une loi ou d'une ordonnance. Si la limite de 4 % est dépassée, les partenaires tarifaires devront prendre des mesures de correction. La **limitation de l'approbation à fin 2028** est également surprenante, car la LAMal prévoit déjà des mécanismes de contrôle pour les structures tarifaires.

Les partenaires tarifaires du secteur ambulatoire sont aussi invités à conclure une **convention nationale sur le développement de la qualité**, conformément à l'article 58a LAMal. Cette convention doit être soumise au Conseil fédéral au plus tard en même temps que la prochaine demande d'approbation. Enfin, les partenaires tarifaires sont appelés à laisser inchangées les **valeurs du point tarifaire de l'année 2025** au moment de l'introduction des deux structures tarifaires. Par la suite, des négociations entre les partenaires tarifaires seront à nouveau possibles.

L'essentiel en bref

Le 30 avril 2025, le Conseil fédéral a approuvé le nouveau système tarifaire ambulatoire composé du TARDOC 1.4 et de 315 forfaits ambulatoires. Cette décision marque une nouvelle étape d'un parcours débuté en 2010 avec le projet Tarvision, avant la remise d'une première mouture du TARDOC par la FMH et curafutura en 2019, jusqu'à la création de l'organisation tarifaire commune OTMA SA en 2022.

Le Conseil fédéral a assorti sa décision de plusieurs conditions : approbation limitée à 2028, augmentation maximale des coûts des prestations ambulatoires plafonnée à 4 % par an (= budget global), et valeurs du point tarifaire inchangées lors de l'introduction du nouveau système. En parallèle, une convention d'accompagnement conclue entre les partenaires tarifaires prévoit le remaniement des forfaits d'ici 2027 et un monitoring différencié des coûts avec des corrections selon le principe de causalité.

L'OTMA concentre à présent ses efforts en vue de coordonner l'introduction des deux tarifs et examine la possibilité de corriger certains forfaits avant l'introduction début 2026. La FMH propose à ses membres de nombreuses informations et offres de soutien et va également mener un test de double facturation sur le terrain. Nous sommes favorables au changement de système, mais nous tenons à mettre en garde contre les risques considérables qu'il pourrait représenter notamment en raison du nouveau budget global : la sécurité des soins et l'intérêt des patientes et des patients doivent absolument rester au centre de toutes les préoccupations.

Que demande la convention d'accompagnement ?

La convention d'accompagnement soumise avec les structures tarifaires a été approuvée par le Conseil fédéral en tant que partie intégrante de la convention tarifaire.

Elle prévoit que le secrétariat de l'OTMA examine les forfaits approuvés en collaboration avec les sociétés de discipline médicale concernées afin que la version révisée puisse entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Elle prévoit aussi que les prestations de premier recours fournies par les cabinets médicaux fassent l'objet d'une évaluation et d'un pilotage distincts des prestations spécialisées dans le cadre du monitoring. Enfin, elle charge l'OTMA SA de veiller à ce que les éventuelles adaptations des structures tarifaires et mesures liées à la neutralité des coûts dynamique soient prises là où cela est réellement nécessaire (principe de causalité).

Que reste-t-il à faire ?

Le secrétariat de l'OTMA travaille actuellement d'arrache-pied pour préparer l'entrée en vigueur du tarif aux côtés des partenaires tarifaires au sein du comité de coordination. La FMH a quant à elle élaboré différents outils et documents d'information en collaboration avec la Caisse des médecins. Elle a également mis en place une ligne d'assistance à destination de ses membres afin que la transition vers le nouveau tarif se passe le mieux possible. Un navigateur tarifaire est aussi à leur disposition, ainsi qu'une plateforme d'information accessible à l'adresse www.tarifsambulatoires.fmh.ch leur proposant des informations détaillées et regroupant tous les outils et documents disponibles. La FMH informe ses membres de manière régulière via ses différents canaux de communication, y compris concernant les **démarches pour faire valoir des droits acquis**. Faute de ressources, elle n'est cependant pas en mesure de proposer elle-même des formations et ateliers.

L'OTMA a également commencé à **examiner les forfaits ambulatoires** avec la participation des sociétés de discipline

médicale, et elle est en train de déterminer dans quelle mesure certaines erreurs manifestes pourraient être corrigées avant l'introduction du nouveau système tarifaire au 1^{er} janvier 2026. Durant le troisième trimestre 2025, nous devrions aussi organiser une **phase pilote** volontaire et limitée dans le temps **avec une double saisie des prestations**: les cabinets participants saisiront leurs prestations à la fois dans le TARMED et dans le TARDOC ou les forfaits (selon la prestation) afin de déceler d'éventuels problèmes de coordination. Ce pilote permettra pour la première fois de visualiser l'impact des nouvelles structures tarifaires et de vérifier si les simulations sont réalistes.

Conclusion

La FMH salue la décision du Conseil fédéral de remplacer enfin le tarif TARMED, désespérément obsolète et inadapté, par le nouveau système tarifaire ambulatoire global. Cependant, il ne faut pas sous-estimer les immenses défis qui nous attendent encore pour introduire conjointement les nouvelles structures tarifaires TARDOC et forfaits ambulatoires avec un « démarrage à froid » le 1^{er} janvier 2026, dans un secteur qui représente tout de même quelque 13 milliards de francs par an. La priorité absolue doit donc être la sécurité des patients et la garantie générale des soins à la population, malgré la complexité de ce nouveau système « à deux têtes ». Et cela avec un budget global qui va à l'encontre du principe d'assurance inscrit dans la Constitution : la tarification des prestations couvertes par l'assurance obligatoire ne doit pas être modifiée au risque qu'elles ne soient plus fournies si leurs coûts ne sont pas couverts, mettant ainsi en danger la prise en charge de la population.

La FMH mettra tout en œuvre pour préserver l'intérêt des patientes et des patients lors de l'introduction du nouveau système tarifaire.

OTMA : genèse, mission et défis

Tarifs médicaux ambulatoires Depuis début 2024, l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA est chargée de l'introduction, du développement et de la maintenance du système tarifaire ambulatoire composé du TARDOC et des forfaits ambulatoires. Petit tour dans les coulisses de l'OTMA.

Rémi Guidon

MSc, EMBA, CEO OTMA SA

L'Organisation tarifs médicaux ambulatoires, l'OTMA, fait office d'organisation tarifaire nationale pour les prestations médicales ambulatoires et soutient les fournisseurs de prestations et les assureurs dans l'application et le développement des systèmes tarifaires nationaux. Mais la réalité est bien plus complexe.

Mission principale : le remplacement du TARMED

La raison à l'origine de la création de l'OTMA est bien connue des cercles spécialisés. Introduite en 2004, la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires TARMED avait urgentement besoin d'être révisée. Pendant longtemps, cette nécessité était le seul dénominateur commun entre les partenaires tarifaires, qui ne parvenaient pas à s'accorder sur la forme concrète du système devant remplacer le TARMED : nouveau tarif à la prestation ou, en partie du moins, forfaits ambulatoires ? La question a fait débat pendant de nombreuses années. Finalement, une partie des partenaires tarifaires, représentés par l'ats-tms SA, a développé le TARDOC dans le but de remplacer intégralement le TARMED par une nouvelle structure tarifaire à la prestation, tandis que l'autre partie a développé les forfaits ambulatoires actuels sous l'égide de solutions ta-

rifaires suisses SA, dans l'idée de rémunérer certains domaines de prestations non plus par des positions individuelles mais par des forfaits.

L'entrée en vigueur de l'article 47a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a insufflé un nouvel élan au débat. Pour la première fois, le législateur a demandé aux partenaires tarifaires d'instituer ensemble « une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires », sur le modèle de ce qui existait déjà dans le secteur hospitalier. À défaut, le Conseil fédéral mettrait lui-même en place cette organisation. C'est ainsi que l'OTMA a vu le jour le 15 novembre 2022, soit moins d'un an après l'entrée en vigueur de l'article 47a le 1^{er} janvier 2022.

Actionnariat

Conformément aux exigences légales, tous les partenaires tarifaires de l'époque (la FMH, H+, santésuisse et curafutura) ont participé à la création de l'OTMA et rejoint le conseil d'administration présidé par Pierre Alain Schnegg, conseiller d'État bernois en charge de la santé. La Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) a également rejoint l'actionnariat en tant que représentante des assureurs-accidents, et la participation des cantons (représentés par la CDS) a été préparée en prévision de l'éventuelle introduction du financement uniforme (EFAS). Dans l'intérêt de toutes les par-

ties, la représentation des partenaires tarifaires au conseil d'administration a été conçue selon un système paritaire, la « double parité » : 50 % des voix ont été attribuées aux répondants des coûts et aux fournisseurs de prestations, en veillant à ce que la moitié revienne aux représentants du TARDOC et l'autre moitié aux représentants des forfaits.

Démarrage de l'activité opérationnelle

Suite à leur engagement en faveur d'une organisation au sens de l'article 47a LAMal, les partenaires tarifaires se sont rapidement rendu compte que les organisations existantes (ats-tms et solutions tarifaires suisses) ne seraient plus nécessaires à moyen terme. En 2023, ils ont ainsi commencé à préparer le transfert de leurs domaines d'activité et des éléments relevant de la propriété intellectuelle (TARDOC et forfaits ambulatoires) vers l'OTMA. Ce transfert a été mis en œuvre le 1^{er} janvier 2024, marquant une accélération de l'activité opérationnelle de l'OTMA, conformément aux exigences légales.

En parallèle, il a fallu continuer à s'armer de patience s'agissant du perfectionnement des structures tarifaires. Comme les partenaires avaient déposé deux demandes d'approbation distinctes pour le TARDOC et les forfaits ambulatoires auprès du Conseil fédéral en décembre 2023, l'OTMA ne pouvait pas encore démarrer les travaux.

Participation des partenaires tarifaires

Lors de la mise en place des activités de l'OTMA, certaines décisions stratégiques ont été prises pour assurer la participation des partenaires tarifaires dans les travaux, tandis que certaines compétences ont été attribuées au secrétariat. Ce dernier s'est ainsi vu confier le développement, la mise à jour et la maintenance des structures tarifaires, et les partenaires tarifaires, la maintenance et le développement des règles et des conditions régissant l'application et l'interprétation. Il est cependant évident que ces domaines ne peuvent pas être traités séparément. Tous ces travaux, y compris ceux qui relèvent de la responsabilité des partenaires tarifaires, se déroulent donc sous l'égide de l'OTMA. À cet effet, plusieurs groupes de travail ont été créés au sein de l'OTMA, dans lesquels les partenaires tarifaires ont entamé les travaux en collaboration avec le secrétariat.

Système tarifaire global

Grâce à cette répartition précoce du travail et des compétences, le conseil d'administration de l'OTMA a pu confier des mandats concrets au secrétariat et aux groupes de travail des partenaires tarifaires dès le lendemain de la décision du Conseil fédéral le 19 juin 2024. Les partenaires tarifaires ont été chargés de mettre en œuvre les exigences en lien avec la coordination du TARDOC et des forfaits à l'aide d'une convention générale sur la structure tarifaire. Pour sa part, le secrétariat a été chargé de procéder aux modifications exigées par le Conseil fédéral dans le but de réduire le champ d'application des forfaits et de coordonner les champs d'applications des deux tarifs. Le fruit de ces travaux, le système tarifaire global composé du

TARDOC 1.4 et des forfaits ambulatoires 1.1, a ensuite été déposé dans le délai imparti, le 1^{er} novembre 2024, avec une convention d'accompagnement signée par les partenaires tarifaires, pour finalement être approuvée par le Conseil fédéral le 30 avril 2025.

Améliorations de fond nécessaires

Entre le 19 juin et le 1^{er} novembre 2024, aucune modification n'a pu être apportée au contenu du TARDOC et des forfaits ambulatoires, alors que leurs versions d'introduction étaient en partie dépassées ou que des améliorations étaient nécessaires. Dès septembre 2024, les partenaires tarifaires réunis au sein de l'OTMA se sont donc mis d'accord sur une feuille de route [1] fixant les principaux points du développement à venir. La feuille de route prévoit notamment que les champs d'application du TARDOC et des forfaits restent inchangés jusqu'en 2028 afin que les partenaires tarifaires puissent se concentrer sur le contenu.

La convention d'accompagnement [2] prévoit encore d'autres dispositions concernant le perfectionnement des structures tarifaires, dont l'introduction d'une procédure permettant à l'OTMA de prendre en compte les contributions des partenaires tarifaires et de leurs membres. Un rôle particulier a été attribué aux sociétés de discipline médicale, et l'OTMA les consulte pour cinq domaines prioritaires définis. Une proposition dans ce sens a été soumise aux partenaires tarifaires, qui l'ont approuvée à l'unanimité en février 2025. Celle-ci prévoit que le secrétariat mène, en collaboration avec la FMH, des discussions avec les sociétés de discipline concernées dans ces cinq domaines, notamment en vue du perfectionnement des forfaits

ambulatoires (version 2027). Le choix des sociétés de discipline concernées incombe à la FMH. Ainsi, pendant la phase de développement de la version 2027, soit entre mai et octobre 2025 environ, trois réunions seront organisées pour chacun des cinq domaines avec les représentants des sociétés de discipline, la FMH et la FMCH, afin de garantir le développement approprié des forfaits ambulatoires.

Le perfectionnement des tarifs implique également une adaptation des règles. La convention d'accompagnement exige que les prestations de premier recours et les prestations spécialisées soient analysées et pilotées de manière différenciée dans le cadre de la neutralité dynamique des coûts. Cette tâche incombe aux partenaires tarifaires et a été confiée au groupe d'expertise sur le monitoring.

Défis

L'histoire de l'OTMA est récente, mais elle laisse présager des perspectives positives grâce à l'action conjointe des partenaires tarifaires qu'elle regroupe, au-delà des différences de points de vue, d'intérêts et de besoins pouvant paraître à première vue incompatibles.

La création de l'OTMA a marqué une étape importante vers l'objectif commun des partenaires tarifaires, à savoir le remplacement rapide du TARMED. À présent que les processus pour faire évoluer les structures tarifaires et les conditions-cadres sont en place, les bases nécessaires à la mise en place et à la gestion d'une base de données solide sont posées. L'OTMA mettra tout en œuvre pour relever les défis qui se présentent aux côtés des partenaires tarifaires.

Correspondance

remi.guidon@oaat-otma.ch

Bibliographie

- 1 https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/240918_Roadmap_zur>Weiterentwicklung_des_Gesamt-systems_nach_VR.pdf (en allemand seulement)
- 2 https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/FR/Gesamt-Tarifsystem/241031_Begleitvereinbarung_FR.pdf

In memoriam ANNA

Regula Hartmann-Allgöwer

Hommage *Clarté et concentration, humour et espièglerie, sont les mots et associations qui me viennent spontanément à l'esprit quand je pense à ANNA.*

Dr méd. Bruno Kesseli

Rédacteur en chef du BMS de 2005 à 2019

Dès notre première rencontre, au printemps 2006 je crois, j'ai été frappé par son regard vif et attentif. Je venais de commencer à travailler au Bulletin des médecins suisses et ANNA, la caricaturiste, y était déjà un « monument », bien que ce qualificatif ne lui aurait certainement pas plu. Nul doute que privé de ses dessins hebdomadaires, le bulletin jaune aurait été comme une trousse de premiers secours sans adrénaline.

ANNA a souhaité faire ma connaissance et je me souviens que nous ne nous sommes pas rencontrés dans les locaux du BMS ni dans un restaurant, mais chez elle où elle m'a invité à partager des petits plats simples mais savoureux, d'inspiration méditerranéenne. Au fil des ans, mes visites chez elle dans le quartier de Bachletten à Bâle sont devenues une tradition. Je m'y rendais généralement à vélo depuis la rédaction du BMS à Muttentz en passant par le Parc Saint-Jacques, la gare principale, l'église Saint-Paul et la Schützenmatte; une véritable aventure pour un Zurichois comme moi.

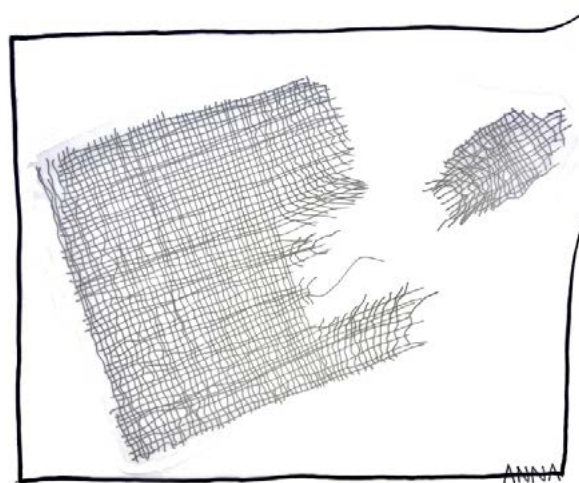
Une femme médecin avec un grand talent artistique

Les discussions avec ANNA étaient toujours emplies de découvertes. Diplômée en médecine, elle possédait de solides connaissances médicales, mais son horizon intellectuel et ses intérêts étaient bien plus vastes. En tant que caricaturiste pour le BMS, ses dessins portaient sur des sujets médicaux ou sur la politique de la santé, mais leur orientation était clairement humaniste. Rarement, ses dessins défendaient un point de vue politique, ce qui m'a valu quelques coup de fil de médecins furieux.

ANNA avait toutes les qualités requises pour être une excellente médecin, mais il ne fait aucun doute que sa véritable vocation résidait dans sa façon créative de croquer le monde. Très exigeante envers elle-même, elle est toujours restée fidèle à ce principe en affinant sans cesse son trait continu, si expressif. Elle débordait d'idées et ses nombreux prix et livres témoignent de son succès et du large écho rencontré par son œuvre.

En 2019, alors que de notre collaboration au sein du BMS prenait fin, ANNA a clairement exprimé son souhait de se consacrer exclusivement à son rôle de grand-mère (elle avait quatre enfants et sept petits-enfants). Peut-être que le diagnostic de la maladie de Parkinson, dont elle a toujours ouvertement parlé, y a contribué. Elle a bravé pendant de nombreuses années « la poigne de fer » de la maladie, comme elle la nommait dans sa lettre d'adieu, et a finalement pu s'en libérer et partir de son plein gré. Nous sommes tristes, mais aussi reconnaissants pour son riche héritage artistique qui continuera de nous réjouir.

Les obsèques auront lieu le 23 mai à 14 h à l'église Saint-Paul de Bâle.



Le filet déchiré. Le dernier dessin sur lequel la Dre Anna Regula Hartmann-Allgöwer a travaillé jusqu'à son décès.

La remise directe par les médecins : un pilier du traitement

Remise de médicaments par le corps médical *La remise directe de médicaments par les médecins constitue une contribution précieuse à la prise en charge médicale. Elle permet une couverture complète, un accès orienté vers patients et patientes et une distribution rapide et sûre des médicaments. Depuis plus de 50 ans, l'APA s'engage pour la défense de ce canal de remise éprouvé et apprécié.*

Sven Bradke

Dr. rer. publ. HSG, directeur de l'APA –
Ärzte mit Patientenapotheke

50 ans de l'APA

Le 20 mars 2025, l'association APA – *Ärzte mit Patientenapotheke* a fêté son 50^e anniversaire lors d'un événement chaleureux au Musée national suisse à Zurich. Le cadre était idéal : temps radieux, murs chargés d'histoire et plus de 150 invitées et invités du monde médical, de l'industrie pharmaceutique, de l'économie et de la politique, réunis pour célébrer un demi-siècle d'engagement en faveur de la remise directe de médicaments. Parmi les intervenantes et intervenants et personnalités invitées figuraient la présidente de la FMH, Yvonne Gilli, l'ancien conseiller aux États Felix Gutzwiller, désormais président de *prio.swiss*, ainsi que la présidente du gouvernement zurichois, Natalie Rickli.

« La remise directe assure une couverture complète en médicaments. »

Un signal d'alarme politique

L'histoire de l'APA débute par une alerte politique : en 1975, une modification de la loi décidée au parlement cantonal de Saint-Gall aurait entraîné une restriction majeure de la remise directe de médicaments. Grâce à un référendum lancé dans l'urgence, ce projet a pu être stoppé dans les urnes. Dans ce contexte tendu, des médecins engagés ont répondu à l'appel du juriste Mario Vassalli et ont fondé, le 6 novembre 1975 à Zurich,

l'Association des médecins suisses pratiquant la remise directe (aujourd'hui APA – *Ärzte mit Patientenapotheke*). Depuis lors, l'APA défend activement, tant au niveau cantonal que fédéral, la remise directe de médicaments par les médecins.

Un pilier central des soins de proximité

La remise directe est autorisée dans 17 des 19 cantons de Suisse alémanique.



Avec un retour sur les débuts de l'association, le président de l'APA Adrian Müller ouvre la célébration du jubilé et souhaite chaleureusement la bienvenue aux invitées et invités.



© APA – Ärzte mit Patientenapotheke

Felix Gutzwiller (dr.) réfléchit, lors d'un échange avec Sven Bradke (g.), à son rôle chez prio.swiss et aux évolutions à venir dans le système de santé.

Elle est inscrite dans la loi et bénéficie d'un large soutien politique et sociétal. Dans les régions rurales notamment, elle constitue un pilier central de la couverture sanitaire. La remise de médicaments en cabinet médical garantit un accès rapide, pratique et orienté vers les patients et patientes – parfaitement intégré au contexte diagnostique et thérapeutique.

Une remise de médicaments économiquement efficiente

Les analyses statistiques montrent que les coûts moyens des médicaments par personne assurée sont plus bas dans les cantons autorisant la remise directe que dans ceux qui ne l'autorisent pas. L'une des raisons est que la remise effectuée dans les cabinets médicaux ne donne pas lieu à des marges liées à la prestation, comme c'est le cas dans les pharmacies. En outre, les médecins qui pratiquent la remise directe recourent plus souvent aux génériques. La remise s'effectue généralement à l'issue de la consultation – avec une explication claire et sous surveillance médicale. Ainsi, la remise directe ne se révèle pas seulement importante sur le plan de l'accès aux soins,

mais aussi efficiente d'un point de vue économique.

L'assurance qualité dans la pratique quotidienne

Les médecins qui remettent directement les médicaments assument une grande

responsabilité – tant en ce qui concerne la remise elle-même que les exigences de qualité qui y sont liées. Celles-ci sont prescrites par la loi. Les principaux aspects peuvent être résumés dans des check-lists simples mais efficaces :

Check-lists pour les médecins pratiquant la remise directe

RACI – les points-clés pour une remise médicale sûre :

- Risques
- Antécédents médicamenteux
- Contre-indications
- Interactions

PMDMM – la règle des 5 «c» pour une remise correcte :

- Patient ou patiente correct(e)
- Médicament correct
- Dosage correct
- Mode d'application correct
- Moment correct

DREC – ce que les patientes et patients doivent absolument savoir :

- Durée du traitement
- Risques liés à l'arrêt
- Effets secondaires et interactions
- Conditions de conservation



© APA – Ärzte mit Patientenapotheke

Dans son discours, la présidente du gouvernement zurichois Natalie Rickli salue l'engagement de longue date de l'APA et plaide pour des exigences proportionnées en matière d'assurance qualité.

Des processus clairement définis et des équipes bien formées constituent la base d'une remise sûre et de haute qualité. L'APA met à disposition de ses membres les documents numériques nécessaires à cet effet.

Cap sur l'avenir

Même après 50 ans, la remise directe par le médecin demeure un pilier indispensable de la prise en charge – en particulier dans un contexte de complexité croissante. Les évolutions politiques, les nouveaux modèles de distribution et les innovations numériques telles que l'e-prescription transforment la pratique médicale au quotidien. Parallèlement, les exigences en matière de qualité, de documentation et de procédures augmentent. En tant que voix compétente auprès des autorités et du monde politique, et en tant que partenaire proche de la pratique, l'APA continuera à s'engager dans les décennies à venir pour une remise de médicaments de qualité et orientée vers les patients et patientes.

Correspondance

info@patientenapotheke.ch

«Le privilège de remettre des médicaments implique le devoir de le faire avec rigueur et qualité.»

APA – Qui sommes-nous ?

- Depuis 1975, l'association «APA – Ärzte mit Patientenapotheke» représente de manière engagée, indépendante et proche du terrain les intérêts des médecins pratiquant la remise directe en Suisse.
- Ses plus de 1100 membres bénéficient de son action politique, de ses outils éprouvés pour un système d'assurance qualité performant et d'informations actualisées sur la remise de médicaments par les médecins.
- L'APA est un interlocuteur reconnu pour les autorités, les politiques et les associations en matière de législation sanitaire, de sécurité d'approvisionnement et de distribution de médicaments.
- Ses membres ont accès à un manuel qualité numérique contenant des check-lists, des modèles et des instructions, ainsi qu'à des mises à jour régulières sur les évolutions politiques et juridiques liées à la remise de médicaments.

Plus d'informations: www.patientenapotheke.ch | info@patientenapotheke.ch | T 071 246 51 40

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Zeev Atar (1930),
† 29.1.2025, Facharzt für Ophthalmologie, 4052 Basel
Charles Remund (1951),
† 5.2.2025, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1244 Choulex
Willi Probst (1947),
† 22.3.2025, Facharzt für Nephrologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4125 Riehen
Maria Schaller (1925),
† 28.3.2025, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 6006 Luzern
Markus Röber (1967),
† 12.4.2025, 4552 Derendingen
Jan Wurster (1953),
† 21.4.2025, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 4142 Münchenstein 1
Flurina Dolfi (1972),
† 29.4.2025, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 3653 Oberhofen am Thunersee
Anna Regula Hartmann-Allgöwer (1941),
† 29.4.2025, 4054 Basel
Paul Hahnloser (1932),
† 1.5.2025, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie, 8044 Zürich
Thierry Bessard (1952),
† 3.5.2025, Spécialiste en médecine interne générale, 1018 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:
Matthias Böhnke, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, angestellt in Pallas Kliniken, Augenzentrum Wohlen, Aargauerstrasse 9, 5610 Wohlen, ab sofort

Michael Carigiet, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Hausarztpraxis im Spital Laufenburg, Spitalstrasse 10, 5080 Laufenburg, ab sofort

Delia-Aranka Marcu, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, angestellt in Kinderarzthaus AG, Bahnhofstrasse 31, 5400 Baden, ab sofort

Lea Meier, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, angestellt in Praxiszentrum KSA am Bahnhof, Bahnhofplatz 3c, 5000 Aarau, ab sofort

Guido Orsingher, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, angestellt in Paracelsus Medical Center AG, Sarmentorferstrasse 8, 5615 Fahrwangen, ab sofort

Aylin Rohmann, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Praxis Gruppe Beinwil am See, Aarauerstrasse 20, 5712 Beinwil a. See, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Matthias Clausen, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenärzte Zentrum Luzern, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern

David Hürlimann, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Intensivmedizin, Mitglied FMH, Arztpraxis im Park AG, Luzernerstrasse 37, 6045 Meggen

Torsten Meyer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Anästhesiologie, Praxis Torsten Meyer, Alpenstrasse 7, 6004 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Silvia Kuzmiakova, Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, in Schwyz zu 20 % ab 01.07.2025

Irene Maria Uthoff, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, 01.08.2025 zu 70 %, in Küsnacht am Rigi Sz.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht@hin.ch.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Miriam Adamcova, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenarztpraxis an der Aare, 4600 Olten

Nehir Semrin Behrens, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Medipark Olten AG, 4600 Olten

Beatrice Grichting, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin und
Fachärztin für Anästhesiologie,
Mitglied FMH, ÄrzteHaus Balsthal
AG, 4710 Balsthal

Dian Sorejo Kentjanawati Georgescu,
Fachärztin für Dermatologie und
Venerologie, Mitglied FMH, Pallas
Kliniken AG, 4600 Olten

Nikolaos Maliachovas, Facharzt
für Anästhesiologie, Mitglied FMH,
Rückenschmerz-Zentrum Olten,
4600 Olten

Gàbor János Puskàs, Facharzt für
Orthopädie und Traumatologie des
Bewegungsapparates, Mitglied FMH,
Praxiszentrum Schloss Aarhof,
4500 Solothurn

Einsprachen gegen diese Aufnahmen
sind innerhalb 14 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet
bei den Co-Präsidenten der Gesell-
schaft der Ärztinnen und Ärzte des
Kantons Solothurn, GAeSO, Postfach,
4654 Lostorf einzureichen.