DOC
LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

Interview croisée

Le nouveau système tarifaire sous la loupe

Neutralité des coûts, gouvernance ou encore contraintes budgétaires et sécurité des soins : l'introduction du TARDOC dès 2026 soulève de nombreuses questions et inquiétudes. Guido Speck, membre du Comité de H+ Les Hôpitaux de Suisse et Saskia Schenker, directrice de la nouvelle association des assureurs maladie prio.swiss, livrent leur analyse de ce virage tarifaire.

L'introduction du nouveau système tarifaire à partir de 2026 est assortie d'une exigence de neutralité des coûts. Dans quelles conditions cette neutralité pourra-t-elle être réellement atteinte ?

Guido Speck : Tout nouveau système tarifaire doit être introduit sans incidence sur les coûts, conformément à la loi. Pour y parvenir, les partenaires tarifaires, sous la houlette de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA), se sont mis d'accord sur les concepts de neutralité statique et de neutralité dynamique des coûts. La neutralité statique des coûts est assurée par la normalisation de la valeur des points et les prix de départ. La neutralité dynamique, quant à elle, repose sur un corridor d'évolution des coûts pour les trois premières années au moins. Ce système éprouvé permet d'atteindre cet objectif. En outre, le Conseil fédéral a prévu un plafond de croissance des coûts de 4 %. Il lui appartient de déterminer comment celui-ci doit être respecté. Toutefois, de telles exigences freinent la promotion souhaitée des soins ambulatoires.



Saskia Schenker, Directrice de l'association des assureurs-maladie prio.swiss Crédit : prio.swiss

Saskia Schenker : La loi stipule que l'introduction d'un nouveau système tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. prio.swiss mettra tout en œuvre pour que cette neutralité soit respectée et que d'éventuels ajustements ne se répercutent pas négativement sur les assuré·es. Notamment, les corrections tarifaires convenues devront être appliquées par les prestataires et ne pas être contournées par une

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), éditrice et détentrice exclusive des droits.

augmentation artificielle du volume de prestations.

Dans le nouveau système, certaines prestations sont revalorisées, tandis que d'autres sont moins bien rémunérées. Qui en profitera et qui sera désavantagé ?

S.S. : La nouvelle structure tarifaire ambulatoire, composée du TARDOC et des forfaits ambulatoires, ne doit pas seulement renforcer la situation des pédiatres et des médecins de famille, mais aussi refléter correctement les coûts réels de l'ensemble du secteur ambulatoire. Aucun acteur ne devrait être désavantagé, mais les données actuelles montrent que certaines spécialités ont été surévaluées depuis des années. Le nouveau système induit donc un rééquilibrage progressif en faveur de la médecine de premier recours.

G.S. : Un objectif important du nouveau système tarifaire est de mieux rémunérer les soins de base. Les médecins généralistes, les pédiatres et les psychiatres, entre autres, en bénéficieront. Dans certaines disciplines spécialisées, la rémunération baissera car adaptée aux progrès technologiques, et les rémunérations historiquement surévaluées par le TARMED seront corrigées. Le calcul des forfaits ambulatoires repose sur un système d'auto-apprentissage : à l'avenir, les tarifs seront révisés chaque année sur la base des données réelles de coûts et de prestations transmises par les fournisseurs de soins.

Les forfaits ambulatoires sont présentés comme un levier d'efficacité. Partagez-vous cet avis ?

G.S. : Oui. Avec les forfaits, une prestation est toujours rémunérée à prix fixe, in dépendamment du type de fournisseur de soins. Cela incite à fournir l'ensemble des actes compris dans le forfait de manière efficiente ; les prestataires efficient·es sont donc récompensé·es.

S.S. : En effet, les forfaits renforcent l'efficacité des traitements ambulatoires. La rémunération étant fixe, l'accent est mis sur des traitements ciblés, appropriés et économiquement responsables, avec le recours à des produits et médicaments éprouvés et moins coûteux. Bien entendu, les forfaits doivent être définis de manière adéquate et réaliste. Les partenaires tarifaires sont conscient·es que cette première version sera encore adaptée et que ce système est évolutif: il sera régulièrement réexaminé, mis à jour et affiné pour tenir compte des progrès médicaux. Pour cela, il est indispensable que les prestataires transmettent à l'OTMA les données de coûts et prestations.

> Le nouveau système tarifaire ambulatoire s'adapte en permanence aux progrès médicaux.
> *Saskia Schenker*

Les contraintes budgétaires imposées par le nouveau système tarifaire risquent-elles de nuire à la qualité ou à la sécurité des soins ?

S.S. : Non, au contraire. l'ancien tarif TARMED n'avait pas été révisé dans son intégralité depuis plus de 20 ans. Il reflétait de moins en moins la réalité médicale et de nombreuses prestations n'étaient plus rémunérées de façon adéquate. Le nouveau système tarifaire ambulatoire s'adapte en permanence aux progrès médicaux. L'OTMA met également tout en œuvre pour corriger rapidement les éventuelles erreurs du système. L'expérience du SwissDRG dans le secteur stationnaire montre que ce mécanisme de révision continue fonctionne

G.S. : Non. Pour toutes·tous les professionnel·les de santé et établissements, le ou la patient·e reste au centre. La sécurité et la qualité des soins priment. De plus, les hôpitaux, avec les caisses-maladie, ont élaboré un contrat de qualité qui tient compte de ces aspects. Mais un système de santé de haute qualité et technologiquement à jour nécessite des investissements : ceux-ci ne peuvent être garantis que si les tarifs sont équitables et couvrent les coûts réels.

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), éditrice et détentrice exclusive des droits.

Comment préserver la liberté thérapeutique des médecins dans un cadre tarifaire standardisé ?

G.S. : La liberté de traitement des médecins n'est en aucun cas restreinte par les forfaits, comme le montre l'expérience dans le domaine hospitalier, où les forfaits SwissDRG sont appliqués depuis 2012. Au contraire, les forfaits renforceront même cette liberté, car ils impliqueront nette ment moins de règles tarifaires détaillées que sous l'actuel TARMED. **S.S.** : La liberté thérapeutique du corps médical reste aussi un principe fondamental pour prio.swiss. Elle ne dispense toutefois pas les médecins d'être conscient·es des conséquences de leurs actes et de s'assurer, chaque jour, que leurs traitements sont efficaces, appropriés et économiques. Le nouveau tarif n'y change rien : dans un forfait, la rémunération est calculée sur la base de la moyenne statistique — elle sera donc parfois légèrement supérieure aux coûts réels pour un·e patient·e et légèrement inférieure pour un·e autre.

À votre avis, TARDOC permettra-t-il d'atteindre un meilleur équilibre entre les assurances et les prestataires ?

S.S. : Oui. Le caractère évolutif du nouveau système renforcera encore le partenariat tarifaire. Les assurances se sont engagées à adapter les conventions tarifaires déjà soumises et approuvées lorsque cela était possible à court terme et à soumettre ces adaptations au Conseil fédéral dès la mi-juillet. Cela montre que nous investissons activement ce partenariat tarifaire et que nous sommes prêt·es à apporter ensemble des améliorations constantes, notamment dès 2027 dans le cadre du processus ordinaire de révision.

G.S. : Le nouveau système tarifaire, composé du TARDOC et des forfaits ambulatoires, constitue la base de ce nouvel équilibre. Il est toutefois essentiel que les tarifs soient vraiment calculés pour couvrir les coûts effectifs, tout en garantissant une prestation de services efficace.

Selon vous, qui devrait prendre en charge la gestion de ce nouveau système et qui devrait en assumer les risques (partenaires tarifaires, autorités cantonales, Confédération) ?

S.S. : Les partenaires tarifaires devraient assumer la gestion du système en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), comme c'est déjà le cas pour le SwissDRG dans le secteur stationnaire. Les partenaires tarifaires développent la structure tarifaire, la soumettent et en assurent le suivi. Les cantons, quant à eux, siègent au sein de l'organisation tarifaire et disposent d'un droit de vote.

G.S. : En principe, les partenaires tarifaires sont conjointement responsables de l'élaboration et de la gestion du système tarifaire. La Confédération et les cantons devraient se limiter à un rôle subsidiaire et n'intervenir que si les partenaires ne parviennent pas à s'entendre. C'est pour cela que le plafond de croissance des coûts de 4 % fixé par le Conseil fédéral est à vrai dire discutable.

TARDOC vs TARMED : quelles promesses ?

Sources du tableau
www.bag.admin.ch/fr/tarif-medical-ambulatoire
eonum.ch/en/knowledge/tariffs-in-the-swiss-health-care-sector/outpatient/tarmed/
tarifeambulant.fmh.ch/fr/tarifstrukturen/aenderungen.cfm
info.onedoc.ch/en/blog/all-specialties/tardoc-2026
www.rts.ch/info/suisse/2025/article/nouveau-tarif-medical-le-conseil-federal-approuve-tardoc-des-2026-28868946.html

Propos recueillis par la rédaction

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), éditrice et détentrice exclusive des droits.