

«C'est en collaborant de manière constructive, tant au sein du corps médical qu'avec les partenaires tarifaires, que nous pourrons envisager l'avenir avec confiance.»

Texte : Alessandra Köchli, Les Tailleurs Communication SA

Image – ©FMH

L'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA) joue un rôle clé dans le passage du TARMED, désormais obsolète, au nouveau système tarifaire pour les prestations ambulatoires, composé de TARDOC et des forfaits ambulatoires. Mais pourquoi l'OTMA est-elle au cœur de cette transition ? Et comment fonctionne-t-elle ? doc.be avions interrogé à ce sujet Stefan Kaufmann, secrétaire général de la FMH et vice-président du conseil d'administration de l'OTMA.

Le nom d'OTMA est principalement connu en raison du nouveau système tarifaire pour les prestations ambulatoires, introduit le 1^{er} janvier 2026. Cette opération d'envergure est-elle couronnée de succès ?

Mettre en œuvre la nouvelle structure tarifaire, c'est procéder au changement complexe d'un système qui pèse près de 13 milliards de francs par an. C'est un démarrage à froid, c'est-à-dire sans phase de coexistence avec l'ancien. C'est tout à fait normal qu'une modification de système tarifaire aussi complexe puisse susciter des craintes. En même temps, toutes les parties prenantes le savent : ce n'est pas parce que le Conseil fédéral a approuvé la structure que celle-ci est parachevée. Il s'agissait bien plus d'ouvrir la voie à une évolution contraignante placée sous la responsabilité des partenaires sociaux. Et c'est exactement pour cela que l'OTMA a été créée.

Revenons un peu en arrière : pouvez-vous nous expliquer en quelques mots ce qu'est l'OTMA et pourquoi elle existe ?

L'abréviation OTMA SA signifie « Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA ». En sa qualité d'organisation tarifaire nationale, elle soutient les partenaires tarifaires, c'est-à-dire le corps médical, les hôpitaux, les assureurs ou désormais aussi les cantons, dans l'introduction, le développement et la maintenance des structures tarifaires pour les prestations médicales ambulatoires.

Avant que l'OTMA ne soit créée, les tarifs dans le secteur ambulatoire n'ont pas bougé durant des années, notamment parce que le système TARMED exigeait l'unanimité pour cela.

Qu'est-ce qui a fait pencher la balance en faveur d'un changement de système ?

L'OTMA a été créée suite à un mandat légal : le Parlement a décidé dans le cadre du premier volet de mesures pour le frein aux coûts qu'il devait y avoir une organisation tarifaire nationale aussi pour le secteur ambulatoire. Le modèle pris a été celui de la SwissDRG SA, l'organisation responsable des systèmes tarifaires des prestations stationnaires.

L'article 47a a été introduit dans la LAMal pour inciter les partenaires tarifaires à prendre leurs responsabilités en instituant ensemble une organisation visant à mener les négociations tarifaires de manière plus professionnelle et structurée. S'ils ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral peut, conformément à la LAMal, fixer lui-même les composantes du tarif à titre subsidiaire. Voilà pourquoi il est dans l'intérêt de toutes les parties d'avoir une OTMA qui fonctionne bien.

Comment l'OTMA s'est-elle organisée une fois le mandat confié ?

L'OTMA SA a été fondée fin 2022, conformément aux dispositions légales, par les partenaires tarifaires FMH, H+ ainsi que prio.swiss, qui à l'époque était encore santésuisse/curafutura. La CTM, qui représente les assureurs-accidents, a également rejoint l'actionnariat, tout comme les cantons, depuis le début

de cette année, qui devront aussi supporter les coûts dans le domaine ambulatoire à partir de 2028, suite à l'adoption du financement uniforme pour les prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS).

L'OTMA a une structure paritaire : fournisseurs de prestations et agents payeurs y sont représentés de manière équitable au sein du conseil d'administration. Par ailleurs, la « double parité » a permis d'assurer un équilibre entre le TARDOC et les forfaits ambulatoires. Pierre Alain Schnegg, conseiller d'État bernois et directeur de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne, est le président du conseil d'administration depuis sa création.

Les règles et conditions générales d'application et d'interprétation des tarifs sont définies en commun par les partenaires tarifaires sous l'égide de l'OTMA – dans le cadre notamment de groupes de travail, dirigés chacun par un(e) représentant(e) des partenaires tarifaires. Sur le plan opérationnel, un bureau indépendant est responsable du développement et de la maintenance des structures tarifaires.

«Le grand atout que nous avons par rapport à avant, c'est la possibilité de faire évoluer chaque année les nouvelles structures tarifaires sur la base de données actuelles et de les soumettre, par décision majoritaire de l'OTMA, à l'approbation du Conseil fédéral.»

Comment l'OTMA parvient-elle à faire converger les intérêts de tous et à éviter de nouveaux blocages ?

Le grand atout que nous avons par rapport à avant, c'est la possibilité de faire évoluer chaque année les nouvelles structures tarifaires sur la base de données actuelles et de les soumettre, par décision majoritaire de l'OTMA, à l'approbation du Conseil fédéral. Cela permet une adaptation continue en phase avec les évolutions médicales, techniques et opérationnelles.

L'OTMA est tenue de prendre en compte les apports des partenaires tarifaires et de ses membres. La convention d'accompagnement, qui fixe la manière dont les partenaires tarifaires collaborent et la forme que prend l'évolution des tarifs, joue à cet égard un rôle important. La procédure de demande structurée qui y est inscrite est un levier essentiel de la participation.

Les parties contractantes représentées au sein de l'OTMA, à savoir la FMH, H+, prio.swiss, la CTM ainsi que la

Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, peuvent chaque année au printemps proposer des modifications de la structure tarifaire. Après examen et traitement par le bureau, le conseil d'administration statue sur les révisions proposées. Cela ne se fait pas en un jour : les demandes déposées en 2026 pourront potentiellement être concrétisées en 2028.

Des voix parfois très critiques s'élèvent dans les rangs des médecins, notamment en ce qui concerne les forfaits ambulatoires.

C'est compréhensible et nous les prenons au sérieux. La FMH soutient les forfaits ambulatoires pour autant qu'ils soient conçus de manière appropriée. C'est-à-dire à condition que les prestations soient bien délimitées, fréquemment effectuées et homogènes tant sur le plan médical que sur celui des coûts.

La FMH s'est exprimée à plusieurs reprises sur ce point et nous savons, documentation à l'appui, que certaines parties des forfaits actuellement en vigueur ne tiennent pas suffisamment compte des bases médicales, ce qui peut conduire à un manque d'homogénéité, une représentation déformée de la prestation et potentiellement, à des incitations inopportunnes. Cela s'explique par l'absence de données représentatives de la pratique libérale lors de l'élaboration initiale des tarifs – ce qui souligne à quel point il est nécessaire que les sociétés de discipline médicale valident la plausibilité des forfaits proposés à l'aide de leur expérience professionnelle.

Ce qui compte aujourd'hui, c'est que les partenaires tarifaires soient tenus, grâce à la convention d'accompagnement, de continuer à faire évoluer les forfaits ambulatoires : en vue de la version du 1^{er} janvier 2027, des discussions structurées autour de cinq axes de développement sont prévues ; dans ce cadre, l'OTMA a d'ores et déjà engagé un processus de consultation avec les sociétés de discipline médicale désignées par la FMH, laquelle veille à faire converger les contenus médicaux et la logique tarifaire.

Qu'est-ce que cela signifie pour le corps médical ?

Cela veut dire que la société de discipline médicale et ses délégués tarifaires sont les premiers interlocuteurs du médecin en cas de souhaits de modifications des nouvelles structures tarifaires. Les demandes ainsi recueillies sont compilées par la FMH et, si nécessaire, consolidées de manière consensuelle dans l'organe de pilotage Cockpit pour les forfaits

ambulatoires, qui rassemble toutes les organisations qui ont leur mot à dire. De là, les demandes sont ensuite soumises à l'OTMA.

Comment le représentant de la FMH que vous êtes s'assure-t-il que la voix du corps médical est suffisamment entendue ?

Il existe bien sûr des intérêts divergents en ce qui concerne les structures tarifaires, aussi bien entre les agents payeurs et les fournisseurs de prestations qu'au sein du corps médical lui-même. Comme en politique, il faut trouver une solution acceptable par la majorité. L'essentiel est que chacun ait la possibilité de faire valoir sa position et d'être entendu. Il s'agit ensuite de trouver ensemble des solutions en tenant compte des processus et du cadre légal.

Au conseil d'administration de l'OTMA, qui compte dix membres, la FMH est représentée par deux sièges, occupés par l'ancien membre du Comité central Urs Stoffel et moi-même. Pour faire valoir nos demandes, nous avons besoin d'une base de données solide et d'arguments convaincants. De même, nous ne reculons pas devant les compromis s'ils servent à atteindre un intérêt supérieur. Avec l'ensemble du Comité central de la FMH et les collaborateurs de notre secrétariat général, nous nous engageons avec beaucoup de détermination pour que la voix du corps médical soit entendue au sein de l'OTMA.

Jusqu'à présent, les partenaires tarifaires nous ont écoutés et nous avons pu développer ensemble des solutions viables. C'est en collaborant de manière constructive, tant au sein du corps médical qu'avec les partenaires tarifaires, que nous pourrons envisager l'avenir avec confiance.

Pouvez-vous donner des exemples ?

Les premières améliorations apportées à TARDOC et aux forfaits ambulatoires et déjà mises en œuvre au 1^{er} janvier 2026 montrent qu'il est possible d'apporter des corrections appropriées et que nous arrivons à collaborer.

Prenons l'exemple de la bonne représentation des prestations de pathologie. Au cours de cette première année, elles peuvent encore être facturées à titre provisoire à la prestation, plutôt que sous forme de forfaits inappropriés, comme cela avait déjà été partiellement approuvé par le Conseil fédéral à l'origine.

Création de l'OTMA

11.2022

Début des activités et reprise des tâches d'ats-tms SA (qui avait développé TARDOC) et de solutions tarifaires suisse SA (qui avait développé les forfaits ambulatoires)

01.2024

Accord sur une feuille de route pour le développement du TARDOC et des forfaits ambulatoires jusqu'en 2028, ainsi que sur la convention d'accompagnement

09.2024

12.2023

Soumission du TARDOC et des forfaits ambulatoires pour approbation

06.2024

Approbation partielle du TARDOC et des forfaits ambulatoires par le Conseil fédéral, assortie de conditions

11.2024

Soumission au Conseil fédéral du TARDOC et des forfaits ambulatoires, y compris la convention d'accompagnement (conformément aux conditions fixées en juin 2024)



Stefan Kaufmann
Generalsekretär

Stefan Kaufmann lors de la réunion de la chambre médicale FMH du 6 novembre 2025. (©FMH)

Mais nous devons aussi être conscients que c'est un travail de longue haleine : toutes les demandes ne peuvent pas être traitées et aboutir en l'espace de deux ou trois ans.

Nous sommes dans un contexte social et politique où la pression pour faire des économies augmente. Comment l'OTMA s'assure-t-elle de pouvoir agir de manière indépendante sans sacrifier la qualité médicale sur l'autel de la pression des coûts ?

Le Conseil fédéral a assorti l'approbation du nouveau système tarifaire de plusieurs conditions : pour une période limitée jusqu'à fin 2028, l'augmentation des coûts doit être plafonnée à 4 % et la valeur du point reste inchangée au moment de l'introduction.

La FMH a souligné à maintes reprises que plafonner les coûts comportait des risques – notamment pour la sécurité des patients et celle des soins. Ce qui est important, c'est que les éventuelles corrections visant à respecter la neutralité des coûts ne se fassent pas au détriment des soins de base. Lors d'une réforme tarifaire de cette envergure et de cette complexité, l'attention doit être concentrée sur notre mission : assurer la prise en charge médicale, et non poursuivre des objectifs financiers à court terme. Voilà pourquoi les mesures de la convention d'accompagnement de l'OTMA sont essentielles : elles exigent un monitorage différencié des coûts, des corrections effectuées conformément au principe de causalité et une distinction entre les prestations de la médecine de premiers recours et celles de la médecine spécialisée au sein du secteur ambulatoire des cabinets.

Le Conseil fédéral approuve le nouveau système tarifaire ambulatoire

04.2025

Le Conseil fédéral approuve les premières adaptations et les compléments demandés

11.2025

Demande d'approbation des structures tarifaires à partir de 2027 au Conseil fédéral

04.2026

Soumission par l'OTMA d'améliorations pour la version 2026 du système tarifaire

07.2025

TARDOC et les forfaits ambulatoires entrent en vigueur

01.2026

version actualisée du TARDOC et des forfaits ambulatoires

01.2027

Quels sont pour vous les principaux enjeux ?

Les soins en Suisse sont de grande qualité et contribuent largement à la qualité de vie de notre population vieillissante. Une couverture sanitaire efficace et de qualité nécessite avant tout un nombre suffisant de professionnels qualifiés qui ont du temps à consacrer à leurs patientes et patients.

Voilà pourquoi une tarification appropriée des prestations médicales joue un rôle clé. Orienter le débat politique uniquement sur les coûts est problématique dans le domaine de la santé. Plus la pression sur les coûts augmente dans ce secteur, plus la pression pèse sur les médecins également, et ce à une heure où la pénurie de personnel qualifié ne cesse de s'aggraver. Cette évolution est dangereuse. Lorsqu'on parle de coûts, il faut toujours tenir compte des bénéfices des soins médicaux.

Les tarifs ne doivent en aucun cas servir d'instrument de rationnement. Voilà pourquoi il est essentiel que ceux qui contribuent à façonner le système de santé au quotidien – médecins, hôpitaux, assureurs et cantons – fassent entendre leur voix au sein de l'OTMA et trouvent des solutions viables. Cela permet d'établir des tarifs adaptés à la pratique, pertinents sur le plan médical et actualisables en permanence pour une prise en charge ambulatoire moderne axée sur les besoins des patients.

L'OTMA est importante, mais c'est aussi une organisation compliquée et coûteuse. De vous à nous: ne pourrait-on pas faire plus simple ?

On ne cherche pas la complexité à tout prix : la médecine ambulatoire couvre un large éventail de disciplines, évolue rapidement et requiert donc un tarif qui reflète tant les progrès de la médecine que la réalité du terrain. Pour cela, il faut des processus clairs, une base de données fiable et des responsabilités bien définies. La solution en apparence « plus simple » serait un tarif officiel imposé par l'État – avec tous les risques et inconvénients que cela comporte.

Mais malgré tous les défis et malgré les compromis auxquels nous devons tous consentir, j'en suis convaincu : l'OTMA fera ses preuves – notamment parce que, sur le plan structurel, elle a tiré les leçons des erreurs du passé, comme l'unanimité et les blocages permanents. Au sein de l'OTMA, le TARDOC et les forfaits ambulatoires peuvent évoluer et être adaptés chaque année. Nous disposons ainsi d'une plus grande marge de manœuvre et d'une meilleure actualisation du système tarifaire, tout en impliquant l'ensemble des acteurs.

Suggestion de lecture

Vous trouverez de plus amples informations et détails sur les processus de l'OTMA sur le site Web de la FMH et dans le numéro de février du Bulletin des médecins suisses.

Fiche signalétique de l'OTMA SA

● OTMA

Organisation des tarifs médicaux ambulatoires

● Actionnariat

FMH, H+, prio.swiss, Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

● Conseil d'administration

Composition paritaire: les fournisseurs de prestations (FMH: 2; H+: 2) et les agents payeurs (prio.swiss: 3; MTK: 1) disposent de quatre sièges chacun tandis que les cantons (CDS) en ont deux.

Présidence: Pierre Alain Schnegg, conseiller d'État bernois; vice-présidence: Stefan Kaufmann, secrétaire général de la FMH et Saskia Schenker, directrice de prio.swiss

● Bureau

15 personnes dirigées par Rémi Guidon (CEO)

● Répartition du travail

Le conseil d'administration (les partenaires tarifaires) est responsable de l'élaboration et de la mise à jour des règles et des conditions-cadres pour les structures tarifaires. Le bureau s'occupe de mettre à jour et de maintenir les structures tarifaires. Il est soutenu dans cette tâche par des groupes de travail composés des membres de l'actionnariat.

● Nouvelle structure tarifaire

La FMH avait soumis la nouvelle structure tarifaire TARDOC au Conseil fédéral en collaboration avec curafutura, Swica et la CTM. Parallèlement, H+ et santésuisse poursuivaient le développement des forfaits ambulatoires. Avec la création de l'OTMA, les partenaires tarifaires sont finalement parvenus à coordonner et à réunir ces développements jusque-là distincts. Ainsi, le nouveau système tarifaire ambulatoire global – composé du TARDOC 1.4 et des forfaits ambulatoires 1.1 – a pu être soumis au Conseil fédéral dans les délais en 2024, en même temps que l'importante convention d'accompagnement.