

Tour d'horizon

Les forfaits ambulatoires

Les forfaits ambulatoires sont entrés en vigueur au début de l'année et modifient en profondeur le fonctionnement de notre système de santé. Comment ont-ils vu le jour, quels problèmes posent-ils et comment œuvrons-nous pour les améliorer? Décryptage.

Nora Wille^a, Urs Stoffel^b

^aDre phil., collaboratrice scientifique personnelle de la présidente, FMH, ^bDr méd., membre du Comité central de la FMH de 2012 à 2024

Les forfaits ambulatoires ont investi concrètement la pratique médicale et le système de santé depuis le début de l'année, mais leur histoire remonte à bien plus longtemps. Dès 2016, la FMCH, la faïtière des médecins exerçant dans le domaine de la chirurgie, a lancé un projet visant à développer des forfaits ambulatoires en collaboration avec santésuisse qui, à l'époque du TARMED, s'est toujours opposée aux travaux de révision. Ce premier projet a dû être abandonné, car l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a estimé que la base de données utilisée était insuffisante.

Nouvelle tentative

Fin 2018, le projet a connu un nouveau départ: H+, l'association des hôpitaux, s'est retirée de la révision du TARMED, déjà bien avancée, pour rejoindre santésuisse et la FMCH. Sur le modèle des forfaits par cas hospitaliers et sur la base des données hospitalières REKOLE, le projet visait à développer des forfaits pour le secteur ambulatoire. La FMCH a ensuite demandé une meilleure qualité des données pour le projet et une meilleure intégration de l'expertise des sociétés de discipline médicale, mais sans succès. Lorsque H+ et santésuisse ont déposé les forfaits pour examen préalable en 2021, la FMCH s'en est distancée en raison de lacunes importantes sur le fond et sur la forme, et s'est finalement retirée du projet en 2022.

Le long tunnel des forfaits

À partir de 2022, santésuisse et H+ ont fait cavalier seul. La FMH, soutenue dans sa démarche par l'OFSP et le Conseil fédéral,

leur a demandé à plusieurs reprises d'associer les sociétés de discipline médicale au projet, sans jamais avoir gain de cause. La FMH n'a cessé de pointer du doigt les lacunes des données utilisées, qui ne comprenaient aucune donnée sur les médecins installés. Autant d'avertissements qui sont restés lettre morte: les forfaits ambulatoires, prévus aussi bien pour les traitements ambulatoires réalisés à l'hôpital que pour ceux dispensés en cabinet privé, ne peuvent être «appropriés» au sens de la loi (art. 43, al. 4, LAMal) s'ils se basent exclusivement sur des données hospitalières.

Les forfaits ne fonctionnent que s'ils intègrent les données et l'expertise des hôpitaux et des cabinets médicaux.

Soutien politique

En parallèle, les forfaits ambulatoires bénéficiaient d'un soutien politique important, car beaucoup estimaient qu'une rémunération forfaitaire serait toujours plus avantageuse. Dans l'espoir de réaliser des économies grâce aux forfaits, le Parlement a adopté en 2021 le volet de mesures 1a visant à freiner la hausse des coûts, entérinant ainsi la priorité des tarifs forfaitaires (art. 43, al. 5ter, LAMal). Il a par ailleurs acté la division entre les deux structures tarifaires en décidant que chacun des tarifs devait se fonder sur sa propre « struc-

ture tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse» (art. 43, al. 5, LAMal). Il a ainsi tué dans l'œuf les ambitions de la FMH d'établir une structure logique et uniforme pour toutes les prestations ambulatoires à partir de laquelle il aurait été possible de regrouper, comparer, maintenir et développer de manière transparente des forfaits basés sur des prestations individuelles calculées selon des critères économiques. Une approche désormais empêchée par la loi.

Approbation par le Conseil fédéral

La FMH ne voulant pas soutenir des forfaits ambulatoires encore loin d'être aboutis, les partenaires tarifaires ont remis fin 2023 deux demandes distinctes au Conseil fédéral: l'une concernant la convention TARDOC entre la FMH et curafutura, l'autre la convention pour les tarifs forfaitaires entre santésuisse et H+. En juin 2024, le Conseil fédéral a partiellement approuvé les deux demandes, si bien que des parties du TARDOC, mais aussi des centaines de forfaits ambulatoires, ont intégré le nouveau système tarifaire de manière définitive et irrévocable. Le Conseil fédéral a par ailleurs enjoint aux partenaires tarifaires de présenter ensemble, d'ici fin 2024, un système tarifaire ambulatoire associant ce qui avait été approuvé du TARDOC et des forfaits ambulatoires, faute de quoi il imposerait lui-même un tel système tarifaire.

Privilégier le partenariat tarifaire

La décision prise par le Conseil fédéral en juin 2024 indiquait sans ambiguïté que les

forfaits seraient introduits en 2026 sans autre délai de révision, indépendamment du fait que les partenaires tarifaires arrivent à associer entre elles les parties déjà approuvées du tarif et les lui soumettent à nouveau ou non. La FMH avait alors deux options. Soit refuser de déposer la nouvelle mouture avec les autres partenaires, ce qui équivalait à valider un tarif imposé par l'État et à faire perdre au corps médical toute possibilité d'influer sur le système tarifaire, de le corriger et de le développer. Soit, seule option raisonnable pour éviter de céder la souveraineté tarifaire au Conseil fédéral, soutenir le dépôt conjoint d'un système tarifaire cohérent, c'est-à-dire associer entre elles les parties du tarif déjà approuvées. Cette option a permis d'introduire le tarif dans le respect du partenariat tarifaire, assurant au corps médical la possibilité d'intervenir et d'exercer son influence de partenaire tarifaire. Si nous n'avons pas pu empêcher des erreurs, nous avons au moins désormais la possibilité de les corriger grâce au système évolutif mis en place par le partenariat tarifaire, et de poursuivre le perfectionnement du système en concertation avec nos partenaires.

Points faibles fondamentaux

Un problème fondamental des forfaits ambulatoires actuels réside dans leur conception stricte selon le principe des forfaits hospitaliers. Or ceux-ci sont exclusivement appliqués dans un système fermé, à savoir les hôpitaux, et non dans un secteur ambulatoire à cheval entre les cabinets médicaux et les hôpitaux. En accueillant un grand nombre de patients et en proposant une large gamme de traitements, les hôpitaux disposent de possibilités très différentes de celles d'un cabinet spécialisé, qui offre un choix restreint de traitements spécifiques à un nombre nettement moins important de patients. Néanmoins, cela n'a pas empêché la diffusion d'idées reçues (et fausses) sur les « coûts moyens ». Le Conseil fédéral a déclaré à plusieurs reprises que les forfaits pouvaient effectivement ne pas suffire à couvrir les coûts de certains cas, mais que l'équilibre s'établirait sur l'ensemble des traitements. Fondamentalement, cette affirmation est juste, mais uniquement si les forfaits ont été « construits » correctement.

Les préalables à de bons forfaits

Pour que cet équilibre fonctionne, il faut cependant que les forfaits remplissent une condition importante : la « double homo-

généité ». Cela signifie premièrement que tous les traitements regroupés dans un même forfait correspondent à une charge de travail similaire. Les prestations ne doivent donc pas varier trop fortement en termes de temps et de gestes à accomplir. Deuxièmement, l'homogénéité doit également être donnée au niveau des fournisseurs de prestations. Les cas les plus complexes – et donc sous-financés – d'un forfait ne doivent pas être systématiquement ou majoritairement fournis en hôpital, alors que les cas plus simples seraient principalement pris en charge dans les cabinets. Dans le même ordre d'idées, le traitement d'un cas sous-tarifé par un forfait ne peut pas être principalement du ressort d'une spécialisation, tandis que les cas surtarifés du même forfait relèveraient d'une autre discipline.

Sans double homogénéité : pertes systématiques d'un côté et gains injustifiés de l'autre.

Sans homogénéité, pas d'équilibre

Parmi les nombreux exemples illustrant l'absence de cette double homogénéité, on peut citer le forfait qui définit la même rémunération pour la version par manœuvre externe (VME) et le retrait d'un cerclage du col de l'utérus. Alors que la première dure environ 50 minutes et a lieu exclusivement à l'hôpital, avec une équipe prête à intervenir si une césarienne et une anesthésie devaient s'avérer nécessaires, le second ne dure que huit minutes environ et ne nécessite aucune infrastructure particulière. Dans ce cas, le déséquilibre entre la sous-tarification et la surtarification ne peut pas être compensé, car ces deux prestations sont systématiquement réalisées à des endroits différents : les hôpitaux (salles d'accouchement) sont perdants, tandis que les cabinets médicaux profitent indûment de la surtarification du retrait de cerclage.

Quelles améliorations ?

Dans le pire des cas, les forfaits qui ne sont pas homogènes et ne permettent pas de couvrir les coûts risquent de compromettre la sécurité de la prise en charge, car les prestations concernées ne seraient plus fournies. Les partenaires tarifaires travaillent

donc d'arrache-pied à des améliorations. Lorsque les forfaits sont hétérogènes, il est impératif de les subdiviser en plusieurs forfaits homogènes. Si des éléments de coûts varient fortement au sein d'un même forfait (p. ex. pathologie), ils doivent être retirés du forfait ou financés par des rémunérations supplémentaires appropriées. Prenons l'exemple des ponctions lombaires : il n'est ni approprié ni pertinent de n'avoir qu'un seul niveau de rémunération, alors que l'examen du liquide céphalo-rachidien prélevé, inclus dans le forfait, peut coûter moins de 100 francs ou plus de 800 francs selon la maladie. Dans d'autres cas, ce sont des erreurs manifestes qui doivent être corrigées : si une composante de coût toujours associée à la prestation (p. ex. un traceur en médecine nucléaire) coûte plus cher que le forfait attribué à l'ensemble du traitement, il est évident que la base de calcul doit être redéfinie.

Faire confiance à l'évolutivité du système

L'exécutif aime rappeler que le tarif médical ambulatoire est un système évolutif ; et il a parfaitement raison. Pourtant, pour être évolutif, un système a aussi besoin d'un cadre adéquat lui permettant d'évoluer et donc de réagir rapidement aux erreurs, en particulier pendant la phase d'introduction. Pour ce faire, les partenaires tarifaires auraient besoin de plus de liberté. Même si le Département fédéral de l'intérieur affirme que l'OTMA, l'organisation des partenaires tarifaires, n'est pas soumise à la surveillance de l'administration fédérale, l'OFSP lui impose de nombreuses exigences contraignantes, qui retardent ou empêchent la correction simple, appropriée et rapide des erreurs. Selon les directives de l'OFSP, même les points évidents qu'aucun des partenaires tarifaires ne conteste ne peuvent pas être corrigés immédiatement.

Prochaines étapes ?

Le défi consistant à rétablir sans attendre le plus d'adéquation possible est immense. Les partenaires tarifaires ont déjà pu intervenir sur les premières lacunes majeures en proposant des corrections en juillet 2025, approuvées en novembre par le Conseil fédéral. Mais leurs travaux pourraient progresser encore plus rapidement s'ils avaient la possibilité de corriger les erreurs en cours d'année ou d'adapter rapidement une application inappropriée du tarif. D'autres points nécessitent en revanche des inter-

Un système évolutif a besoin de marge de manœuvre pour pouvoir corriger rapidement les erreurs.

ventions complexes dans la structure tarifaire et ne peuvent être corrigés du jour au lendemain. Dans ce cas, il faut donner aux partenaires la possibilité de proposer des compromis et des solutions transitoires réalisables à court terme avant de corriger les erreurs structurelles dans une prochaine version du tarif.

Oui aux forfaits s'ils sont adéquats

Rappelons enfin très clairement que la FMH et les sociétés de discipline médicale sont favorables à des forfaits lorsqu'ils s'y prêtent pour les traitements, les procédures et les interventions ambulatoires. Leur élaboration doit cependant tenir compte de l'expertise médicale des sociétés de discipline et suivre des règles et des

directives claires (art. 43, al. 4, LAMal). Pour être appliqués aussi bien dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux (sans hospitalisation), ils doivent impérativement répondre à la double homogénéité afin de satisfaire aux exigences de la LAMal et de garantir la sécurité de la prise en charge médicale.

Indépendamment de la nature des erreurs à corriger, il est certain que les améliorations seront plus rapides et plus efficaces grâce à une collaboration constructive entre toutes les parties concernées. Pour ce faire, la FMH et l'OTMA offrent des structures adéquates et des processus cohérents (cf. articles aux pages 31 et 33). Le mécontentement suscité par les forfaits dysfonctionnels souligne justement l'importance d'un système viable dans lequel le tarif ambulatoire peut être développé progressivement afin de devenir une bonne base pour une médecine de haute qualité sans incitatifs négatifs. ●●●

Correspondance
urs.stoffel@fmh.ch

L'essentiel en bref

Depuis début 2026, les nouveaux forfaits ambulatoires font partie intégrante de notre système de santé. Cet article revient sur les conflits, les bases de données lacunaires et les pressions politiques qui ont jalonné leur conception. Il explique pourquoi de nombreux forfaits ne sont pas encore aboutis, quelles sont les conditions requises pour que les forfaits soient efficaces et quels points doivent être corrigés sans attendre. Pour l'instant, il s'agit de faire confiance à l'évolutivité du système tarifaire et de consolider la bonne coopération entre toutes les parties afin de jeter des bases stables pour une médecine de qualité.

Erratum

Les directives révisées sur l'évaluation de l'aptitude à la conduite des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, présentées dans l'édition de septembre du Bulletin des médecins suisses, contenaient malheureusement une petite erreur.

Les personnes atteintes de sténose aortique sévère sont aptes à la conduite

tant qu'elles ne présentent pas de symptômes graves. Ces symptômes sont signalés par un astérisque à la suite du tableau 8 et comprennent vertiges importants, présyncope et syncope.

Nous regrettons cette erreur qui a possiblement entraîné des incertitudes dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite.

Communications ● ● ●

Les directives corrigées peuvent être consultées ici :



Appel d'offres de la fondation Mach-Gaensslen

Soutien de projets de recherche en hématologie/oncologie

La fondation Mach-Gaensslen (Suisse) soutient régulièrement deux à trois projets de recherche dans les domaines de la cardiologie, de l'hématologie/oncologie et de la neurologie/psychiatrie. En 2026, l'accent sera mis sur le domaine de l'hématologie/oncologie.

Dépôt des demandes

Les demandes de financement pour un projet de recherche qualifié dans le domaine de l'hématologie/oncologie peuvent être soumises jusqu'au 31 mars 2026.

Correspondance
kontakt@mach-gaensslen-stiftung.ch

Plus en savoir plus :



www.mach-gaensslen-stiftung.ch/fr