

Tarifs ambulatoires 2026 : neutralité des coûts

En 2026, les tarifs ambulatoires devront être introduits de manière neutre en termes de coûts (neutralité *statique* des coûts). Par la suite, les coûts des tarifs introduits ne pourront augmenter que de 1,5 % par an au maximum par rapport à l'année de référence 2025 (neutralité *dynamique* des coûts). Si nécessaire, une correction aura lieu au moyen du facteur externe, consistant à ajuster le nombre de points par position tarifaire (pilotage). La correction pourra varier selon la région, le secteur (ambulatoire hospitalier/cabinets médicaux) ainsi qu'entre les médecins de premier recours et les médecins spécialistes. Les modifications des valeurs de point, du facteur externe, de la morbidité ou de la structure de la population ne seront pas prises en compte dans le calcul. Un premier pilotage pourra avoir lieu dès 2028.

1. Neutralité statique des coûts (changement de modèle tarifaire)

La neutralité statique est un mécanisme visant principalement à garantir que le passage à la nouvelle structure tarifaire (introduction des nouveaux tarifs) se fasse sans aucune incidence sur les coûts, comme le prévoit la loi (cf. [Convention relative à la structure tarifaire, partie VIII](#), et [art. 59c, al. 1, let. c, OAMaI](#) : « un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires »).

1.1 Garantie de la neutralité statique des coûts par l'ajustement des points tarifaires

Les positions du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient ont été dotées de points tarifaires, transcodées puis ajustées (normalisation) afin qu'elles ne génèrent pas de coûts supplémentaires (sur la base des valeurs existantes du point TARMED). Les positions publiées du TARDOC et des forfaits correspondent donc déjà à la configuration neutre en termes de coûts (neutralité statique).

Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

- **Points tarifaires** : chaque prestation médicale est dotée d'un certain nombre de points tarifaires qui reflètent la charge de travail et les coûts de la prestation.
- **Transcodage** : les prestations existantes sont transférées dans le nouveau système tarifaire.
- **Ajustement (normalisation)** : le nombre de points tarifaires est ajusté de manière à ce que le nombre total de points corresponde à celui du TARMED afin de garantir que l'introduction du TARDOC et des forfaits ambulatoires n'entraîne aucun coût supplémentaire.

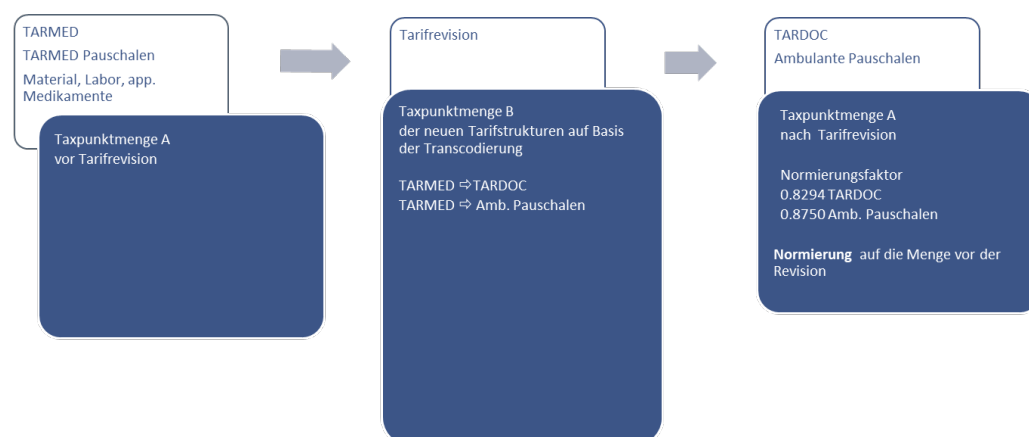


Figure 1 : Garantie de la neutralité statique des coûts à l'aide de l'ajustement du nombre de points tarifaires

1.2 Garantie de la neutralité statique des coûts après la normalisation

Exigence du Conseil fédéral	Avec l'approbation partielle, le Conseil fédéral a exigé que les valeurs de point actuellement en vigueur soient maintenues lors de l'introduction du nouveau tarif (prix de départ).
Convention relative à la structure tarifaire	La convention relative à la structure tarifaire invite donc les partenaires tarifaires cantonaux à continuer d'appliquer les valeurs de point 2025 au moins en 2026. En l'absence d'accord entre les fournisseurs de prestations et les communautés d'achat, les gouvernements cantonaux pourront faire calculer le prix de départ puis reprendre la valeur calculée ou en fixer une autre.
Compétences	Le Conseil fédéral n'a toutefois pas la compétence pour mettre en œuvre cette exigence, pas plus que la FMH. Cela relève des gouvernements cantonaux.

1.2.1 Neutralité statique des coûts : les exigences du Conseil fédéral

Afin de garantir la neutralité statique des coûts en CHF (et pas uniquement au niveau du nombre de points tarifaires, cf. 1.1), le Conseil fédéral exige la reprise des valeurs du point de 2025 lors de l'année d'introduction (2026) = prix de départ neutre en termes de coûts. (Extrait de la [lettre du Conseil fédéral](#) [en allemand seulement] : « Les partenaires tarifaires conviennent que les valeurs de point resteront inchangées lors de l'entrée en vigueur du TARDOC. »)

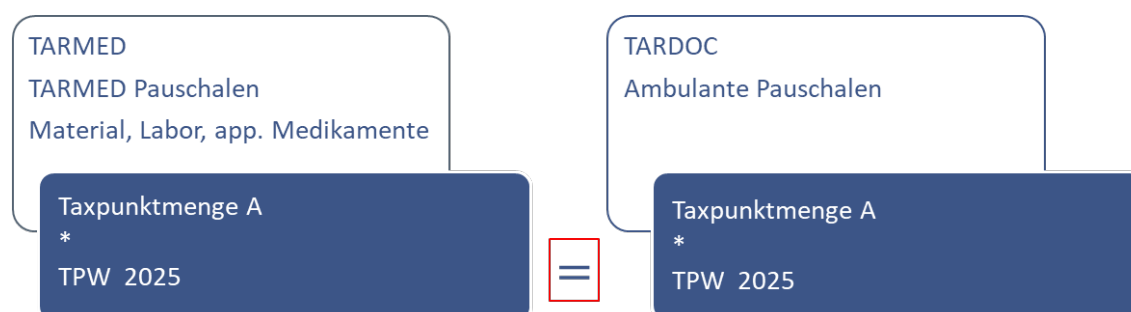


Figure 2 : Le Conseil fédéral exige que la valeur du point utilisée en 2025 dans chaque canton soit reprise en 2026, année d'introduction, afin de garantir la neutralité des coûts en francs suisses.

1.2.2 Mise en œuvre de l'exigence du Conseil fédéral

Si les sociétés cantonales de médecine et les communautés d'achat ne parviennent pas à se mettre d'accord sur les valeurs de point à appliquer en 2026, celles-ci seront calculées par un organisme mandaté par l'OTMA SA. Les gouvernements cantonaux pourront reprendre la valeur calculée pour leur propre canton ou la fixer eux-mêmes.

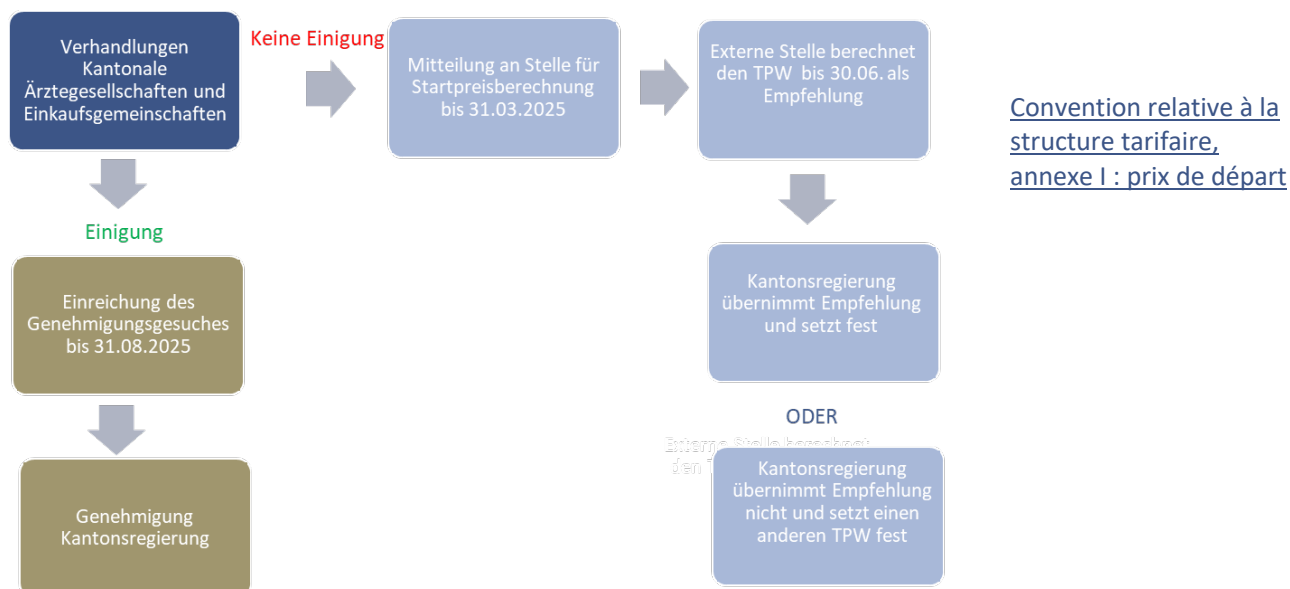


Figure 3 : Procédure pour fixer la valeur du point dans les cantons en 2026

2. Neutralité dynamique des coûts

Tout comme la neutralité statique, la neutralité dynamique des coûts se fonde sur l'[art. 59c, al. 1, let. c, OAMal](#) ; elle prévoit en revanche une fourchette annuelle à l'intérieur de laquelle les coûts peuvent augmenter. La phase de neutralité dynamique des coûts dure au moins jusqu'en 2028 et jusqu'à ce que les conditions du Conseil fédéral soient remplies.

Annexe D : monitoring, Annexe E : neutralité dynamique des coûts, Convention d'accompagnement

L'unité de mesure de l'évolution des coûts est constituée des « coûts par personne assurée pour les traitements médicaux ambulatoires » (pool de données SASIS) par an. Si les coûts augmentent de plus de 1,5 % ou diminuent de plus de 1 % par an par rapport à l'année de référence 2025, des mesures sont prises pour y remédier (pilotage).

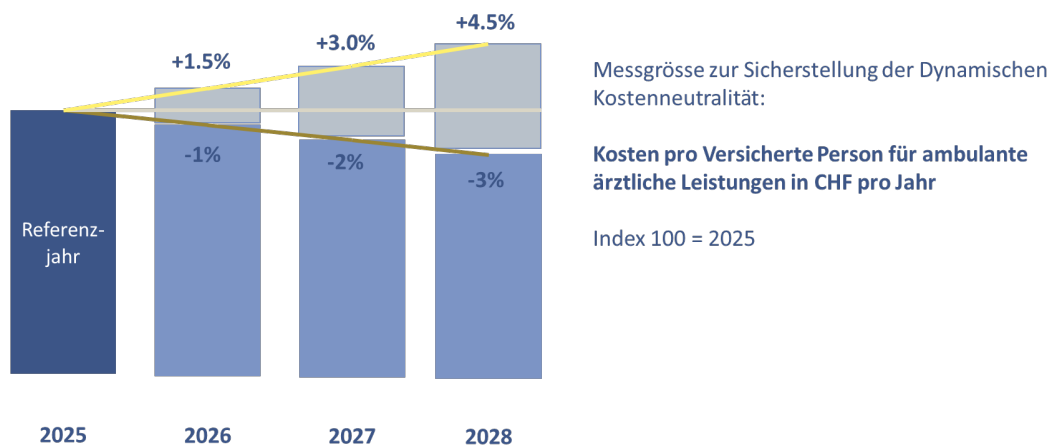


Figure 4 : Fourchette pour la neutralité dynamique des coûts

2.1 Calcul des coûts par personne assurée

Les partenaires tarifaires ont décidé que les modifications de prix (modifications de la valeur du point), les mesures de correction déjà prises (facteur externe) ainsi que les effets tels que la démographie, les indicateurs de morbidité et le renforcement de l'ambulatoire ne seront pas pris en compte pour mesurer l'évolution des coûts, c'est-à-dire qu'ils seront déduits (annexes à la convention relative à la structure tarifaire : [Annexe D, point 6.3](#), [Annexe E, point 3, al. 2](#)).

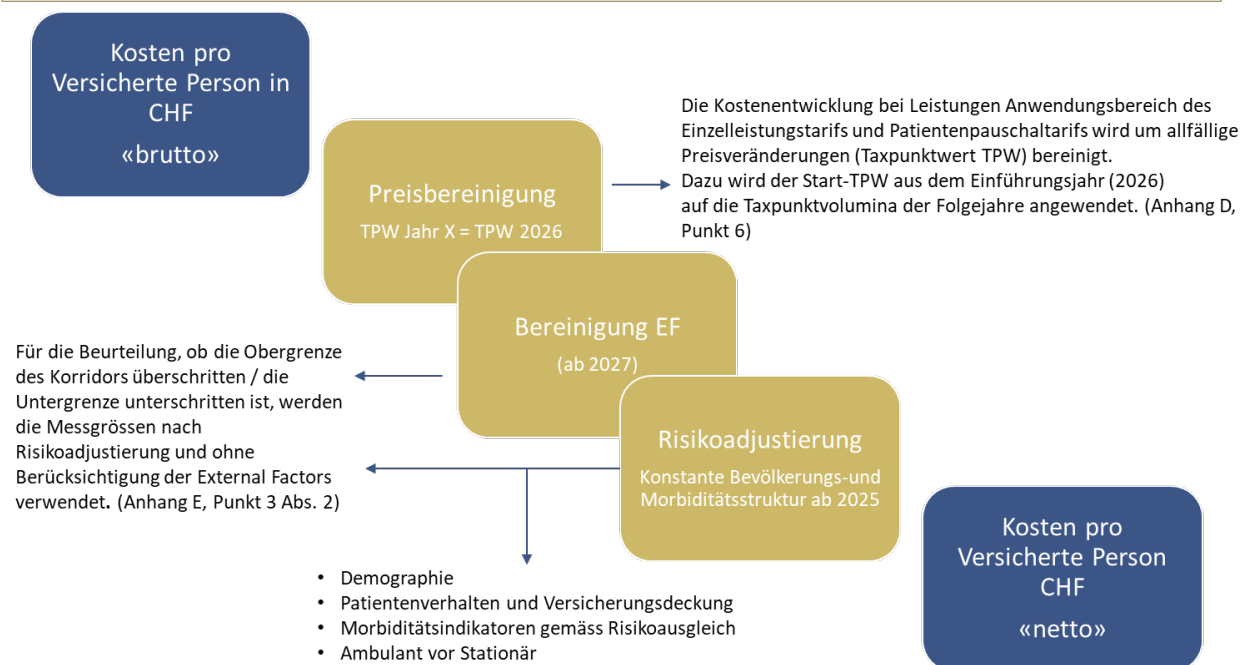


Figure 5 : Représentation schématique du calcul des coûts par personne assurée pertinents pour le pilotage (neutralité dynamique des coûts)

2.1.1 Explication : correction des prix

Si d'autres valeurs de point tarifaire (VPT) sont convenues après 2026, elles ne seront pas prises en compte dans la neutralité des coûts.

Exemple : canton de Zurich, coûts et VPT 2025-2027

	2025	2026	2027
Valeur du point	0,89	0,89	0,91
Coûts par personne assurée en CHF « bruts »	500,00	505,00	520,00
Indice	100	101,5	103
Coûts maximaux « autorisés » (fourchette)		507,50	515,00
Coûts par personne assurée en CHF « nets » sans augmentation de la VPT	500,00	505,00	508,57

Figure 6 : Exemple de correction des prix pour l'année 2027 dans le canton de Zurich, avec déduction de l'augmentation des coûts due à l'augmentation de la VPT

Les coûts par personne assurée après correction sont de 508,57 CHF, ce qui est inférieur à la limite maximale admise (fourchette). Dans cet exemple, aucune mesure de pilotage ne serait donc prise dans le canton de Zurich.

2.1.2 Explication : correction du facteur externe

L'unité de mesure de la neutralité dynamique des coûts est constituée des coûts moyens par personne assurée. Si la limite supérieure est dépassée ou que la limite inférieure n'est pas atteinte, une correction a lieu au moyen du facteur externe, consistant à ajuster le nombre de points par position/forfait. Le facteur externe est valable au moins 1 an et est soumis au Conseil fédéral pour approbation au plus tard fin octobre pour l'année suivante. Cela signifie que le pilotage portant sur l'année 2026 aura lieu en 2028 (cf. points 3.13.1 et 3.2).

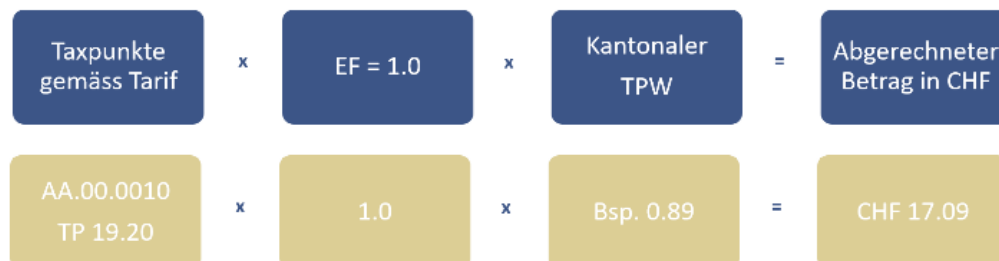


Figure 7 : Le facteur externe permet d'ajuster le nombre de points par position/forfait et doit être indiqué sur la facture. Il se monte à 1,00 en 2026 et 2027.

Exemple : le facteur externe est fixé à 0,995 pour l'ensemble de la Suisse en 2028 (correction pour 2026). En 2030, lors du calcul des coûts par personne assurée de 2028, la correction de 0,995 ne sera pas prise en compte ; le calcul aura lieu sur la base du facteur externe de 1,00, de manière analogue à l'année de référence 2025 (cf. 3.1). On garantit ainsi que les coûts de l'année 2028 sont évalués séparément des mesures de correction prises pour l'année 2026 (facteur externe 2028).

2.1.3 Explication : correction de l'ajustement du risque

Pour que les coûts par personne assurée soient comparables à ceux de l'année de référence, les paramètres suivants sont également corrigés : démographie, comportement des patients et couverture d'assurance, indicateurs de morbidité selon la compensation des risques, ambulatoire avant hospitalier. Le risque est ajusté au moyen de l'*Entropy Balancing* (Hainmüller 2018).

3. Mécanisme de pilotage

Les coûts par personne assurée sont d'abord corrigés comme expliqué au 2.1. Ensuite, une procédure en cascade est mise en place pour déterminer si des mesures doivent être prises. Tout d'abord, une vérification a lieu au plan national pour déterminer si les coûts par personne assurée sont supérieurs ou inférieurs à la fourchette convenue. Si la limite supérieure est dépassée ou que la limite inférieure n'est pas atteinte, on effectue le calcul pour chaque grande région. Si une grande région présente des coûts qui dépassent la limite supérieure ou n'atteignent pas la limite inférieure, on calcule les taux de croissance pour chaque secteur (ambulatoire hospitalier/cabinets médicaux). Si ceux-ci diffèrent de plus de 1,5 point dans une grande région, le facteur externe est fixé séparément pour chaque secteur. Le facteur externe est toujours fixé pour une année et soumis à l'approbation du Conseil fédéral, ce qui signifie que la première correction (premier pilotage) pourra avoir lieu à partir de 2028.

Annexe D : monitoring, Annexe E : neutralité dynamique des coûts, Convention d'accompagnement

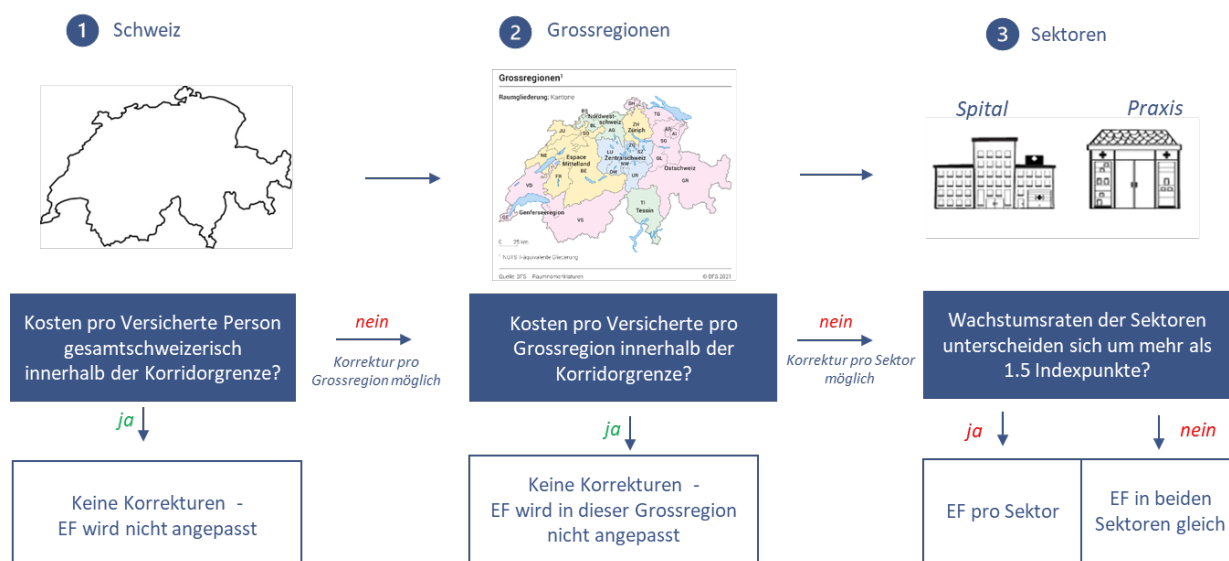


Figure 8 : Cascade pour déterminer le facteur de correction (facteur externe) lorsque la limite supérieure est dépassée ou la limite inférieure pas atteinte

3.1 Exemple 1 : pilotage sur l'ensemble de la Suisse – pas de différence entre les grandes régions

En 2026, la valeur de la fourchette a été dépassée sur tout le territoire ; il n'y a donc pas de différence entre les grandes régions :

Toute la Suisse	2025	2026	2027	2028	2029
Coûts « nets » par personne assurée en CHF	500,00	510,00	520,00		
Coûts max. (fourchette)	500,00	507,50	515,00		
Indice	100,00	102,00	104,00		
Indice max. (fourchette)	100,00	101,50	103,00		
Différence		-0,50	-1,00		
Facteur externe (FE)		1,00	1,00	0,995	0,990

Figure 9 : Exemple de calcul du facteur externe en 2028 et 2029 avec effet rétroactif pour les années 2026 et 2027 pour l'ensemble de la Suisse

Facteur externe 2028 :

Le facteur externe 2028 se réfère à l'évolution des coûts en 2026.

L'indice a été dépassé de 0,5 point :

FE 2028 = 0,995.

Points (AA.00.0010)	FE	VPT	CHF
19,20	0,995	0,89	17,00

Facteur externe 2029 :

Le facteur externe 2029 se réfère à l'évolution des coûts

en 2027. L'indice a été dépassé de 1 point :

FE 2029 = 0,99. La correction apportée en 2028 (ajustement du facteur externe) n'est pas prise en compte dans le calcul.

Points (AA.00.0010)	FE	VPT	CHF
19,20	0,990	0,89	16,92

3.2 Exemple 2 : les taux de croissance différent entre les grandes régions

En 2026, la valeur de la fourchette a été dépassée dans toute la Suisse, avec une évolution différente entre grandes régions. Le pilotage a donc lieu de manière différente dans les grandes régions. La valeur maximale de la fourchette est de 1,5 point.

Remarque : dans cet exemple, on part du principe que l'évolution est identique dans les deux secteurs (ambulatoire hospitalier/cabinets médicaux) ainsi qu'entre médecins de premier recours et médecins spécialistes.

	Indice 2025	Indice 2026	Dépassement de la valeur maximale de la fourchette de 1,5 ?	Correction FE 2028	FE 2028
Région lémanique	100,00	101,01	non	aucune	1
Espace Mittelland	100,00	100,06	non	aucune	1
Suisse du Nord-Ouest	100,00	101,04	non	aucune	1
Zurich	100,00	102,00	oui	0,5 point	0,995
Suisse orientale	100,00	102,50	oui	1,0 point	0,990
Suisse centrale	100,00	100,02	non	aucune	1
Tessin	100,00	100,01	non	aucune	1

Figure 10 : Exemple de correction (neutralité dynamique des coûts) via le facteur externe en 2028 avec effet rétroactif pour l'évolution des coûts en 2026

Facteur externe 2028 :

Le facteur externe 2028 se réfère à l'évolution des coûts en 2026. Dans les régions de Zurich et de Suisse

orientale, la fourchette a été dépassée en 2026 et le facteur externe sera donc adapté en 2028. Dans toutes les autres régions, il restera à 1 en 2028.

Ex. : nbre points 19,20 x 0,995 x 0,89 = 17,00 CHF

Région	Points (AA.00.0010)	FE	VPT	CHF
Zurich	19,20	0,995	0,89	17,00
Suisse orientale	19,20	0,990	0,83	15,78

3.3 Pilotage dans le domaine de la médecine de premier recours (cabinets uniquement)

Convention d'accompagnement

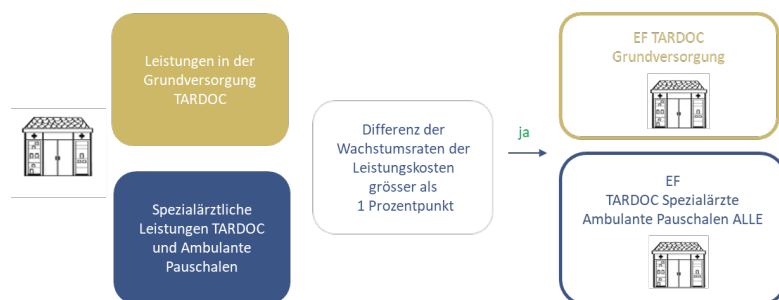


Figure 11 : Les prestations de la médecine de premier recours fournies dans les cabinets médicaux peuvent être pilotées séparément.

Les partenaires tarifaires ont convenu de pouvoir distinguer entre médecine de premier recours (titres de spécialiste médecine interne générale, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ainsi que le titre de formation postgraduée de médecin praticien) et médecine spécialisée pour le pilotage des prestations du TARDOC fournies dans les cabinets médicaux, ce qui signifie que le facteur externe appliqué à la médecine de premier recours peut être différent de celui appliqué à la médecine spécialisée et aux forfaits.