

Neutralité dynamique des coûts

Annexe E de la convention relative à la structure tarifaire

Valable dès le: 1^{er} janvier 2027

État actuel: Approuvé par le groupe d'experts monitoring (GE-M) le 23 janvier 2026, approuvé par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 17 avril 2026, non approuvé par le Conseil fédéral.

Préambule

- ¹ La présente annexe régit au sens de la partie IX chiffre 2 de la convention relative à la structure tarifaire la neutralité dynamique des coûts selon l'art. 59c al. 1 let. c OAMal, à compter de l'entrée en vigueur des structures tarifaires portant sur le tarif médical ambulatoire à la prestation et le tarif médical forfaitaire par patient.
- ² L'introduction des structures tarifaires portant sur le tarif médical ambulatoire à la prestation et le tarif médical forfaitaire par patient est considérée comme neutre en termes de coûts si les valeurs indicielles convenues au niveau national se situent, pendant la phase de neutralité des coûts, en dessous de la limite supérieure ou au-dessus de la limite inférieure des valeurs indicielles.
- ³ Si la valeur indicielle calculée se situe au-dessus de la limite supérieure des valeurs indicielles ou en dessous de la limite inférieure des valeurs indicielles, les parties contractantes veillent à ce que les mesures définies dans cette annexe soient mises en œuvre par les fournisseurs de prestations et les assureurs.
- ⁴ L'identification des mesures à prendre se fonde sur les paramètres de mesure pour l'ensemble du secteur médical ambulatoire au niveau national selon l'annexe D. L'ampleur de la mesure est définie - pour autant que les critères du chiffre 5.2 et 5.6 soient remplis - au niveau des grandes régions (niveau régional) et différenciée selon la catégorie de fournisseur de prestations et de prise en charge.
- ⁵ Les paramètres de mesure servant à déterminer si les indices dépassent la marge supérieure et les mesures en découlant sont corrigés au moyen de l'ajustement du risque selon l'annexe D. Les parties contractantes s'engagent à ne procéder à aucun ajustement du risque supplémentaire dans le cadre du concept de neutralité des coûts et de calculer une éventuelle compensation en se référant aux paramètres de mesure définis dans l'annexe D.
- ⁶ Les mesures découlant des calculs font partie intégrante de la structure tarifaire et sont légalement contraignantes pour les fournisseurs de prestations et les assureurs. Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de mettre en œuvre les mesures.

1. Début et fin des différentes phases

1.1. Phase de neutralité des coûts

- ¹ La phase de neutralité des coûts s'étend au minimum sur les années de prestations 2026, 2027 et 2028.
- ² La neutralité dynamique des coûts sera maintenue au terme de la durée minimale, jusqu'à ce que le Conseil fédéral mette fin à la neutralité dynamique des coûts. Ce sera le cas lorsque les conditions qu'il a définies seront remplies:
 - a. Approbation par le Conseil fédéral et introduction d'un tarif forfaitaire par patient qui comprend au moins 34% des prestations brutes (correspond à la version 0.3). Les prestations brutes déterminantes (100%) comprennent les prestations facturées selon les forfaits par patient pendant l'année correspondante ainsi que selon le TARDOC, y compris les médicaments, le matériel à usage courant et les implants remis et les analyses facturées ou mandatées par les médecins/les services ambulatoires des hôpitaux.

- b. Mise en œuvre des concepts suivants concernant le TARDOC selon le rapport d'évaluation de l'OFSP dans le cadre de l'OTMA:
 - o mesure des minutages, du temps de travail et de la productivité;
 - o adaptation du revenu de référence;
 - o prise en compte de l'économicité pour les durées d'exploitation des unités fonctionnelles dans le modèle de coûts KOREG;
 - o constatation empirique du taux SUK.
- c. Approbation par le Conseil fédéral d'une convention relative à la surveillance des coûts à long terme selon l'art. 47c LAMal.

1.2. Phase de mesure

- ¹ La phase de mesure débute avec l'année de prestations 2025 et prend fin au terme de la phase de neutralité des coûts.

1.3. Phase de compensation

- ¹ La phase de compensation débute avec l'année de prestations 2028 et prend fin deux ans après la phase de neutralité des coûts.

2. Limite supérieure et inférieure des valeurs indicielles

2.1. Limite supérieure

- ¹ La limite supérieure des valeurs indicielles est fixée sur la base d'un taux de croissance annuel autorisé de 1,5%.
- ² Valeur indicielle de référence 2025 = 100,0.
- ³ Limite supérieure 2026 = 101,5;
- ⁴ Limite supérieure 2027 = 103,0;
- ⁵ Limite supérieure 2028 = 104,5;
- ⁶ La limite supérieure des années civiles suivantes augmente ensuite à chaque fois de 1,5 point.

2.2. Limite inférieure

- ¹ La limite inférieure des valeurs indicielles pour les années 2025 à 2028 est fixée sur la base d'un taux de croissance annuel autorisé de -1%.
- ² Valeur indicielle de référence 2025 = 100,0.
- ³ Limite inférieure 2026 = 99,0;
- ⁴ Limite inférieure 2027 = 98,0;
- ⁵ Limite inférieure 2028 = 97,0;

- ⁶ La limite inférieure des années civiles à compter de 2029 augmente à chaque fois de 1,0 point.

3. Paramètres de mesure utilisés et prise en compte de l'ajustement du risque

- ¹ Les paramètres de mesure définis selon l'annexe D sont utilisés pour toutes les prestations médicales ambulatoires aux niveaux national et régional.
- ² L'évaluation de la question de savoir si la limite supérieure de la marge de tolérance est dépassée vers le haut et si d'éventuelles mesures doivent être prises se fonde sur les paramètres de mesure après ajustement du risque et sans prise en compte de l'external factor.
- ³ L'évaluation de la question de savoir si la limite inférieure de la marge de tolérance est dépassée vers le bas et si d'éventuelles mesures doivent être prises se fonde sur les paramètres de mesure après ajustement du risque et sans prise en compte de l'external factor.

4. Mesures à prendre

- ¹ Pour chaque année de prestations durant la phase de mesure, une valeur indicielle pour le paramètre de mesure «coûts moyens par personne assurée - toutes les prestations médicales ambulatoires» est calculée avec la valeur indicielle 100,0 pour l'année 2025.
- ² Si la valeur indicielle au niveau national pour l'année de prestations se situe entre la limite supérieure et inférieure de la valeur indicielle de l'année de prestations, aucune mesure n'est prise pour l'année de prestations correspondante.
- ³ Si la valeur indicielle au niveau national pour l'année de prestations dépasse la limite supérieure de la valeur indicielle, des valeurs indicielles régionales (grande région) et - pour autant que les critères selon le chiffre 5.2 soient remplis - sectorielles (secteurs ambulatoire hospitalier et ambulatoire des cabinets) ou catégorielles (catégories de prise en charge dans le secteur ambulatoire des cabinets) selon le chiffre 5.2 ainsi que des facteurs de compensation et external factors correspondants selon les chiffres 5.3, 5.4 et 5.5 sont constitués pour l'année de prestations correspondante.
- ⁴ Si la valeur indicielle au niveau national pour l'année de prestations se situe en dessous de la limite inférieure de la valeur indicielle, des valeurs indicielles régionales (grande région) et - pour autant que les critères selon le chiffre 5.6 soient remplis - sectorielles (secteurs ambulatoire hospitalier et ambulatoire des cabinets) ou catégorielles (catégories de prise en charge dans le secteur ambulatoire des cabinets) selon le chiffre 5.6 ainsi que des facteurs de compensation et external factors correspondants selon les chiffres 5.7, 5.8 et 5.9 sont constitués pour l'année de prestations correspondante.

5. Ampleur des mesures

5.1. Détermination des valeurs indicielles au niveau régional et valeurs indicielles sectorielles

- ¹ L'approche régionale se fonde sur les sept grandes régions définies par l'Office fédéral de la statistique (cf. annexe D, chiffre 5.3).

- ² L'approche sectorielle fait la distinction entre les deux catégories de fournisseurs de prestations «secteur ambulatoire hospitalier» et «secteur ambulatoire des cabinets». L'identification de la catégorie de fournisseur de prestations s'appuie sur la classification selon le registre des codes-créanciers de la SASIS SA.
- ³ L'approche catégorielle fait la distinction entre les deux catégories de prise en charge «médecine de premier recours» et «médecine spécialisée». L'identification de la catégorie de prise en charge se fonde sur les titres de spécialiste et de formation postgraduée selon le registre des professions médicales MedReg consignés dans la convention d'accompagnement.
- ⁴ Pour les années de prestations définies au chiffre 4, les valeurs indicielles pour le paramètre de mesure «coûts moyens par personne assurée - toutes les prestations médicales ambulatoires» sont calculées pour toutes les grandes régions avec la valeur indicielle 100,0 pour l'année 2025.

5.2. Limite supérieure des valeurs indicielles: valeurs indicielles au niveau régional

- ¹ Si la valeur indicielle pour une année de prestations et une grande région est inférieure à la limite supérieure de la valeur indicielle de l'année de prestations, aucune mesure n'est prise pour l'année de prestations correspondante et la grande région.
- ² Si la valeur indicielle pour une année de prestations et une grande région dépasse la limite supérieure de la valeur indicielle de l'année de prestations, les taux de croissance des indices sectoriels sont constitués pour l'année de prestations correspondante et la grande région.
- ³ Si les taux de croissance annuels des indices sectoriels diffèrent de moins de ou sont égal à 1,5 points, des facteurs de compensation uniformes selon le chiffre 5.3 sont définis et des mesures uniformes sont prises au sein de la grande région.
- ⁴ Si les taux de croissance annuels des indices sectoriels diffèrent de plus de 1,5 points, les taux de croissance des indices catégoriels sont définis pour l'année de prestations correspondante et le secteur ambulatoire des cabinets au sein de la grande région.
- ⁵ Si les taux de croissance annuels des indices catégoriels diffèrent de moins de ou sont égal à 1 point, des facteurs de compensation sectoriels selon le chiffre 5.4 sont définis et des mesures uniformes sont prises au sein du secteur ambulatoire des cabinets.
- ⁶ Si les taux de croissance annuels des indices catégoriels diffèrent de plus de 1 point, des facteurs de compensation catégoriels selon le chiffre 5.5 sont définis et des mesures catégorielles sont prises.

5.3. Limite supérieure des valeurs indicielles: facteur de compensation uniforme et external factor uniforme

- ¹ Le facteur de compensation uniforme au sein d'une grande région est défini par la formule suivante:

Facteur de compensation_{Année de prestations Grande région}

= Valeur indicielle_{Année de prestations Grande région}

– Limite supérieure de la valeur indicielle_{Année de prestations}

- ² L'external factor uniforme d'une année de prestations au sein d'une grande région est calculé comme suit:

External factor_{Année de prestations Grande région}

$$= \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région}}}{100}$$

5.4. Limite supérieure des valeurs indicielles: facteurs de compensation sectoriels et external factors sectoriels

- ¹ Les facteurs de compensation sectoriels au sein d'une grande région sont définis par la formule suivante:

Facteurs de compensation_{Année de prestations Grande région Secteur}

= MAX(Valeur indicielle_{Année de prestations Grande région Secteur}

– Limite supérieure de la valeur indicielle_{Année de prestations}, 0)

- ² Les external factors sectoriels d'une année de prestations au sein d'une grande région sont calculés comme suit:

External factor_{Année de prestations Grande région Secteur}

$$= \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région Secteur}}}{100}$$

5.5. Limite supérieure des valeurs indicielles: facteurs de compensation catégoriels et external factors

- ¹ Les facteurs de compensation catégoriels dans le secteur ambulatoire des cabinets d'une grande région sont définis par la formule suivante:

Facteurs de compensation_{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}

= MAX(Valeur indicielle_{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}

– Limite supérieure de la valeur indicielle_{Année de prestations}, 0)

- ² Les external factors catégoriels d'une année de prestations dans le secteur ambulatoire des cabinets d'une grande région sont calculés comme suit:

$$\text{External factor}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}} = \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région Secteur Catégorie}}}{100}$$

5.6. Limite inférieure des valeurs indicielles

- ¹ Si la valeur indicielle pour une année de prestations et une grande région dépasse la limite inférieure de la valeur indicielle de l'année de prestations, aucune mesure n'est prise pour l'année de prestations correspondante et la grande région.
- ² Si la valeur indicielle pour une année de prestations et une grande région se situe en dessous de la limite inférieure de la valeur indicielle de l'année de prestations, les taux de croissance des indices sectoriels sont constitués pour l'année de prestations correspondante et la grande région.
- ³ Si les taux de croissance annuels des indices sectoriels diffèrent de moins de ou sont égal à 1,5 points, des facteurs de compensation uniformes selon le chiffre 5.7 sont définis et des mesures uniformes sont prises au sein de la grande région.
- ⁴ Si les taux de croissance annuels des indices sectoriels diffèrent de plus de 1,5 points, les taux de croissance des indices catégoriels sont définis pour l'année de prestations correspondante et le secteur ambulatoire des cabinets au sein de la grande région.
- ⁵ Si les taux de croissance annuels des indices catégoriels diffèrent de moins de ou sont égal à 1 point, des facteurs de compensation sectoriels selon le chiffre 5.8 sont définis et des mesures uniformes sont prises au sein du secteur ambulatoire des cabinets.
- ⁶ Si les taux de croissance annuels des indices catégoriels diffèrent de plus de 1 point, des facteurs de compensation catégoriels selon le chiffre 5.9 sont définis et des mesures catégorielles sont prises.

5.7. Limite inférieure des valeurs indicielles: facteur de compensation uniforme et external factor uniforme

- ¹ Le facteur de compensation uniforme au sein d'une grande région est défini par la formule suivante:

$$\begin{aligned} \text{Facteur de compensation}_{\text{Année de prestations Grande région}} \\ = \text{Valeur indicielle}_{\text{Année de prestations Grande région}} \\ - \text{Limite inférieure de la valeur indicielle}_{\text{Année de prestations}} \end{aligned}$$

- ² L'external factor uniforme d'une année de prestations au sein d'une grande région est calculé comme suit:

$$\text{External factor}_{\text{Année de prestations Grande région}} = \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région}}}{100}$$

5.8. Limite inférieure des valeurs indicielles: facteurs de compensation sectoriels et external factors sectoriels

- ¹ Les facteurs de compensation sectoriels au sein d'une grande région sont définis par la formule suivante:

$$\begin{aligned} \text{Facteurs de compensation}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur}} \\ = \text{MIN}(\text{valeur indicielle}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur}} \\ - \text{Limite inférieure de la valeur indicielle}_{\text{Année de prestations}}, 0) \end{aligned}$$

- ² Les external factors sectoriels d'une année de prestations au sein d'une grande région sont calculés comme suit:

$$\text{External factor}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur}} = \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région Secteur}}}{100}$$

5.9. Limite inférieure des valeurs indicielles: facteurs de compensation catégoriels et external factors

- ¹ Les facteurs de compensation catégoriels dans le secteur ambulatoire des cabinets d'une grande région sont définis par la formule suivante:

$$\begin{aligned} \text{Facteurs de compensation}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}} \\ = \text{MIN}(\text{valeur indicielle}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}} \\ - \text{Limite inférieure de la valeur indicielle}_{\text{Année de prestations}}, 0) \end{aligned}$$

- ² Les external factors catégoriels d'une année de prestations dans le secteur ambulatoire des cabinets d'une grande région sont calculés comme suit:

$$\text{External factor}_{\text{Année de prestations Grande région Secteur Catégorie}} = \frac{100 - \text{Facteur de compensation}_{(\text{Année de prestations}-2)\text{Grande région Secteur Catégorie}}}{100}$$

6. Mise en œuvre

6.1. Principe

- ¹ Les fournisseurs de prestations et les assureurs concernés par des mesures au sens du chiffre 5 sont tenus de mettre en œuvre les mesures pour toutes les années de prestations, grandes régions, secteurs et catégories de prise en charge.
- ² Les mesures sont référencées sur les factures des fournisseurs de prestations au moyen de l'external factor (EF).
- ³ L'external factor s'applique sur les positions tarifaires du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient.
- ⁴ L'external factor est de 1,00 pour l'année d'introduction.
- ⁵ Les mesures modulent l'external factor séparément selon les grandes régions et, pour l'approche sectorielle, selon la catégorie de fournisseur de prestations.

7. Responsabilités, processus et délais

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA de calculer les valeurs indicielles conformément aux méthodes décrites dans cette annexe. Le secrétariat de l'OTMA peut déléguer cette tâche au tiers mandaté selon l'annexe D, chiffre 2, alinéa 2.
- ² Les parties contractantes s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA d'informer les membres du groupe d'experts monitoring jusqu'à la fin août sur les external factors à appliquer l'année suivante et leur détermination.
- ³ Les parties contractantes s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA de permettre aux partenaires contractuels, en cas de compensations jusqu'à la mi-septembre, de consulter le calcul des facteurs de compensation et la détermination des external factors de l'année suivante qu'ils doivent appliquer. Les parties contractantes ont le droit de mettre à la disposition des assureurs et des fournisseurs de prestations ou aux organismes désignés par ces derniers qui sont actifs dans les grandes régions concernées les documents à des fins de consultation. Les parties contractantes veillent à ce que les assureurs et les fournisseurs de prestations qui sont actifs dans les grandes régions concernées ou les organismes désignés par ces derniers puissent contrôler la plausibilité des résultats et à ce qu'une base de données et une documentation sur la marche à suivre soient mises à disposition à cet effet.
- ⁴ Chaque partie contractante peut demander un calcul fondé sur des données par un expert indépendant. Les résultats de l'expert conjointement désigné par les parties contractantes doivent être disponibles jusqu'à la mi-octobre. La partie contractante requérante ou les parties contractantes requérantes assument les coûts de l'expertise.
- ⁵ Les parties contractantes adoptent jusqu'à la fin octobre, sous l'égide de l'OTMA, en tenant compte des résultats éventuellement divergents de l'expert indépendant, les external factors à appliquer l'année suivante. Avant d'adopter des external factors positifs, les parties contractantes veillent à ce que la détermination des external factors ne soit pas imputable à des effets liés à des retards dans la facturation.

- ⁶ Les parties contractantes demandent jusqu'à fin octobre au Conseil fédéral d'approuver les external factors, adoptés sous l'égide de l'OTMA, à appliquer l'année suivante.

8. External factor après la phase de compensation

- ¹ Les parties contractantes s'engagent à se mettre d'accord, en tenant compte du niveau et des modifications des external factors appliqués au fil du temps (cf. Chiffre 5), sur une des options suivantes qui doit continuer de garantir une structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse pour la période après la phase de compensation:
- a) Maintien d'un external factor modulé;
 - b) Adaptation des points tarifaires dans le cadre de la normalisation et suppression de l'external factor;
 - c) Adaptation des valeurs du point tarifaire et suppression de l'external factor.
- ² Les parties contractantes s'engagent à charger le secrétariat de l'OTMA de soumettre aux parties contractantes, après consultation du groupe d'experts monitoring, en rapport avec les trois variantes susmentionnées, une proposition sur la marche à suivre.
- ³ Les parties contractantes s'engagent à se mettre d'accord, sous l'égide de l'OTMA, sur l'une des trois variantes susmentionnées avant la fin de la phase de neutralité des coûts.