



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Berne, le 14 janvier 2026

Compensation du renchérissement pour les fournisseurs de prestations dans l'assurance obligatoire des soins

Rapport du Conseil fédéral
donnant suite au postulat 24.3014 de la CSSS-N
du 23 février 2024

Sommaire

1	Contexte	3
2	Bases légales en matière de tarification	3
2.1	Principes	3
2.2	Tarification des prestations ambulatoires	4
2.3	Tarification des prestations stationnaires	5
3	Compensation du renchérissement dans le système tarifaire.....	6
4	Évolution des tarifs, des valeurs des points tarifaires et des coûts des prestations ambulatoires	7
5	Évolution du renchérissement	10
6	Évolution des salaires dans le secteur de la santé	11
7	Conclusion	13

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
BNS	Banque nationale suisse
CDS	Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101)
DRG	Groupe de cas lié au diagnostic (<i>Diagnosis Related Group</i>)
ESS	Enquête sur la structure des salaires de l'OFS
ISS	Indice suisse des salaires de l'OFS
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique

1 Contexte

Le postulat 24.3014 « Compensation du renchérissement pour les fournisseurs de prestations dans l'assurance obligatoire des soins » a été adopté le 23 février 2024 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, puis le 12 juin 2024 par le Conseil national et transmis au Conseil fédéral.

Texte du postulat 24.3014 CSSS-N

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner la manière dont le renchérissement influe sur les tarifs dans l'assurance-maladie et d'établir quels sont les instruments à disposition pour tenir compte de l'évolution du renchérissement, puis de présenter un rapport à ce sujet. Il conviendra en particulier de s'intéresser aux fournisseurs de prestations non médicales.

Ces questions sont abordées ci-après.

2 Bases légales en matière de tarification

2.1 Principes

Le droit tarifaire ancré dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) se fonde sur le principe de l'autonomie tarifaire : les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.

La tarification des prestations est régie essentiellement aux art. 43 à 49 LAMal. Conformément à l'art. 43, al. 1, LAMal, les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée (art. 43, al. 4, LAMal). Les tarifs et les prix sont déterminés en fonction de la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation tarifée

obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 43, al. 4^{bis}, LAMal). L'art. 59c, al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) précise à cet égard que le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations, justifiés de manière transparente, et qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part (art. 46, al. 1, LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). Le respect de l'équité implique que le tarif soit supportable du point de vue économique pour l'assurance-maladie sociale et pour les payeurs de primes. Ce critère est évalué en tenant compte du montant absolu du tarif, mais aussi de la hausse des primes occasionnée par son introduction. Il convient également d'examiner l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie par rapport aux facteurs macroéconomiques (PIB, évolution des prix et des salaires) et de déterminer si l'écart est supportable (cf. circulaire du Conseil fédéral aux gouvernements cantonaux relative à l'approbation et à l'examen de tarifs de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, FF 1977 III, 106s.).

L'intervention subsidiaire de l'autorité compétente est admise et nécessaire lorsque les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur un tarif. Si ces derniers ne parviennent pas à se mettre d'accord, le Conseil fédéral fixe à titre subsidiaire, de manière uniforme sur le plan suisse, les tarifs à la prestation et les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires ainsi que les structures pour la rémunération des prestations stationnaires (art. 43, al. 5 et art. 49, al. 2, LAMal). Les cantons fixent les valeurs du point tarifaire si aucune convention ne peut être conclue à cet effet (art. 47 LAMal).

Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent en outre à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal). Conformément à l'art. 59d OAMal, les partenaires tarifaires sont tenus de vérifier régulièrement les tarifs et de les adapter si nécessaire. Depuis le 1^{er} janvier 2024, ils doivent également, en vertu de l'art. 47c LAMal, prévoir un monitoring commun de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts et adopter des mesures de correction en cas d'évolution inexplicable de ces paramètres.

Enfin, l'art. 55 LAMal dispose qu'en cas de forte augmentation des coûts de l'AOS par rapport à l'évolution des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix ne doivent plus être augmentés jusqu'à nouvel avis.

Face à la hausse continue des coûts de la santé, le Conseil fédéral a souligné à plusieurs reprises depuis l'introduction de la nouvelle LAMal que l'autorité compétente devait se montrer très stricte dans l'examen de la conformité des tarifs avec la loi et l'équité ainsi qu'avec le principe d'économie.

L'autorité d'approbation doit vérifier le montant et le calcul du tarif et tenir compte de son impact sur le volume des prestations et les primes d'assurance (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77 et RKUV 2001 377, consid. II/6.5).

2.2 Tarification des prestations ambulatoires

Aux termes de l'art. 43, al. 2, LAMal, le tarif est une base de calcul de la rémunération des fournisseurs de prestations. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire). Les tarifs à la prestation et les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires doivent se fonder sur une structure tarifaire unique et uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. S'il existe, dans un domaine, une structure tarifaire approuvée ou fixée par le Conseil fédéral pour les tarifs forfaitaires par patient liés

aux traitements ambulatoires, celle-ci doit être appliquée par tous les fournisseurs de prestations pour les traitements correspondants et a par conséquent la priorité sur une structure tarifaire à la prestation (art. 43, al. 5 et 5^{ter}, LAMal).

Aujourd'hui, les prestations ambulatoires en Suisse sont majoritairement rémunérées sur la base de tarifs à la prestation. La structure tarifaire correspondante détermine la valeur abstraite de la prestation (points tarifaires) en vue de sa rémunération. Elle fixe le nombre de points tarifaires par prestation diagnostique ou thérapeutique. Plus une prestation est exigeante, plus le nombre de points est élevé. Le nombre de points tarifaires définit les rapports de valeur entre les prestations. Il représente la composante structurelle du tarif. Le prix concret auquel la prestation est facturée s'obtient en multipliant le nombre de points par la valeur concrète du point, exprimée en francs et en centimes. Les valeurs du point tarifaire constituent la composante financière du tarif.

Les structures tarifaires font généralement l'objet d'une convention nationale (obligatoire pour les tarifs à la prestation et les forfaits par patient), tandis que les valeurs du point tarifaire sont le plus souvent négociées au niveau cantonal ou régional et approuvées par le gouvernement cantonal compétent. La fixation de valeurs du point différentes permet de tenir compte des variations de coûts entre les cantons, par exemple au niveau des salaires et des loyers. Les partenaires tarifaires ont toutefois aussi la possibilité de s'entendre sur une valeur du point nationale. Les conventions tarifaires définissant des valeurs du point valables dans l'ensemble de la Suisse sont soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

Conformément à l'art. 59d, al. 1, OAMal, les partenaires tarifaires sont tenus de vérifier régulièrement les tarifs et conformément à l'art. 59d^{bis}, al 1, OAMal, de les adapter si le respect des principes énoncés à l'art. 43 LAMal et aux art. 59c et 59c^{bis} OAMal (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2026¹), dans la mesure où ces principes sont applicables, n'est plus garanti. Ils doivent s'assurer que les tarifs sont conformes aux conditions actuelles.

Dans la jurisprudence concernant les recours en matière tarifaire, qui étaient jusqu'en 2006 du ressort du Conseil fédéral, ce dernier a indiqué que le principe du calcul fondé sur les règles applicables en économie d'entreprise ne permettait pas de garantir un revenu minimum. De même, la décision de revoir à la hausse la valeur d'un point tarifaire ne saurait être justifiée par la nécessité de maintenir le niveau de revenu des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral a rappelé que ces derniers étaient des entrepreneurs individuels exerçant sous leur propre responsabilité financière et souligné que la garantie d'un revenu minimum était contraire à l'exigence d'assurer des soins appropriés, d'un haut niveau de qualité et le plus avantageux possible et ne respectait pas les principes d'économie et d'équité (cf. RKUV 2/1997 p. 122 ss, consid. 4).

2.3 Tarification des prestations stationnaires

Le principe de l'autonomie tarifaire s'applique aussi dans le domaine stationnaire. Là encore, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations conformément aux bases légales décrites au chapitre 2.1.

Concernant les hôpitaux, l'art. 49, al. 1, LAMal prévoit en outre que les traitements stationnaires sont rémunérés par des forfaits et indique qu'il s'agit en général de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations – autrement dit, ils permettent une différenciation du tarif en fonction du type et de l'intensité de la prestation – et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. La loi précise expressément que les rémunérations ne comprennent pas les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3, LAMal). L'art. 59c^{ter} OAMal énumère les documents à remettre au Conseil fédéral avec la demande d'approbation. Les tarifs stationnaires ne se fondent pas sur les coûts imputables de l'hôpital concerné pour l'année de fixation du tarif, mais sur le benchmark plus les suppléments (valeur de référence) correspondant à un hôpital considéré par comparaison comme

¹ Voir [le communiqué de presse « Le contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts entrera en vigueur au 1er janvier 2026 »](#) et [le rapport explicatif de l'OFSP](#).

suffisamment efficient². Ce système permet de prendre en compte les gains d'efficacité dès la tarification.

La rémunération des traitements stationnaires est réglée dans trois structures tarifaires nationales : SwissDRG (prestations hospitalières en soins somatiques aigus), TARPSY (psychiatrie) et ST Reha (réadaptation).

Sur la base d'éléments tels que le diagnostic principal et les diagnostics supplémentaires, les procédures ou les caractéristiques des patients, chaque traitement hospitalier est attribué à un groupe de cas le plus homogène possible suivant des critères médicaux et économiques. Pour chaque groupe de cas, on calcule un coût relatif (*cost-weight*) par rapport au cas normatif ou à la journée de séjour normative équivalant à une valeur de 1,0. Parallèlement aux groupes de cas, il est possible de facturer des rémunérations supplémentaires pour certains traitements rares ou très coûteux qui ne se prêtent pas à l'établissement d'un forfait.

La définition des groupes de cas, le montant des coûts relatifs et les rémunérations supplémentaires sont réglés de manière uniforme pour l'ensemble de la Suisse dans les structures tarifaires.

L'élaboration et le développement annuel de la structure tarifaire sont du ressort de la société SwissDRG SA, détenue conjointement par les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons. Les nouvelles versions de la structure tarifaire sont soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

Dans le système SwissDRG, la rémunération d'un traitement est calculée en multipliant le coût relatif du cas par le prix de base (*base rate*) de l'hôpital en question. Pour les structures TARPSY et ST Reha, les coûts relatifs journaliers sont multipliés par la durée de séjour en jours et le prix de base de l'hôpital concerné. Les prix de base sont négociés par établissement, généralement pour une année. Leur calcul se fonde sur les données justifiées des hôpitaux relatives aux prestations et aux coûts effectifs. Les coûts d'un hôpital pris en compte pour le tarif sont divisés par la somme des coûts relatifs facturés. Le quotient correspond au coût d'un cas normatif présentant un coût relatif de 1,0 (coût normatif par cas).

Les coûts normatifs par cas de l'ensemble des hôpitaux font l'objet d'une comparaison à l'échelle nationale. Leur efficacité est évaluée dans le cadre d'un benchmarking. Selon la jurisprudence, dans cette analyse, les coûts déterminants pour l'année tarifaire X sont ceux de l'année X-2. Conformément à la jurisprudence, le benchmark visé à l'art. 49, al. 1, 5^e phrase, LAMal est complété par des suppléments généraux relatifs à des positions pertinentes pour le calcul du tarif qui concernent tous les hôpitaux de manière égale et qui ne figurent pas dans les valeurs de base intégrées dans le benchmarking ; en font notamment partie les coûts d'utilisation des immobilisations et le renchérissement jusqu'à l'année tarifaire (X-1). La valeur de référence sert de fondement aux négociations tarifaires individuelles menées avec les hôpitaux, au cours desquelles les tarifs peuvent être différenciés entre les établissements par des suppléments ou des déductions. Ce mécanisme permet de compenser les différences de coûts qui ne peuvent pas être prises en compte entièrement dans les structures tarifaires. Les prix de base sont négociés entre l'hôpital d'une part et les assureurs ou la communauté d'achat d'autre part.

Par le passé, les prix de base des hôpitaux pour les traitements somatiques aigus sont restés stables durant plusieurs années. Ils ont augmenté suite au renchérissement de diverses ressources début 2022. En 2024, le prix de base moyen s'élevait à 9743 francs, contre 9535 en 2015 (calcul effectué par l'OFSP à partir des prix de base publiés par les cantons).

3 Compensation du renchérissement dans le système tarifaire

Le droit tarifaire ancré dans la LAMal ne prévoit pas d'adaptation automatique des tarifs au renchérissement. Toutefois, les partenaires tarifaires peuvent intégrer des dispositions spécifiques sur

² Arrêt du Tribunal administratif fédéral 2014/3 du 7 avril 2014, consid. 2.9.4.4

la prise en compte de ce paramètre dans les conventions tarifaires. Ils négocient et déterminent librement les tarifs dans les limites des prescriptions légales. Quelques conventions tarifaires traitent concrètement du renchérissement. Par exemple, dans une (ancienne) convention, le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) et la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) prévoyaient la possibilité de renégocier les tarifs en cas de renchérissement supérieur à 5 % depuis la conclusion de l'accord, en tenant compte des conditions économiques (art. 10 concernant l'entrée en vigueur et l'abrogation de la convention). Comme indiqué au chapitre 2.2, conformément à l'art. 59d, al. 1, OAMal, les partenaires tarifaires sont par ailleurs tenus de vérifier régulièrement les tarifs et conformément à l'art. 59d^{bis}, al 1, OAMal de les adapter si le respect des principes énoncés à l'art. 43 LAMal et aux art. 59c et 59c^{bis} OAMal (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2026), dans la mesure où ces principes sont applicables, n'est plus garanti.

Dans ce contexte, une hausse des coûts liés à la fourniture des prestations, due par exemple au renchérissement, peut entraîner une augmentation des tarifs y relatifs. Les tarifs étant déterminés sur la base de coûts justifiés de façon transparente pour une fourniture efficiente des prestations, l'augmentation des coûts induite par le renchérissement devrait, dans le système en vigueur, être intégrée dans les négociations des partenaires tarifaires dès que des données et des documents pertinents concernant ces coûts sont disponibles. Le renchérissement devrait ainsi pouvoir être intégralement pris en compte, indirectement du moins, pour autant que la fourniture efficiente des prestations soit démontrée.

Par contre, une compensation automatique du renchérissement ne serait pas compatible avec le système tarifaire en vigueur. Il faudrait modifier en profondeur le droit tarifaire pour introduire un tel mécanisme et ce changement porterait atteinte à l'autonomie tarifaire. Une compensation automatique du renchérissement serait en particulier incompatible avec les principes d'économie et d'équité dans le droit tarifaire, car des hausses automatiques pourraient aboutir à des tarifs qui ne seraient plus supportables du point de vue économique. Le Conseil fédéral a déjà fait remarquer à plusieurs reprises qu'un tarif ne saurait être déterminé uniquement par des critères applicables en économie d'entreprise et qu'il doit aussi être considéré de façon plus large, à savoir dans un cadre économique global. D'une part, il faut tenir compte du caractère économiquement supportable au moment d'adopter ou de réviser un tarif : il convient d'examiner lors de sa fixation ou de son approbation si l'impact sur les coûts et les primes des assurés est supportable. D'autre part, sous l'angle économique général, il importe d'évaluer également l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie par rapport aux indicateurs macroéconomiques (PIB, évolution des prix et des salaires) et de déterminer si l'écart est tolérable. L'examen du caractère économiquement supportable équivaut donc à une réflexion globale et il se peut que ce critère justifie le maintien d'un tarif inférieur au niveau de la couverture des coûts (circulaire du Conseil fédéral aux gouvernements cantonaux relative à l'approbation et à l'examen de tarifs de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, FF 1977 III, 102s). En cas de modification du droit tarifaire, il faudrait enfin respecter le principe de l'égalité de traitement inscrite dans la Constitution fédérale (Cst.) : à situations égales, traitement égal ; à situations inégales, traitement inégal. Ce principe interdit un traitement inégal non motivé de groupes de fournisseurs de prestations sanitaires.

4 Évolution des tarifs, des valeurs des points tarifaires et des coûts des prestations ambulatoires

Évolution des tarifs et des valeurs du point tarifaire

Comme indiqué précédemment, les conventions portant sur les structures tarifaires sont conclues séparément entre les (fédérations des) groupes de fournisseurs de prestations et les (fédérations des) assureurs à l'échelon national tandis que celles servant à fixer les valeurs du point tarifaire ou les prix de base sont généralement négociées au niveau cantonal. Souvent, la valeur du point tarifaire n'est pas la même pour le secteur hospitalier ambulatoire que pour les fournisseurs de prestations exerçant à titre indépendant. De plus, les assureurs sont organisés en trois communautés d'achat distinctes

(tarifsuisse SA, CSS Assurance-maladie SA et HSK SA) pour la conclusion des conventions tarifaires. Le paysage tarifaire suisse est donc relativement fragmenté, avec la coexistence d'un grand nombre de conventions tarifaires. L'adaptation de ces accords ne suit pas non plus une procédure uniforme. Souvent, les conventions tarifaires restent inchangées durant une longue période³. Enfin, ni les gouvernements cantonaux compétents ni les communautés d'achat ne publient systématiquement les conventions concernant les valeurs du point, ce qui complique encore la compréhensibilité.

Cela étant, il n'est pas possible, dans le cadre de la réponse au postulat, de présenter un tableau complet de l'évolution des tarifs dans le domaine non médical. Le présent rapport se fonde sur la définition suivante : sont réputés non médicaux les fournisseurs de prestations qui ne sont pas inscrits au registre des professions médicales. De plus, seuls les groupes professionnels dont le volume annuel des prestations facturées à la charge de l'AOS atteint un minimum de 35 millions de francs sont pris en compte, à savoir les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes ainsi que les diététiciens. Les psychologues-psychothérapeutes ne sont pas inclus, car ils ont été reconnus récemment comme fournisseurs de prestations selon la LAMal et n'ont pas encore de tarif définitif. Au niveau temporel, le rapport présente l'évolution jusqu'en 2023. À titre de comparaison, l'évolution des tarifs et des valeurs du point tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires est également prise en compte.

Physiothérapeutes

En 2023, les physiothérapeutes ont facturé à la charge de l'AOS des prestations brutes à hauteur de 1474 millions de francs. Il s'agit du volume de coûts le plus élevé parmi les fournisseurs de prestations non médicales pris en compte dans le présent rapport.

La structure tarifaire valable actuellement est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Faute d'accord entre les partenaires tarifaires, le Conseil fédéral l'a fixée afin d'éviter un vide conventionnel. Il a procédé à des adaptations ponctuelles, notamment pour préciser des positions tarifaires et assurer une meilleure cohérence avec les prescriptions légales. La structure tarifaire n'a pas fait l'objet de révision complète depuis 1998. Le texte en vigueur constitue une solution transitoire en attendant que les partenaires tarifaires s'entendent sur une nouvelle version. La dernière augmentation notable des valeurs du point remonte au milieu des années 2010. Depuis, elles n'ont plus évolué.

Ergothérapeutes

En 2023, les ergothérapeutes ont facturé à la charge de l'AOS des prestations totalisant 184 millions de francs. La structure tarifaire en vigueur actuellement a été introduite en 2005. Cette même année, une valeur uniforme du point tarifaire a été adoptée pour l'exercice de la profession à titre indépendant. Elle n'a plus changé depuis lors.

Sages-femmes

En 2023, les sages-femmes ont facturé à la charge de l'AOS des prestations brutes à hauteur de 121 millions de francs. La structure tarifaire en vigueur a été introduite le 1^{er} juillet 2020, après révision complète de la version antérieure datant de 1996, qui n'était plus adaptée. Les valeurs du point tarifaire ont été légèrement relevées peu avant – ou dans quelques cas peu après – l'entrée en force de la nouvelle structure.

Diététiciens

En 2023, le volume des prestations à la charge de l'AOS facturées par les diététiciens atteignait 39 millions de francs. La structure tarifaire en vigueur date de 2002, de même que la valeur uniforme du point tarifaire pour les personnes exerçant à titre indépendant. Ces dernières années, des hausses

³ Remarque : la modification de l'OAMal au 1^{er} janvier 2026 devrait entraîner des adaptations plus fréquentes des conventions tarifaires (art. 59d et 59d^{bis} OAMal).

de la valeur du point ont été négociées pour la première fois avec plusieurs assureurs. Elles doivent encore être approuvées par le Conseil fédéral.

En pratique, on constate donc que, dans les quatre groupes de prestations, les périodes prolongées sans adaptation des tarifs sont la norme. Même dans les (quelques) cas où des clauses prévoient une reprise des négociations à partir d'un certain niveau de renchérissement, celles-ci ne semblent pas avoir été appliquées. Les adaptations tarifaires sont plutôt irrégulières et interviennent le plus souvent après de longs intervalles sans changement.

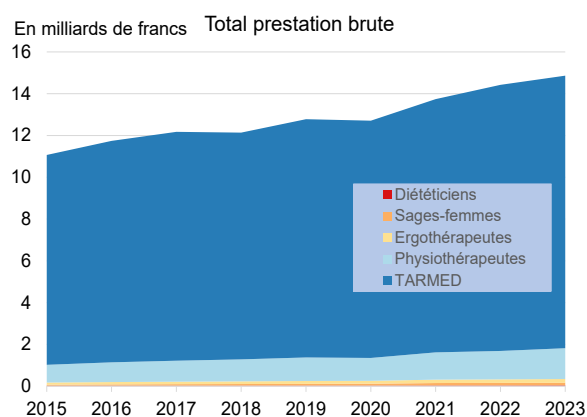
Prestations médicales ambulatoires

La comparaison avec les prestations médicales ambulatoires montre toutefois que les tendances observées ne se limitent pas aux prestations non médicales. La structure tarifaire TARMED pour la facturation des prestations médicales ambulatoires est entrée en vigueur en 2004 et n'a jamais été entièrement révisée. Les partenaires tarifaires n'ayant pas pu s'entendre sur une proposition d'adaptation commune, le Conseil fédéral a fait usage en 2014 et 2017 de sa compétence subsidiaire et procédé à des ajustements de la structure tarifaire. En 2017, il a en outre déclaré obligatoire à l'échelle nationale la version adaptée de la structure tarifaire uniforme à compter du 1^{er} janvier 2018. Les valeurs du point tarifaire sont aussi restées pratiquement inchangées ces dix dernières années. Contrairement aux prestations non médicales, on dispose pour ce domaine de vues d'ensemble de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de NewIndex.

Évolution des coûts

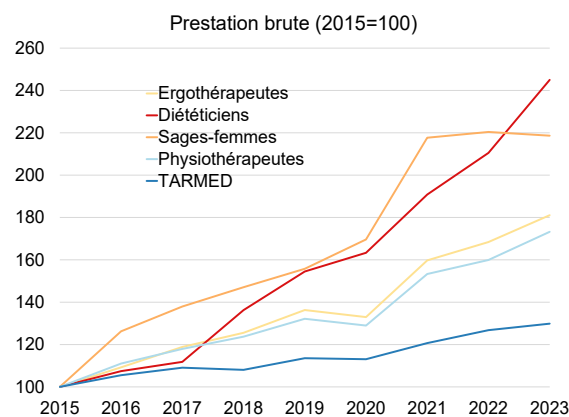
On observe une croissance continue des coûts à la charge de l'AOS également pour les prestations non médicales. En chiffres absolus, les coûts de ces dernières se situent à un niveau peu élevé, comme le montre aussi la comparaison avec les prestations médicales facturées via le TARMED. Cependant, en termes relatifs, ce domaine a connu une forte augmentation des coûts ces dernières années. Les taux de croissance des coûts des prestations non médicales étaient largement supérieurs à ceux des prestations médicales.

Fig. 1 Évolution des coûts entre 2015 et 2023, en CHF



Source : Présentation adaptée de SASIS SA – pool de données

Fig. 2 Évolution des coûts indexés entre 2015 et 2023



Source : Présentation adaptée de SASIS SA – pool de données

En ce qui concerne les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, l'interdiction de pratiquer pendant la pandémie en 2020 a entraîné un recul des coûts. Dans ces deux professions, la courbe est ensuite rapidement repartie à la hausse. Les tarifs étant pratiquement inchangés depuis des années, cette augmentation est probablement due avant tout à une recrudescence de la demande. Selon les explications fournies par la branche, cette hausse marquée est liée à plusieurs facteurs, notamment à

l'évolution démographique, à la préférence donnée aux traitements conservateurs et au transfert du domaine stationnaire vers l'ambulatoire, qui engendre un besoin accru de suivi ambulatoire. S'agissant des sages-femmes, l'augmentation significative constatée après 2020 s'expliquerait en premier lieu par l'introduction de la nouvelle structure tarifaire. Enfin, la hausse importante des coûts concernant les diététiciens, en particulier ces dernières années, est vraisemblablement liée à de nouveaux médicaments utilisés pour le contrôle du poids. Ces produits n'étant remboursés que dans le cadre d'un suivi en diététique, la demande de traitements a fortement augmenté.

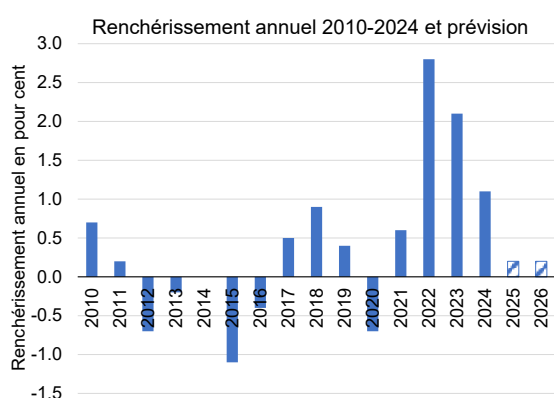
5 Évolution du renchérissement

Le renchérissement est mesuré en Suisse à l'aide de l'indice des prix à la consommation (IPC). L'IPC relève l'évolution des prix de la consommation privée, à savoir des biens et des services les plus consommés par les ménages privés. Il est calculé sur la base de plusieurs sous-indices relatifs à l'évolution des prix de biens et de services pondérés en fonction de la part qu'ils représentent dans les dépenses totales d'un ménage moyen et permet ainsi de tirer des conclusions sur la mesure dans laquelle les différents groupes de dépenses participent au renchérissement. L'IPC ne comprend pas les transferts tels que les impôts, les cotisations sociales ou les primes d'assurance-maladie.

Conformément à la Constitution fédérale, la Banque nationale suisse (BNS) a pour mission de garantir la stabilité des prix dans le pays. Elle s'est fixé comme objectif de maintenir le renchérissement à un niveau correspondant à une augmentation annuelle de l'IPC se situant entre 0 % et 2 %. En cas de dépassement, la BNS doit adapter sa politique monétaire afin de réduire la pression induite par le renchérissement.

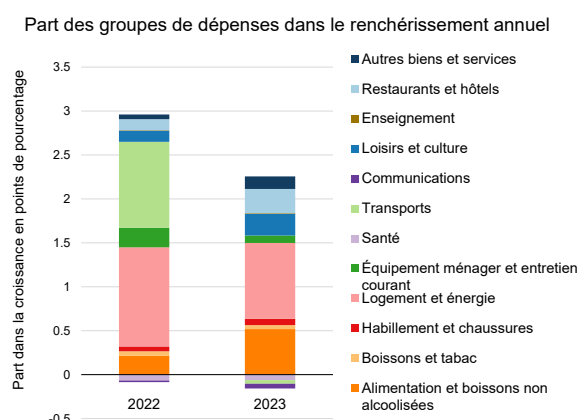
Après une décennie marquée par un renchérissement très faible, voire négatif durant quelques années, la Suisse a connu une hausse majeure inattendue en 2022 et 2023, liée notamment à la pénurie d'agents énergétiques provoquée par la crise en Ukraine. En 2022, l'augmentation des prix dans les secteurs des produits pétroliers, du gaz et de l'automobile et les hausses de loyer constituaient les causes premières. En 2023, le renchérissement était dû en particulier aux prix plus élevés du gaz et de l'électricité ainsi que des loyers. Depuis, il a beaucoup baissé. Pour les années 2025 et 2026, le Groupe d'experts pour les prévisions conjoncturelles de la Confédération s'attend à un renchérissement annuel de 0,2 % et 0,2 % (prévision établie le 15 décembre 2025⁴).

Fig. 3 Évolution du renchérissement entre 2010 et 2024 et 2026



Source : Office fédéral de la statistique

Fig. 4 Composantes du renchérissement en 2022 et 2023



Source : Office fédéral de la statistique

⁴ Prévisions conjoncturelles du SECO (<https://www.seco.padmin.ch/seco/fr/home/wirtschaftslage--wirtschaftspolitik/Wirtschaftslage/konjunkturprognosen.html>)

Il est évident que la structure des coûts au niveau de la fourniture de prestations sanitaires diffère sur certains points de celle d'un ménage. En ce qui concerne les prestations non médicales, on estime que les postes les plus importants sont les coûts salariaux, les cotisations sociales et les loyers. S'y ajoutent les coûts suivants : matériel médical, eau et énergie, entretien, informatique et administration. Ces différences font que l'IPC ne constitue pas un indice approprié pour mesurer l'évolution du renchérissement dans la fourniture des prestations sanitaires. Il faudrait plutôt analyser, au cas par cas ou par groupe de fournisseurs de prestations, les catégories de coûts supportés dans ce domaine et à quel point ils se sont renchérés. La nécessité de procéder à un examen différencié par groupe de fournisseurs de prestations montre par ailleurs qu'il serait inopportun de prévoir une compensation forfaitaire automatisée du renchérissement.

6 Évolution des salaires dans le secteur de la santé

En Suisse, les informations sur les salaires sont recueillies de façon systématique dans le cadre de plusieurs enquêtes. L'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) est utile en particulier pour analyser les différences de niveau de salaire et la répartition salariale. Elle comprend des renseignements détaillés sur plus de deux millions de personnes employées dans près de 36 000 entreprises de l'industrie et des services. Outre le salaire mensuel, l'enquête inclut aussi les composantes irrégulières du salaire telles que les indemnités pour le travail de nuit ou les boni. L'ESS est réalisée tous les deux ans. Les résultats présentent le salaire médian.

Entre 2012 et 2022, le salaire médian a augmenté au total de 5,4 % en Suisse. Dans la catégorie des professions de la santé universitaires et apparentées, dont font partie les professions de la santé analysées en détail ci-après, l'augmentation sur cette période est de 5,1 %, soit une valeur inférieure à la progression globale. On constate toutefois des écarts importants entre les différentes professions de la santé. Les salaires médians des physiothérapeutes employés ont augmenté de 8,8 % dans le privé et de 3,1 % dans le public, ceux des spécialistes de la santé, qui incluent les ergothérapeutes, ont baissé de 0,5 % dans le privé et augmenté de 3,6 % dans le public. Les salaires médians des sages-femmes employées ont progressé de 0,9 % dans le privé et de 1,5 % dans le public et, enfin, ceux des diététiciens ont augmenté de 1,2 % dans le privé et de 4,9 % dans le public. Par comparaison, les salaires des médecins employés ont connu une hausse nettement plus importante. Le salaire médian des médecins spécialistes⁵ a progressé de 17,3 % dans le privé et de 6,3 % dans le public et celui des médecins⁶ de 8,5 % dans le privé et de 1,5 % dans le public.

L'évolution des salaires dans le secteur de la santé se caractérise dès lors par une grande hétérogénéité entre les groupes professionnels : si les médecins spécialistes employés ont pour certains bénéficié de hausses importantes, l'évolution des salaires est restée modérée dans plusieurs autres professions de la santé, voire inférieure dans certains cas à la progression générale. La croissance était particulièrement faible pour les sages-femmes employées ainsi que pour les spécialistes de la santé tels que les ergothérapeutes. On remarque aussi de grandes différences entre le secteur privé et le secteur public.

Figure 5 : Évolution des salaires médians dans les professions de la santé entre 2012 et 2022, par groupe professionnel et par secteur

	Physiothérapeutes		Spécialistes dans les professions de la santé (ergothérapeutes inclus)		Sages-femmes		Diététiciens		Médecins spécialistes		Médecins sip	
Évolution	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public
2012-2022	8.8%	3.1%	-0.5%	3.6%	0.9%	1.5%	1.2%	4.9%	17.3%	6.3%	8.5%	1.5%

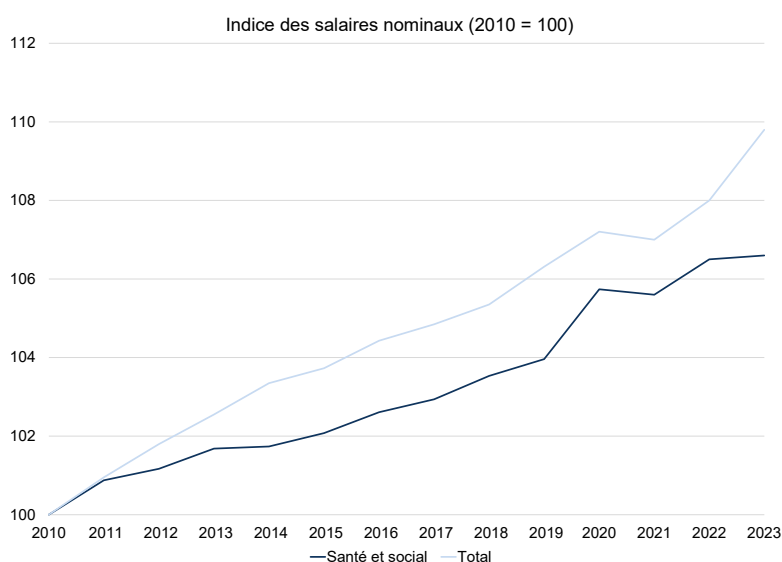
⁵ Dans la nomenclature suisse des professions CH-ISCO-19, la catégorie « médecins spécialistes » inclut tous les médecins possédant un titre de spécialiste, y compris les chefs de clinique et les médecins-chefs.

⁶ Dans la nomenclature suisse des professions CH-ISCO-19, la catégorie « médecins » inclut plusieurs désignations de médecins non précisées (médecin/médecin avec cabinet personnel, D^r méd., Prof. D^r méd., médecin-assistant, etc.).

Source : Office fédéral de la statistique

Parallèlement à l'ESS, les informations sur les salaires sont recueillies dans l'indice suisse des salaires (ISS). L'ISS se fonde sur les salaires mensuels bruts issus des quelque 300 000 déclarations d'accident annuelles concernant des personnes employées en Suisse. Comme le panier-type de l'IPC, la structure des personnes salariées incluses dans l'ISS reste constante, de façon à exclure les modifications structurelles. Les employés des branches payant moins cherchent en effet à changer de secteur pour obtenir une meilleure rémunération. L'ISS n'étant pas influencé par ces changements structurels, il constitue un outil de choix pour évaluer l'impact du renchérissement sur les salaires. Les données de l'ISS présentent un résultat comparable à l'analyse des salaires médians. Entre 2010 et 2023, le salaire nominal a moins progressé dans la santé et le social que dans l'économie globale. Même durant les années 2022 et 2023 à fort renchérissement, les adaptations salariales ont manifestement été moins fréquentes que dans d'autres secteurs économiques. Il n'est pas possible d'obtenir des résultats différenciés entre les branches en raison du plus faible nombre de cas de données dans l'ISS.

Figure 6 : Évolution des salaires dans la santé et le social entre 2010 et 2023



Source : Office fédéral de la statistique

La hausse moins élevée du salaire nominal comme du salaire médian dans le secteur de la santé par rapport à l'ensemble de l'économie pourrait indiquer que le système tarifaire suisse freine quelque peu l'évolution des salaires. Toutefois, les données sur le salaire médian par groupe professionnel montrent une évolution très hétérogène dans le secteur de la santé et, dans certains cas, une augmentation très nettement supérieure à la moyenne. Ce constat ne peut pas s'expliquer par le système tarifaire. Par ailleurs, il semble que les adaptations prennent plus de temps que dans d'autres branches, notamment en cas de modifications soudaines telles que le renchérissement important enregistré en 2022 et 2023. Cependant, même si les salaires dans le secteur de la santé réagissent moins vite aux modifications des prix, l'ISS met en évidence une évolution positive sur la durée et traduit ainsi une capacité d'adaptation du système. Enfin, ces données ne peuvent pas être transposées telles quelles à l'exercice de la profession à titre indépendant, fréquent dans le domaine sanitaire. Le revenu des personnes indépendantes dans les métiers de la santé est fonction du nombre de patients pris en charge et des prestations médicales fournies. Il peut donc connaître des fluctuations plus importantes et dépend directement du cadre des prestations (occupation de l'établissement, type/fréquence des prestations fournies, efficacité des processus, etc.). Ces personnes n'ont pas droit à un revenu minimum.

7 Conclusion

Le système tarifaire suisse repose sur une répartition claire des tâches entre les partenaires tarifaires, les cantons et le Conseil fédéral. Un rôle de premier plan est attribué aux partenaires tarifaires, de sorte qu'ils disposent de la liberté nécessaire pour négocier, dans les limites du cadre légal, des conventions appropriées qui satisfont au principe d'économie.

Dans la pratique, on observe que les tarifs restent stables sur des périodes prolongées, avec des intervalles relativement longs entre les changements. En parallèle, l'évolution positive des salaires des personnes employées dans le secteur de la santé suggère que des adaptations sont possibles, même s'il existe des différences importantes entre les groupes professionnels et les domaines de prestations. Ces écarts ne peuvent pas s'expliquer par le système tarifaire.

Une compensation automatique du renchérissement serait incompatible avec la logique du système actuel de la LAMal. Elle serait aussi contraire au calcul des tarifs selon les règles applicables en économie d'entreprise et ne respecterait pas les principes d'économie et d'équité. Le droit en vigueur prévoit que l'impact du renchérissement est pris en compte dans les négociations tarifaires sur la base de l'évolution des coûts justifiés et que les augmentations de tarifs doivent rester supportables du point de vue économique. Ces modalités garantissent des adaptations différenciées, fondées sur des données, et tiennent compte des principes essentiels de transparence et d'efficacité.

En conclusion, le système tarifaire en place contient les mécanismes permettant de procéder à des ajustements en fonction des développements économiques. Une adaptation automatisée des tarifs serait contraire aux principes du système. Elle n'est ni nécessaire ni appropriée.