



Bern, 8. Juli 2026

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance-maladie et accidents
Division Tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Nom	Florian Bossion
Téléphone	031 335 11 33
E-Mail	florian.bossion@hplus.ch

Prise de position de H+ la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et révision totale de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (financement uniforme des prestations)

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de nous donner la possibilité de prendre position sur la révision des ordonnances **OAMal, OCP, RAI, OLAA, OAM et OPAS** dans le cadre de la mise en œuvre du financement uniforme des prestations. La présente prise de position repose sur les résultats d'une enquête menée auprès de nos membres actifs.

H+, Vos hôpitaux est l'association faîtière nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 218 hôpitaux, cliniques et institutions de soins en tant que membres actifs sur 503 sites, ainsi que 133 associations, autorités, institutions, entreprises et personnes individuelles en tant que membres partenaires.

H+ demeure convaincu que le financement uniforme des prestations constitue une réforme centrale et pertinente du système de santé suisse. Celle-ci est nécessaire afin d'éliminer les incitations inappropriées et de permettre une prise en charge ambulatoire durable. Le passage aux soins ambulatoires visé par le financement uniforme des prestations ne pourra toutefois aboutir que si les prestations ambulatoires fournies de manière efficace sont enfin rémunérées à hauteur de leurs coûts. Des tarifs ambulatoires adéquats constituent une condition essentielle au succès du financement uniforme des prestations.

Du point de vue de H+, il est par ailleurs particulièrement important que la trésorerie des prestataires soit garantie pendant la phase de transition 2027/28 et que le financement uniforme des prestations permette une simplification notable des processus administratifs. Les nouveaux processus, notamment dans le domaine du contrôle des factures et de la transmission des données, doivent être conçus de manière à réduire la charge administrative des hôpitaux et à éviter les doublons du côté des assureurs et des cantons.

La révision des ordonnances souhaitée par l'OFSP dans le cadre de la mise en œuvre du financement uniforme des prestations concerne six ordonnances différentes. H+ soutient les révisions proposées des ordonnances suivantes : RAI, OLAA, OAM et OPAS. **Par contre, H+ rejette clairement, dans leur forme actuelle, les révisions de l'OAMal et de l'OCP.**

Révision de l'OAMal

Paiements d'acomptes des cantons pour garantir les liquidités : absence d'ancrage dans l'OAMal

L'article 78 OAMal prévoit que les paiements des cantons aux institutions communes soient effectués chaque semaine. À défaut, un intérêt moratoire de 5 % est dû. H+ salue ce principe. Il garantit aux assureurs-maladie les liquidités nécessaires pour régler les factures des fournisseurs de prestations dans le délai légal de 30 jours.

Toutefois, pour les hôpitaux et les cliniques, des paiements d'acomptes entre l'institution commune et les cantons sont également indispensables en complément de ce dispositif. En particulier lors du passage de 2027 à 2028, il existe sinon un risque de retard dans le paiement des factures, ce qui pourrait entraîner des problèmes de liquidités pour les fournisseurs de prestations sans qu'ils en soient responsables.

Or, la possibilité pour les cantons d'effectuer des acomptes à l'Institution commune LAMal n'est mentionnée que dans le rapport explicatif, au chapitre 1.1.6, sans être reprise dans le texte contraignant de l'ordonnance. Pour H+, une simple mention dans le rapport explicatif ne suffit pas : elle ne crée pas une base uniforme, fiable et juridiquement sûre à l'échelle suisse pour l'organisation des modalités de paiement. En l'absence d'un ancrage explicite dans l'OAMal, il existe un risque de modèles cantonaux divergents et de problèmes de liquidités dans le système de financement.

H+ demande par conséquent que le versement d'acomptes soit expressément prévu dans le texte de l'ordonnance et défini comme modèle de base du processus de paiement.

Au tournant de 2027 et 2028, il existe en outre un risque réel que les assureurs-maladie, l'Organe commun LAMal et les cantons ne soient pas encore en mesure, en raison de difficultés techniques ou organisationnelles, de traiter dans les délais les factures des hôpitaux et des cliniques selon la nouvelle systématique. Cela pourrait entraîner des problèmes de trésorerie chez les prestataires, sans que ceux-ci n'y soient pour rien.

H+ demande donc que soit créée, pour la phase d'introduction en 2028, une base légale temporaire permettant aux assureurs maladie de verser, si nécessaire, des acomptes aux hôpitaux et aux cliniques jusqu'à ce que le traitement ordinaire des factures fonctionne pleinement.

→ **Art. 59a** ^{quinquies} **al. 3 OAMal**

- Ajout d'un nouvel alinéa 3 : « *Les cantons versent périodiquement à l'Institution commune LAMal des acomptes sur les contributions cantonales dues. Les acomptes constituent le modèle de base du processus de paiement. Ils sont régulièrement compensés avec les montants effectivement dus. Par ailleurs, les assureurs maladie pourront également verser des acomptes aux prestataires au cours de l'année 2028* »

Flux de données

La mise en œuvre des flux financiers et de données du financement uniforme des prestations est en cours d'élaboration entre les cantons, les assureurs-maladie et l'Organisme commun LAMal. Il est essentiel que ces processus soient conçus de manière uniforme à l'échelle nationale, adaptés à la pratique et simples sur le plan administratif.

À cet égard, il est essentiel que les prestataires de soins ne soient pas tenus de collecter ou de fournir des données supplémentaires allant au-delà des transmissions de données actuelles et prévues par la loi. Il convient au contraire d'utiliser les données déjà disponibles et de limiter la transmission de données entre les acteurs concernés au strict minimum nécessaire à l'accomplissement de la mission légale correspondante.

Cela signifie notamment que les cantons ne doivent recevoir que les données de facturation dont ils ont impérativement besoin pour remplir leurs missions légales. Les informations qui ne font pas partie de la facture, mais qui figurent dans le dossier médical que le prestataire transmet à l'assureur-maladie ou à son service de réception des données en complément de la facture, ne doivent pas non plus être transmises aux cantons à l'avenir. La distinction actuelle entre les données administratives de facturation et les données médicales relatives aux traitements doit être maintenue. En conséquence, H+ demande que le rapport explicatif précise, sous la rubrique « Art. 59a quater Accès des cantons aux données de facturation dans le domaine hospitalier », que les assureurs maladie n'accordent aux cantons l'accès qu'aux seules données de facturation nécessaires.

Budgets globaux cantonaux

Certains cantons disposent aujourd'hui de réglementations qui prévoient, dans certaines configurations, une réduction de la part cantonale. H+ part du principe que ces réglementations continueront, même dans le cadre du financement uniforme des prestations, à n'avoir aucune incidence sur l'obligation légale de financement des assureurs-maladie prévue par le droit fédéral. H+ interprète notamment l'art. 49a LAMal en ce sens que les assureurs-maladie doivent prendre en charge leur part légale de financement des prestations stationnaires de l'AOS, indépendamment des réglementations cantonales spécifiques.

C'est pourquoi il convient de prévoir, au sein de l'Institution commune LAMal, un processus clairement défini garantissant que les assureurs s'acquittent dans les délais de leur obligation légale de financement, même dans les cas où la part cantonale n'est pas versée ou ne l'est qu'à titre réduit.

Extension de la restriction de l'admission à pratiquer aux fournisseurs de prestations ambulatoires

Différentes dispositions du projet de révision de l'OAMal prévoient une extension des limitations cantonales d'admission à d'autres fournisseurs de prestations ambulatoires tels que les pharmaciennes, chiropraticien-ne-s, sage-femmes, laboratoires, entreprises de transport et de sauvetage, etc.

Une telle extension des possibilités de pilotage constitue une atteinte importante au système d'admission ainsi qu'à la liberté d'exercice des professions concernées. H+ s'oppose à l'introduction d'un contrôle global des autorisations pour d'autres prestataires ambulatoires.

H+ observe de manière générale avec une grande inquiétude la réglementation relative aux limitations d'admission dans le domaine ambulatoire, car celle-ci engendre, outre divers problèmes de mise en œuvre, une bureaucratie préoccupante, un morcellement cantonal et une forte insécurité juridique. De plus, les limitations d'admission risquent d'aggraver la pénurie de personnel qualifié déjà existante, de compliquer fortement le développement du secteur ambulatoire pourtant souhaité également au niveau politique et, par conséquent, d'alimenter l'évolution des coûts. Dans ce contexte, H+ recommande de renoncer aux adaptations de l'OAMal mentionnées ci-dessous.

→ **Art. 40 al. 1bis, 44 al. 4, 44a al. 2, 45 al. 2, 45a al. 2, 47 al. 2, 48 al. 2, 50 al. 2, 50a al. 2, 50b al. 2, 50c al. 2, 50d al. 2, 51 al. 2, 52 al. 2, 52a al. 2, 52b al. 2, 52c al. 2, 52d al. 2, 52e al. 2, 52 f al. 2, 53 al. 2, 55 al. 2 und 56 al. 2 OAMal :**

- Supprimer

Uniformisation du contrôle du domicile

Un autre aspect central concerne le contrôle du domicile. Celui-ci nécessite aujourd'hui des ressources humaines et administratives considérables, tant du côté des hôpitaux que des assureurs-maladie et, en particulier, des cantons.

La présente ordonnance offre désormais la possibilité d'uniformiser ce contrôle à l'échelle suisse dans le cadre du financement uniforme des prestations. Selon les informations dont nous disposons, les assureurs-maladie pourront, dès 2028, reprendre le contrôle du domicile des cantons grâce à la nouvelle loi suisse sur les services d'adresses, ce qui est à saluer. Toutefois, les hôpitaux devraient disposer d'un accès correspondant. Cela permettrait d'améliorer considérablement l'efficacité et réduirait les charges administratives à tous les niveaux.

Révision de l'OCP

Exception injustifiée des cabinets médicaux et des centres ambulatoires du champ d'application de l'OCP

Dans sa forme actuelle, la révision de l'OCP soumise à consultation crée une différence substantielle entre les exigences administratives et comptables applicables à la comptabilisation des prestations médicales ambulatoires fournies par les hôpitaux, d'une part, et celles fournies par les cabinets médicaux et les centres ambulatoires, d'autre part.

Comme ces derniers ne sont pas intégrés dans le champ d'application de l'OCP, ils ne sont soumis, contrairement aux hôpitaux, à aucune prescription garantissant un calcul uniforme des coûts et une classification uniforme de leurs prestations. Cette situation pose plusieurs problèmes.

Une inégalité de traitement persiste, car les cabinets médicaux et les centres ambulatoires disposent d'une flexibilité comptable bien plus importante que les hôpitaux dans la présentation de leurs coûts. Cette flexibilité comptable, autorisée par le Code des obligations, ne permet pas d'effectuer des comparaisons d'efficacité avec les hôpitaux, lesquels sont soumis à des prescriptions beaucoup plus strictes en vertu de l'OCP. Par exemple, les hôpitaux sont tenus d'inscrire à l'actif du bilan tout investissement supérieur à CHF 10'000.-, contrairement aux cabinets médicaux et aux centres ambulatoires. Les hôpitaux doivent également exclure les prestations d'intérêt général des coûts à charge de l'AOS, alors que les cabinets médicaux et centres ambulatoires ne sont pas soumis à cette obligation, tout en revendiquant des subventions cantonales pour la fourniture de telles prestations dans le domaine de la formation du personnel. La liste d'inégalité de traitement est longue.

L'exclusion des cabinets médicaux et des centres ambulatoires compromet finalement le calcul transparent des coûts par cas ambulatoires des traitements médicaux pris en charge par l'AOS, tel qu'exigé par la LAMal.

Cette distinction apparaît d'autant moins justifiée qu'un centre ambulatoire disposant de plusieurs salles d'opération peut présenter une structure organisationnelle et comptable plus complexe qu'un établissement stationnaire déjà soumis à l'AOS et à l'OCP.

Enfin, nous ne comprenons pas pourquoi les infirmiers admis au sens de l'art. 49 OAMal ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile sont eux nouvellement inclus dans le champ d'application de l'OCP, alors que les cabinets médicaux et les centres ambulatoires en restent exclus. Ces prestataires peuvent pourtant présenter une complexité organisationnelle et comptable inférieure à celle de certains cabinets médicaux ou centres ambulatoires.

Nous demandons dès lors que, notamment à la lumière du virage ambulatoire à venir et de la transparence nécessaire concernant la détermination des coûts pertinents pour l'AOS, les cabinets médicaux et les centres ambulatoires soient intégrés dans l'OCP.

→ Art. 1 al. 2 let. d OCP

- Ajout de la lettre d : « *aux cabinets médicaux et aux centres ambulatoires* »

→ Art. 2 al. 1 let. d OCP

- Ajout de la mention : « *...les cabinets médicaux, les centres ambulatoires ...* »

→ Art. 4 OCP

- Ajout de la mention : « *...ainsi que des prestations réalisées en cabinet médical ou centre ambulatoire, ...* »

→ Art. 8 al. 1 OCP, Art. 9 OCP, Art. 11 al. 1 OCP, Art. 12 al. 1 OCP et Art. 13 OCP

- Ajout de la mention : « *...les cabinets médicaux, les centres ambulatoires, ...* »

Calcul du WACC

Pour la première fois, le taux WACC a été réévalué à 2,9 %. L'OFSP parvient ainsi à un résultat inférieur de 0,8 % au taux actuellement en vigueur. En outre, l'OFSP souhaite fixer définitivement ce taux et ne plus le réévaluer régulièrement.

H+ salue les travaux réalisés dans le cadre de la réévaluation du taux WACC et partage l'objectif de garantir une méthode transparente et objectivable pour la rémunération du capital investi dans les institutions de soins soumises à l'OCP. Toutefois, la discussion autour du niveau approprié du WACC met en évidence une question plus fondamentale : celle de la pertinence même de fixer un taux unique applicable à l'ensemble des institutions concernées.

Le calcul du coût moyen pondéré du capital (WACC) repose sur un ensemble d'hypothèses financières, économiques et sectorielles complexes. Les résultats obtenus peuvent varier sensiblement en fonction de nombreux paramètres. Dans un secteur aussi fortement réglementé que le système de santé suisse, ces facteurs peuvent différer de manière importante d'une institution à l'autre. Les hôpitaux universitaires, les hôpitaux régionaux, les cliniques spécialisées, les établissements psychiatriques ou les institutions de réadaptation sont confrontés à des réalités opérationnelles, financières et réglementaires parfois très différentes. Dans ce contexte, l'application d'un taux WACC uniforme à l'ensemble du secteur ne permet pas toujours de refléter pleinement les conditions effectives de financement auxquelles les institutions sont confrontées.

H+ estime dès lors qu'il serait plus approprié de renoncer à la fixation d'un taux WACC national dans l'ordonnance. Une telle approche permettrait d'éviter les débats récurrents sur la détermination d'un taux unique et reconnaîtrait davantage la diversité des modèles présents dans le système de soin suisse. À la place, H+ propose que chaque institution soumise à l'OCP soit tenue de calculer son propre taux WACC selon une méthodologie uniforme définie au niveau national. Pour les hôpitaux, la solution de branche REKOLE® propose déjà une méthode transparente applicable avec effet immédiat.

Cette approche présenterait plusieurs avantages :

- une meilleure prise en compte de la réalité économique propre à chaque institution ;
- une représentation plus fidèle des coûts du capital effectivement supportés ;
- une transparence accrue dans la détermination des coûts ;
- une meilleure comparabilité des résultats grâce à l'application d'une méthode de calcul harmonisée ;
- une adaptation plus dynamique aux évolutions des marchés financiers et des conditions de financement.

Dans cette perspective, le rôle de l'ordonnance devrait uniquement se limiter à définir les exigences en matière de documentation et de transparence applicables au calcul du WACC sans fixer un taux unique.

H+ recommande par conséquent de supprimer de l'OCP toute référence à un taux WACC déterminé et de prévoir à la place l'obligation, de calculer et de documenter son propre taux WACC selon une méthodologie uniforme.

Si cette approche ne devait pas être retenue dans le cadre de la présente révision, H+ estime qu'il conviendrait, à tout le moins, de maintenir le taux actuellement en vigueur de **3,7 %**. Une réduction du taux à ce stade est injustifiée et créerait une incertitude supplémentaire pour les institutions concernées et pourrait avoir des conséquences sur leur capacité d'investissement. Le maintien du taux actuel permettrait au contraire de préserver une stabilité financière dans une période marquée par la mise en œuvre du financement uniforme des prestations, l'évolution des structures tarifaires et les défis importants auxquels sont confrontés les fournisseurs de prestations. H+ considère que le statu quo constitue, dans cette hypothèse, la solution la plus appropriée jusqu'à ce qu'une réflexion approfondie puisse être menée sur les modalités de détermination du coût du capital dans le secteur des soins.

→ **Art. 11 al. 5 OCP**

→ Suppression de la phrase « *Le taux d'intérêt est de 2.9 %.* ».

→ Ajout de la phrase : « *Le taux d'intérêt est déterminé individuellement par chaque institution selon une méthodologie uniforme définie au niveau national.* »

→ **Option subsidiaire**

→ Maintien du taux WACC actuellement en vigueur de 3,7 %.

→ Maintien de la phrase « *Il est réexaminé périodiquement.* »

Détermination des coûts des centres de charges

H+ salue expressément le nouvel art. 8, al. 5 OCP, selon lequel « *les hôpitaux doivent déterminer les coûts des centres de charges selon les variables définies dans le règlement de traitement visé à l'art. 30c OAMal* ». Pour les raisons exposées ci-dessous, nous considérons que cette disposition doit être interprétée comme instaurant un renvoi contraignant au standard REKOLE® pour la comptabilisation des centres de charges.

L'art. 30c OAMal prévoit ce qui suit : « *L'OFS établit, en collaboration avec l'OFSP, un règlement de traitement au sens de l'art. 6 de l'ordonnance du 31 août 2022 sur la protection des données (OPDo) pour la collecte, le traitement et la transmission des données selon l'art. 59a LAMal. Après consultation des milieux concernés, le règlement de traitement définit les variables au sens de l'art. 30a, al. 1, que les fournisseurs de prestations doivent fournir.* »

Concernant les coûts et les centres de charges, le règlement de traitement de l'OFS prévoit ce qui suit : « *Les coûts, les recettes et la passerelle d'ajustement sont présentés selon les natures de charges, de centres de charges et de comptes de produits définis dans REKOLE®. Les coûts et les recettes sont livrés par cas avec le site principal (n° IDE/BUR). Les coûts et recettes par activités tarifaires sont fournies avec le site (n° BUR), lorsque celui-ci existe.* »

Il découle ainsi du renvoi opéré par l'art. 8, al. 5 OCP au règlement de traitement de l'OFS que les hôpitaux doivent comptabiliser les coûts des centres de charges conformément au standard REKOLE®.

Définition des points tarifaires dans la statistique des prestations

Dans la partie relative aux exigences applicables à la statistique des prestations, l'OFSP prévoit, à l'art. 12, al. 4 OCP, une description plus détaillée des informations que les hôpitaux et les maisons de naissance doivent relever.

H+ estime que la terminologie utilisée devrait être adaptée afin de tenir compte de l'évolution des structures tarifaires ambulatoires. Le projet d'ordonnance fait référence aux « *points tarifaires effectués* ». Or, dans le cadre du nouveau système tarifaire ambulatoire, la saisie des prestations s'effectue au moyen du CPTMA, lequel ne repose pas sur une logique de points tarifaires effectués.

Afin d'éviter toute ambiguïté d'interprétation et de garantir la compatibilité de l'ordonnance avec les nouvelles structures tarifaires ambulatoires, H+ propose de remplacer la notion de « *points tarifaires effectués* » par celle de « *points tarifaires facturés* »

→ **Art. 12 Al. 4 OCP**

- Remplacement du terme « *points tarifaires effectués* » par le terme « *points tarifaires facturés* ».

Conclusion

H+ considère que la révision de l'OAMal et de l'OCP n'est pas acceptable dans sa forme actuelle. Elle crée une insécurité juridique concernant les paiements d'acomptes et ne prévoit aucune solution contraignante pour garantir la trésorerie des prestataires pendant la phase de mise en place, au cas où, contre toute attente, le règlement des factures ne fonctionnerait pas encore. De plus, elle manque l'occasion d'uniformiser les modalités de vérification du lieu de résidence, renforce les restrictions d'autorisation dans le secteur ambulatoire avec des conséquences négatives considérables sur la prise en charge, la bureaucratie et la sécurité juridique, perpétue une inégalité réglementaire entre les hôpitaux et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires et ne tient pas suffisamment compte de la diversité des réalités économiques des institutions dans la détermination du WACC. Le financement uniforme des prestations doit conduire à une simplification tangible et à des conditions de concurrence équitables — or, la présente révision manque malheureusement cet objectif sur des points essentiels.

H+ rappelle également que les tarifs actuels pour les prestations ambulatoires hospitalières ne couvrent pas les coûts. Sans augmentations substantielles des tarifs dans ce domaine, l'objectif politique du financement uniforme des prestations — à savoir le renforcement de la prise en charge ambulatoire — ne pourra pas être atteint, ou seulement avec un retard considérable. Une prise en compte tarifaire adéquate des coûts réels constitue dès lors une condition indispensable au succès de la réforme.

Nous vous prions d'examiner nos demandes de modification et vous remercions de clarifier les points mentionnés ainsi que d'adapter le projet en conséquence. Vous trouverez en annexe notre tableau synoptique contenant des informations détaillées sur nos préoccupations. Nous restons volontiers à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Avec nos meilleures salutations.

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice