



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position de H+

## Le renchérissement et son impact sur les hôpitaux et les cliniques

Avec l'aggravation de l'inflation, les milieux politiques vont vouloir exercer une pression encore accrue sur les coûts de la santé. L'initiative d'allègement des primes du PS et l'initiative pour un frein aux coûts du Centre ainsi que les contre-projets à ces textes discutés actuellement au Parlement, vont bénéficier d'une dynamique supplémentaire. On peut aussi supposer que le Conseil fédéral va recourir à des mesures de maîtrise des coûts relevant de sa compétence en matière d'ordonnances. Certaines ont déjà été réalisées comme la réduction linéaire des tarifs des analyses de laboratoire.

### 1. Position de H+

#### 1.1 Messages principaux

- L'inflation touche le secteur des hôpitaux et des cliniques. Selon une enquête de H+, la branche s'attend à des hausses des coûts pour l'énergie entre 10 et 50%, parfois jusqu'à 300% et plus (en fonction des contrats de fourniture conclus par certains hôpitaux). Pour le matériel, les institutions comptent sur des augmentations qui se situent entre 2 et 10%, en partie jusqu'à 20%. S'y ajoutent des coûts plus élevés pour l'alimentation et la construction (de 3 à 10%, parfois jusqu'à 15%). Afin d'encaisser le choc, les hôpitaux et les cliniques ne peuvent pas simplement relever les tarifs de leurs prestations, car ceux-ci doivent être négociés avec les assureurs et approuvés par les autorités. Les tarifs ambulatoires et stationnaires ne sont pas indexés sur l'inflation de manière prospective: en cas de changement de la situation économique, ils ne sont pas adaptés automatiquement, même si l'art. 8 OCP prévoit depuis 2003 une approche prospective, au moins pour les investissements<sup>1</sup>.
- Les hôpitaux et les cliniques doivent financer les adaptations au renchérissement via les tarifs de leurs prestations. Cependant, les tarifs sont trop bas depuis des années – le secteur de l'ambulatoire hospitalier enregistre un déficit de financement de l'ordre de 30% et le stationnaire de 10%. En outre, les tarifs ne prévoient pas une indexation prospective au renchérissement.
- Les hôpitaux et les cliniques ne peuvent plus financer l'augmentation des charges due au renchérissement, en particulier à la hausse exponentielle des prix de l'énergie, par leurs revenus. Pour cette raison, il est nécessaire, uniquement pour atténuer le renchérissement, de procéder d'urgence à une hausse linéaire de quelque 5% pour tous les tarifs ambulatoires et stationnaires.
- Il est en outre indispensable d'adapter au renchérissement les salaires de tous les collaborateurs dans les hôpitaux et les cliniques et, indépendamment de cela, d'améliorer les conditions de travail, comme le demande par exemple l'initiative sur les soins infirmiers. Cependant, les adaptations ne peuvent être réalisées qu'au travers de tarifs prévoyant une indexation prospective pour les secteurs ambulatoire et stationnaire. Les hôpitaux et les cliniques ne disposent d'aucune autre possibilité de financement.

---

1. [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 \(OCP\) du 3 juillet 2002 \(état le 1<sup>er</sup> janvier 2009\)](#)

- H+ exige l'introduction immédiate de tarifs prévoyant une indexation prospective à l'inflation pour les secteurs ambulatoire et stationnaire. Elle demande à ses membres d'inclure le renchérissement prospectif dans les négociations tarifaires.
- H+ exige des milieux politiques et des assureurs des mesures urgentes sous la forme d'adaptations linéaires de l'ordre de 5% au renchérissement pour tous les tarifs ambulatoires et stationnaires. Sinon, les hôpitaux et les cliniques ne seront plus en mesure de prendre en charge convenablement leurs patients. Il en résultera de longues attentes aux urgences, des reports d'opérations et une dégradation de la qualité des prestations médicales et infirmières.

## 1.2 Messages secondaires

- Les revendications des syndicats (compensation du renchérissement, hausses des salaires du personnel infirmier en raison de la pénurie de main-d'œuvre et application de l'initiative sur les soins infirmiers) ainsi que l'exigence des milieux politiques d'appliquer des mesures d'économie vont exercer une pression massive sur le partenariat social. Les partenaires sociaux ont reconnu qu'ils doivent tirer à la même corde et s'engager ensemble en faveur d'un financement des prestations de santé qui couvre ses coûts.
- En principe, les adaptations des salaires relèvent de la compétence de chaque hôpital. Mais les institutions ne peuvent agir que si leurs revenus augmentent grâce à des tarifs plus élevés et si le financement des hôpitaux et des cliniques s'améliore.
- La prise en compte du renchérissement prospectif serait un premier signal positif mais elle ne résoudra pas le sous-financement chronique des hôpitaux et cliniques. Des hausses de tarifs supplémentaires ainsi qu'un débat sur un nouveau système de financement à long terme sont nécessaires si la Suisse entend garantir à l'avenir le niveau actuel des soins.

## 2. Informations de base

### Inflation

Ce phénomène se caractérise par une hausse des prix générale et durable. Le taux d'inflation est assimilé au taux de croissance du niveau des prix et, le plus souvent, mesuré par un indice national des prix à la consommation, tel que l'indice suisse des prix à la consommation (IPC); cf. <https://dievolkswirtschaft.ch/fr/2022/04/comment-controoler-linflation/>

### IPC

En juin 2022, l'indice des prix à la consommation (IPC) a augmenté de 0,5% par rapport au mois précédent, pour s'établir à 104,5 points (décembre 2020 = 100). Par rapport au mois correspondant de l'année précédente, le renchérissement s'est chiffré à +3,4% (source: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/prix/indice-prix-consommation.gnpdetail.2022-0289.html>). Le «renchérissement» désigne la variation de la moyenne annuelle par rapport à l'année précédente. Ce pourcentage exprime ainsi la modification du niveau des prix au cours des 12 derniers mois par rapport aux 12 derniers mois de l'année précédente.

### Annexe 1: Bases légales relatives aux tarifs et au renchérissement<sup>2</sup>

La LAMal ne prévoit, en principe, pas de lien entre le tarif et le renchérissement. Une compensation éventuelle du renchérissement est examinée sous l'angle de l'équité. Selon la jurisprudence relative au droit tarifaire en vigueur avant le TARMED, une compensation du renchérissement était injustifiée lorsque le revenu brut du médecin augmentait davantage que l'inflation.

Selon la jurisprudence, des adaptations au benchmark prévu à l'art. 49 al. 1 phrase 5 doivent être ajoutées sous la forme de suppléments aux positions pertinentes pour le tarif qui touchent tous les hôpitaux d'égale manière et qui n'ont pas été prises en compte dans les valeurs de base du benchmarking. En font partie en particulier les coûts d'utilisation des immobilisations et le renchérissement jusqu'à l'année tarifaire (c'est-à-dire jusqu'à la fin de l'année X-1 lorsque l'année tarifaire est X).

<sup>2</sup> Tiré de: Eugster G. Jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la LAMal (2<sup>e</sup> édition). Schulthess 2018.

Des extraits des arrêts pertinents du Tribunal administratif fédéral sont reproduits ci-dessous:

#### ATAF 2014/36

4.10 Les coûts par cas apurés du degré de gravité pour chaque hôpital soumis à comparaison peuvent être déterminés sur la base des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking, le nombre total de cas et le casemix durant l'année de comparaison. Les coûts par cas apurés du degré de gravité constituent la valeur de base déterminante pour la comparaison (selon la terminologie du Modèle tarifaire intégré sur la base de la comptabilité analytique [ITAR\_K]: valeur de base pertinente pour le benchmarking). La comparaison de ces données de coûts (benchmarking) permet de choisir un benchmark (valeur de base pertinente pour le benchmarking de l'hôpital choisi pour la comparaison; selon la terminologie d'ITAR\_K: valeur de base nationale du cas selon le benchmarking). Sur la base du benchmark, la valeur de référence est déterminée en procédant à des adaptations concernant les positions pertinentes pour le tarif qui touchent tous les hôpitaux d'égale manière et qui n'ont pas été prises en compte dans les valeurs de base du benchmarking (p. ex. prise en compte du renchérissement entre l'année de base et l'année suivante, supplément normatif pour les coûts d'utilisation des immobilisations). La valeur qui en résulte exprime la rémunération correspondant à la prestation indemnisée par l'assurance obligatoire des soins et fournie dans la qualité prescrite de manière efficiente et économique (valeur de référence). Dans des cas particuliers, les partenaires tarifaires (et les autorités) doivent prendre en compte, outre la valeur de référence, d'autres caractéristiques propres à l'hôpital lors des négociations par hôpital ou lors de la fixation de la valeur de base du cas (cf. c. 6.8).

18.2.2 Selon la pratique du Conseil fédéral, les coûts d'exploitation durant l'année de base étaient en principe déterminants pour la détermination des coûts imputables. En outre, des coûts fondés sur des données budgétaires ont été considérés comme imputables, dans la mesure où ces coûts étaient produits lors de l'approbation du tarif par le gouvernement cantonal et qu'ils étaient supportés durant l'année tarifaire (...). La prise en compte de coûts prospectifs, qui seront supportés avec certitude durant l'année tarifaire, est correcte également (ATAF 2014/3 c. 3.5.2). Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la révision structurelle des traitements est entrée en vigueur dans le canton de Zurich (arrêté du Conseil d'État du 2 décembre relatif à la modification de l'ordonnance d'application de la loi sur le personnel, LS 177.111). L'augmentation des coûts du personnel liée à cette révision des traitements s'est fait sentir seulement durant la seconde moitié de l'année de base 2010. Durant l'année tarifaire 2012 en revanche, l'effet a porté sur tout l'exercice. Il est donc correct de prendre en compte ces coûts supplémentaires prospectifs pour la détermination de la valeur de référence. La méthode appliquée par l'instance précédente – calculer les coûts supplémentaires au moyen d'un supplément en pourcent déterminé sur la base de données – se situe dans la marge d'appréciation dont dispose l'instance précédente (cf. c. 5.4).

#### ATAF 2014/3 c. 8

##### 8. Renchérissement

8.1 Conformément à la pratique en vigueur, l'instance précédente a ajouté uniquement le renchérissement intervenu durant l'année 2011 et la position de la partie intimée (...), selon laquelle le renchérissement pour l'année 2012 doit aussi être compensé, n'a pas été, à bon droit, suivie (cf. c. 3.5.2). Le renchérissement intervenu après l'entrée en vigueur du tarif (ou déjà intervenu en cas de fixation rétroactive) ne peut pas être considéré parce que celui-ci ne pouvait être que grossièrement estimé au moment des négociations tarifaires et que les prévisions en la matière sont toujours entachées d'importantes incertitudes (cf. ATAF C 536/2009 du 17 décembre 2009 c. 6.3). Le renchérissement pondéré est donc toujours déterminant pour l'année X-1, en l'espèce l'année 2011. À cet effet, il convient de se fonder sur l'indice des salaires nominaux 2011 pour les coûts du personnel et sur l'indice des prix à la consommation 2011 pour les charges de biens et services (cf. aussi Pratique de la Surveillance des prix 2006, p. 14 s.)

8.2 Comme la Surveillance des prix, l'instance précédente a ajouté, avant le benchmarking, le renchérissement aux coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking. ITAR\_K et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans ses recommandations estiment au contraire que les suppléments éventuels afférents au renchérissement en particulier doivent être pris en compte après le benchmarking. Sur le principe, les deux variantes seraient admissibles. L'essentiel est d'appliquer une procédure uniforme. Cette dernière est, en l'absence de réglementation en la matière dans l'ordonnance, est plutôt garantie avec les recommandations de la CDS et ITAR\_K. Pour cette raison, on devrait ajouter le supplément pour le renchérissement après le benchmarking seulement.

#### ATAF C-2350/2014 c. 10.1.5

10.1.5 Sous les mentions «Coûts supplémentaires renchérissement du personnel», «Coûts supplémentaires nouveaux contrats de cadres» et «Coûts supplémentaires égalité salariale personnel infirmier», l'instance précédente a ajouté d'autres montants aux coûts par cas du KSSG calculés sur la base des données de l'année 2010. La recourante estime que ces suppléments sont contraires à la loi.

Selon la jurisprudence, les coûts relevés pour l'année X-2 sont en principe déterminants pour le benchmarking de l'année tarifaire X (ATAF 2014/3 c. 3.5 et ATAF 2014/36 c.4.2). En l'espèce, il convient de se fonder sur les coûts d'exploitation pertinents de l'année 2010 pour le benchmarking. Il en résulte que ni le renchérissement général ni d'autres coûts supplémentaires prospectifs ne peuvent être retenus pour la détermination des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (ATAF 2014/3 c. 8.2 et arrêt C-3846/2013 c. 8.3.6.). Lors de la détermination des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking du KSSG, les «Coûts supplémentaires renchérissement du personnel», «Coûts supplémentaires nouveaux contrats de cadres» et «Coûts supplémentaires égalité salariale personnel infirmier» ne peuvent pas non plus être pris en compte. C'est seulement après la détermination du benchmark que le renchérissement entre l'année de base et l'année suivante peut être considéré lors du calcul de la valeur de référence (ATAF 2014/3 c. 8.2, ATAF 2014/36 c. 4.10). Conformément à la pratique, il convient de se fonder sur l'indice des salaires nominaux 2011 pour les coûts du personnel et sur l'indice des prix à la consommation 2011 pour les charges de biens et services (ATAF 2014/3 c. 8.1). Les coûts supplémentaires inscrits au budget (en particulier dans le domaine du personnel), qui peuvent être comptabilisés exactement avant l'entrée en vigueur du tarif et qui seront supportés par tous les hôpitaux entrant dans la comparaison durant l'année tarifaire, peuvent être pris en compte au moyen d'un supplément général lors du passage du benchmark à la valeur de référence. Cela contredirait cependant le sens de la règle de la détermination du tarif qui est ancrée dans la LAMal de considérer l'augmentation des coûts d'un seul hôpital lors de la recherche de la valeur de référence valable de manière générale (arrêt C-3846/2013 c. 8.3.7).

COM/POL 18.10.2022