



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

*Envoi par e-mail:*

OFSP, Division Tarifs et bases

[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch) / [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Berne, le 19 septembre 2023

## **Position de H+ concernant l'OAMal et l'OCP dans le domaine des principes de détermination des tarifs**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion de nous prononcer sur le second projet de modification de l'OAMal.

Compte tenu de la brièveté du délai de réponse, nous ne pouvons pas consulter l'ensemble de nos membres. Afin de comprendre les changements, respectivement la procédure/la méthode, nous devons pouvoir échanger avec les experts des institutions membres de H+. Cela n'a pu être que partiellement le cas. Les modifications prévues auront des conséquences directes pour les tarifs des fournisseurs de prestations. Il convient donc de bien y réfléchir.

Nous constatons et déplorons vivement qu'il n'a pas été tenu compte de nos demandes d'adaptation, exception faite du prolongement des délais de mise en œuvre pour la psychiatrie et la réadaptation.

L'environnement des hôpitaux et des cliniques a fortement changé en un court laps de temps (accentuation de la pénurie de main-d'œuvre, revendications concernant les conditions de travail, inflation, explosion des coûts de l'énergie, virage de l'ambulatoire, etc.). Toute réduction des revenus est inacceptable. Or, avec la mise en œuvre des modifications de l'OAMal et de l'OCP les marges EBITDAR des hôpitaux et des cliniques, déjà trop faibles, vont encore baisser. Avec à la clé de nouveaux assainissements et de nouvelles faillites d'hôpitaux.

Les adaptations d'ordonnances vont très loin, y compris jusqu'à la fixation de la valeur du percentile. Nous doutons que les bases légales soient suffisantes à cet effet. Cette manière de faire va à l'encontre de la primauté contractuelle et empiète sur les compétences des partenaires tarifaires.

En tout état de cause, nous demandons qu'une disposition de l'ordonnance prévoie que l'évolution du renchérissement et des salaires puisse être prise en compte annuellement dans les tarifs.

**Au vu de l'importance de ces modifications, en particulier pour la sécurité de l'offre en soins, H+ exige un moratoire et le recours à un groupe de travail disposant des compétences requises pour concevoir une procédure de benchmarking adéquate. Au besoin, cette procédure pourra être intégrée aux ordonnances.**

Nous renvoyons également à notre prise de position du 30 novembre 2022 et en reprenons ci-dessous les points les plus importants.

## Modifications de l'OAMal Procédure de benchmarking

Les adaptations à la procédure de benchmarking que nous proposons ont pour but de concevoir l'ordonnance de manière à limiter au maximum la marge d'interprétation et de permettre aux partenaires tarifaires de négocier et de convenir – de façon judicieuse et orientée solutions – une méthode commune pour un benchmarking optimisé tenant compte des facteurs d'influence exogènes.

Nous comprenons comme suit le rapport explicatif et le fait que nos propositions d'adaptation n'aient pas été prises en considération:

- Le benchmarking pour la détermination de la valeur de référence se fait sur les coûts standards par cas, corrigés des coûts supplémentaires ou inférieurs dus à des facteurs d'influence exogène («coûts d'influence exogène<sup>1</sup>»). Le benchmarking est ainsi calibré au préalable et le mieux possible à un niveau de prestation moyen comparable (cf. ATAF 2014/36, c. 6.5).
- Ces «coûts d'influence exogène» ne sont donc pas inclus à la valeur de benchmark et donc à la valeur de référence.
- Les «coûts d'influence exogène» sont pris en compte dans la valeur du cas de base (base-rate) individuel pour chaque fournisseur de prestations sous forme de suppléments, resp. de déductions, appliqués à la valeur de référence en vertu de l'art 59c<sup>bis</sup> al. 3 et al. 4.
- D'autres suppléments sont possibles individuellement selon les fournisseurs de prestations, pour autant que soient remplies les conditions en vertu de l'art. 59c<sup>bis</sup> al. 3.

Cela garantira que les «coûts d'influence exogène» ne soient pas faussés par le benchmarking et qu'ils soient pris en compte de manière spécifique par fournisseur de prestations. De plus, la procédure de benchmarking doit garantir une indemnisation équitable, indépendamment de l'éventail de prestations et permettre ainsi de remplir le mandat de prestations attribué. Il convient de prévenir une sélection reposant sur les revenus.

## Facteurs pour la correction des coûts par cas ou des coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité (art. 59c<sup>bis</sup> al. 1 let. b OAMal)

Nous approuvons le pré-calibrage du benchmarking, fondé sur des données, au moyen d'un modèle empirique. Concernant les facteurs mentionnés sous forme de liste d'exemples («en particulier») nous proposons la formulation suivante:

*«Les facteurs à prendre en compte sont en particulier:*

- 1. les prestations de réserve pour les infrastructures spécialisées ou les soins d'urgence;**
- 2. la complexité des cas;*
- 3. les cas fortement déficitaires ou fortement profitables**
- 4. les coûts structurels différents d'une région à l'autre»**

Les formulations retenues dans le projet sont trop restrictives. Notre demande se fonde sur la jurisprudence actuelle du Tribunal administratif fédéral (TAF) et sur les constatations du conseil d'administration de SwissDRG AG du 26 mai 2016, auxquelles se réfère clairement l'OFSP dans le rapport explicatif. Le ch. 1 ci-dessus précise clairement que peuvent justifier un

---

<sup>1</sup> Ces coûts surviennent notamment en raison de différences liées aux prestations et aux sites, qui ne sont pas intégrées aux tarifs.

supplément non seulement les prestations de réserve pour les urgences mais aussi d'autres prestations de réserve (conformément aux constatations du CA de SwissDRG SA). L'accumulation de cas très déficitaires ou très profitables (ch. 3) a été confirmée à plusieurs reprises par le TAF en tant que motif possible de différenciation des baserates. Elle est également reconnue par le conseil d'administration de SwissDRG SA (voir l'arrêt C-5749/2013, c. 6.2, avec d'autres références à la jurisprudence). Enfin, le ch. 4 exprime plus clairement les facteurs exogènes dont il est question.

**L'art. 59c<sup>bis</sup> OAMal doit être reformulé de telle manière que les facteurs énumérés correspondent à la jurisprudence et aux constatations du CA de SwissDRG SA. Il convient en particulier de mentionner explicitement les prestations de réserve et les cas fortement déficitaires.**

### **Accès égal aux données de coûts et de prestations requises**

L'art. 59c<sup>bis</sup> al. 2 OAMal prévoit que les partenaires tarifaires développent des modèles empiriques pour le benchmarking. Un accès égal aux données de coûts et de prestations requises est incontournable. Or cet accès n'est pas garanti légalement aux fournisseurs de prestations et à leurs associations. Dans ses explications, l'OFSP se contente de laisser entrevoir que «les modifications de la loi et de l'ordonnance nécessaires pour garantir la symétrie des données entre les acteurs sont toutefois coordonnées» avec la présente révision de l'OAMal. Il faudra que cette coordination intervienne au plus tard pour l'entrée en vigueur de la révision de l'OAMal. À ce moment-là – et pas seulement au terme du délai de mise en œuvre de deux à cinq ans – il incombera aux partenaires tarifaires de développer les modèles empiriques. Une entrée en vigueur de l'OAMal révisée sans que les hôpitaux ne disposent des données nécessaires au respect des (nouvelles) tâches qui leur incombent serait arbitraire (art. 9 Cst.), contreviendrait à l'égalité (art. 8 Cst.) et à l'équité (art. 46 al. 4 LAMal). L'OFSP doit donc créer une base légale pour le 1<sup>er</sup> janvier 2024 garantissant que les fournisseurs de prestations et leurs associations bénéficient d'un accès sur pied d'égalité à toutes les données importantes, que ce soit (1) dans le cadre du projet SpiGes ou (2) de la révision en cours de l'OAMal/OCP. Si cela ne peut être garanti, l'entrée en vigueur de la présente révision de l'OAMal doit être reportée en conséquence.

**Il convient de veiller à ce que les fournisseurs de prestations et leurs associations disposent – au moment de l'entrée en vigueur de la révision de l'OAMal – de l'assurance légale de pouvoir accéder aux données nécessaires à la mise en œuvre de cette révision.**

### **Valeur du percentile et absence de possibilité de pondération**

La fixation au 30<sup>e</sup> percentile ne tient aucun compte de l'évolution des tarifs et des coûts depuis l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012. Pour la plupart des hôpitaux, un renforcement de l'efficacité n'est même plus envisageable. La pénurie de personnel allant en augmentant et la régulation croissante par la Confédération et les cantons poussent les coûts à la hausse. Ces dernières années, les établissements n'ont pas attendu pour améliorer leur efficacité. Sinon, le sous-financement actuel du secteur stationnaire serait encore plus dramatique. Avec le 30<sup>e</sup> percentile, le problème du financement sera encore aggravé. Et les soins stationnaires mis en péril. L'objectif d'une *préservation de l'accès à des soins de qualité* ne pourra pas être rempli avec une telle valeur de benchmark, sachant que cet accès n'est déjà plus garanti, en raison des tarifs stationnaires actuels. Avec le 30<sup>e</sup> percentile par fournisseur de prestations stationnaires, de nouveaux moyens seront soustraits aux hôpitaux. Dans la situation actuelle, il est impératif de ne pas descendre en dessous du 50<sup>e</sup> percentile. Il doit en outre toujours être possible de procéder à une pondération selon les cas, le casemix ou le daymix.

Afin de faire face à la situation de l'offre en soins qui évolue très rapidement, la valeur du percentile doit être vérifiée très régulièrement. Le rythme de ce contrôle doit figurer dans l'ordonnance (par ex. annuel).

**La valeur du percentile doit impérativement être fixée au 50<sup>e</sup> percentile et il doit toujours être possible de procéder à une pondération selon les cas, le casemix ou le daymix.**

### **Suppléments appliqués à la valeur de référence (art. 59c<sup>bis</sup> al. 3 OAMal)**

H+ est satisfaite que l'OFSP reconnaisse explicitement la possibilité de réaliser des gains d'efficacité et qu'il l'inscrive dans l'ordonnance. En revanche, il est problématique que, dans le rapport explicatif (p. 11), il continue de considérer que les suppléments et les déductions provenant des modèles empiriques sont «un indice de prestations supplémentaires» au sens de l'art 59c<sup>bis</sup> al. 3 OAMal «mais ne remplacent pas la preuve des conditions prévues à l'al. 3». Les modèles empiriques ont justement été conçus par les fournisseurs de prestations pour pouvoir attester des prestations supplémentaires et pour justifier les suppléments au benchmark. Vouloir considérer que les modèles ne constituent pas une preuve suffisante, c'est contrevenir au principe de la libre appréciation des preuves par les autorités et les tribunaux. Cela ne respecte pas non plus la jurisprudence du TAF qui n'exclut pas les modèles empiriques (*in casu* Polyomics) pour justifier un supplément (ATAF C-2350/2014, c. 5.2.6).

**La mention figurant à la p. 11 du rapport explicatif selon laquelle les suppléments déterminés selon des modèles empiriques ne remplacent pas la preuve des conditions prévues à l'art. 59c<sup>bis</sup> al. 3 OAMal doit être biffée car elle contrevient à la libre appréciation des preuves.**

### **Délai pour la livraison et la mise à disposition des données**

Il est important que les délais pour la livraison/la mise à disposition des données respectent ceux figurant dans le concept détaillé du projet SpiGes. Ces délais ont fait l'objet d'une année de négociations et ont été acceptés par toutes les parties prenantes du projet. Les hôpitaux qui ont déjà commencé à implémenter les développements techniques nécessaires à SpiGes organisent leurs processus en fonction de ces délais. Une modification des délais rendrait caducs l'ensemble du processus fixé dans le concept de détail de SpiGes et le travail en cours dans les hôpitaux. Dans ces conditions, il ne serait plus possible d'implémenter SpiGes pour le 1<sup>er</sup> janvier 2025 avec les données 2024.

## Modifications de l'OCP

### Liste de contrôle positive

Nous sommes favorables au complément apporté à l'art. 9 al. 5<sup>bis</sup> OCP et approuvons en particulier les commentaires du rapport explicatif. Nous en déduisons que le processus de certification REKOLE pourra être qualifié d'«attestation OCP» dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Néanmoins, nous demandons que le terme «notamment» soit biffé de l'art. 9 al 5<sup>bis</sup>. Un contrôle ne peut se faire que sur la base d'une liste positive. Les objets du processus doivent être définis de manière exhaustive.

**Nous demandons que le terme «notamment» soit biffé de l'art. 9 al. 5<sup>bis</sup> OCP. Un contrôle ne peut se faire que sur la base d'une liste positive.**

### Éléments critiquables des modifications prévues de l'OCP

Nous ne comprenons pas pourquoi nos précisions importantes n'ont pas été retenues à l'art. 10a<sup>bis</sup> OCP. Nous demandons que nos propositions fassent l'objet d'un nouvel examen:

- Les coûts pour le personnel de sécurité, les relations publiques et le marketing sont des coûts actuellement imputables selon la LAMal. Ils font partie des habituels coûts de production d'une entreprise. La garantie de la sécurité, entre autres pour protéger le personnel, est une tâche impérative d'un employeur. En psychiatrie, des coûts importants sont liés à la sécurité: par exemple avec les unités fermées ou l'accompagnement 1:1 en cas de mise en danger aiguë d'autrui ou de soi-même – des symptômes typiques de nombreux diagnostics psychiatriques – et en cas de placements à des fins d'assistance. Quant aux collaborateurs des soins intensifs, ils sont souvent exposés à des violences. De leur côté, les relations publiques et le marketing sont des activités nécessaires pour une entreprise économique. Elles permettent d'expliquer aux habitants quel hôpital propose quelle offre ou de contribuer à la déstigmatisation des maladies psychiatriques, par exemple. Cet ajout contredit les principes de concurrence constitutifs de la LAMal. Si la déduction de ces coûts devait être maintenue, il faudrait explicitement les déclarer d'intérêt général et préciser qu'ils doivent être financés par les pouvoirs publics.
- Selon les standards de Swiss Gap, les pertes sur débiteurs doivent être comptabilisées en tant que déductions des produits. Dans la comptabilité analytique, ils ne sont pas imputés comme des charges et ne peuvent pas être déduits. La let. h doit donc être biffée. D'après les règles de comptabilisation de H+, les pertes sur débiteurs sont comptabilisées dans les groupes de comptes 609 ou 689 en diminution des produits et non pas en tant que coûts (lire le chapitre 5.6.7 de REKOLE®). La disposition de l'OCP irait à l'encontre de l'ensemble des standards de présentation des comptes. Il est également faux de vouloir comptabiliser en diminution des coûts les «revenus non réalisés» (pertes sur débiteurs) pour des prestations fournies et des coûts effectifs.
- Plutôt que d'ancrer la pratique du Surveillant des prix dans l'OCP et de créer une incongruence méthodologique, la méthode WACC déjà prescrite dans l'OCP devrait enfin porter sur l'ensemble de la Regulatory Asset Base (actifs immobilisés et circulants). C'est la seule manière d'appliquer correctement la méthode WACC. Il faudrait aussi préciser dans l'OCP que le taux d'intérêt WACC doit être recalculé chaque année.

Les exigences minimales de l'OCP dans le cadre du calcul des intérêts calculatoires de l'actif circulant ne devraient pas exiger le respect de la pratique du Surveillant des prix, mais plutôt confirmer la méthode WACC et son application correcte.

En outre, l'art. 10a al. 4 OCP précise que le taux d'intérêt doit être réexaminé périodiquement. Depuis que la BNS a resserré sa politique monétaire il y a environ un an, les coûts de financement et du capital ont fortement grimpé pour les entreprises suisses. Dans de nombreuses industries régulées, des efforts sont déjà consentis pour redéterminer les rendements autorisés des capitaux investis. Or, dans le domaine de la santé, cela n'a jamais été envisagé depuis 2008. Il est urgent que la recalculation périodique des taux d'intérêts WACC, prévue dans le rapport explicatif d'octobre 2008 relatif à l'OCP, soit enfin respectée et actualisée en vertu de l'art. 10a al.4 OCP, comme cela a été fait récemment dans le secteur de l'énergie.

**H+ peut approuver que l'OCP soit précisée dans le sens d'un calcul uniforme des coûts AOS. De telles précisions doivent néanmoins impérativement correspondre à la doctrine usuelle et aux standards de la présentation des comptes. Elles doivent aussi toujours régler le financement. En outre l'ordonnance en vigueur doit être respectée et le taux d'intérêt WACC de 3,7% fixé dans l'OCP doit être recalculé.**

Nous vous remercions de tenir compte de nos demandes et restons volontiers à disposition pour en discuter et pour répondre à vos questions.

Veillez agréer, Madame, Monsieur nos salutations les meilleures

Anne-Geneviève Bütikofer  
Directrice



Christoph Schöni  
Responsable du département Tarifs  
Et membre de la direction

---

**H+ Les Hôpitaux de Suisse** est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe, en tant que membres actifs, 207 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 368 sites et 150 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires. À travers ses institutions membres, H+ représente quelque 200'000 personnes actives

---