



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

**Office fédéral de la santé publique OFSP**

Unité de direction Assurance maladie et accidents

## **Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)**

Modifications prévues pour le 1<sup>er</sup> janvier 2009

Teneur des modifications et commentaire



## **I. Partie générale : rappel des faits**

Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, RO 2008 xxxx) pour le domaine du financement hospitalier. Cette révision a pour effet que les ordonnances touchées par les modifications adoptées doivent elles aussi être modifiées. Elles sont au nombre de trois : l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; 832.104) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31).

Le présent document expose la modification proposée de l'OCP. Les propositions de modification relatives aux autres ordonnances sont présentées dans des rapports distincts.

## **II. Révision de l'ordonnance**

Les hôpitaux ont l'obligation, selon l'art. 49 al. 7 de la loi, de tenir, selon une méthode uniforme, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. La présentation des comptes des hôpitaux doit être faite selon des règles uniformes, de façon à ce que tous les coûts effectifs présentés par chaque hôpital le soient sur une base uniforme autorisant ainsi des comparaisons. Le but premier de l'OCP est de créer la transparence. Ce sont les valeurs effectives qui doivent être fournies et non des valeurs normatives. Les coûts fournis, selon une méthode uniforme, par les hôpitaux constituent une base pour la détermination des tarifs. L'évaluation des coûts présentés par les hôpitaux se fait dans ce cadre. Il est jugé, notamment, de la correspondance, des coûts d'exploitation et d'investissement produits par les hôpitaux, au principe d'économicité. La comptabilité analytique existante, effectuée selon une méthode uniforme, peut servir de base pour justifier la détermination des tarifs.

### **1. Champ d'application**

Les maisons de naissance sont désormais inscrites dans la loi comme fournisseurs de prestations (art. 35, al. 2, let. i, et 39, al. 1). Elles sont soumises, en matière de planification, aux mêmes prescriptions que les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, et en ce qui concerne la prise en charge des prestations, les mêmes règles leur sont applicables que pour les hôpitaux. Il n'est donc que logique que les dispositions d'ordonnance applicables aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux pour le calcul des coûts et le classement des prestations s'appliquent aussi aux maisons de naissance.

### **2. Investissements**

Jusqu'ici, la notion d'investissement apparaissait à l'art. 49, al. 1, LAMal. Les investissements sont en relation directe avec la nouvelle réglementation concernant la tarification des traitements hospitaliers. Selon le droit en vigueur, ils ne peuvent être pris en compte dans l'établissement du tarif des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Mais avec l'entrée en vigueur de la modification de la loi touchant le financement des hôpitaux, ils entrent dans le calcul des forfaits liés aux prestations. L'art. 49, al. 1, LAMal est modifié en ce sens. L'art. 49, al. 7, qui constitue la base du calcul des coûts et du classement des prestations, se réfère maintenant explicitement aux frais d'exploitation et d'investissement.

Cette modification de la loi entraîne une adaptation de l'OCP pour y inclure le classement des investissements. Il est nécessaire, d'une part, de fixer les critères que doit remplir le calcul des coûts pour que l'estimation des investissements soit plausible et, d'autre part, de donner des prescriptions qui garantissent que les charges des investissements soit répercuté sur les prestations de façon transparente et suivant des principes identiques par tous les hôpitaux. La transparence dans la saisie des coûts est une base essentielle pour l'établissement et le développement des structures tarifaires, ainsi

que pour les conventions tarifaires. Seul un système tarifaire clair et fiable peut fonctionner sur la durée.

Les principes régissant la prise en compte des investissements effectués avant le passage aux forfaits liés aux prestations sont énoncés dans la disposition transitoire de l'OCP.

### **3. Suppression de la notion de « semi-hospitalier »**

Les Chambres fédérales, dans le cadre du débat relatif au projet de révision de la LAMal rejeté par le Parlement en décembre 2003, s'étaient déjà exprimées en faveur d'une distinction faite uniquement entre traitement ambulatoire et traitement hospitalier et pour que la notion de semi-hospitalier soit rayée de la LAMal. Le motif invoqué était que ce concept n'a pas fait ses preuves dans la pratique. Des traitements semi-hospitaliers ont bien été effectués, mais dans la très grande majorité des cas ils ont été facturés au titre de prestations ambulatoires. Les tarifs relatifs aux traitements semi-hospitaliers constituent une exception.

### **4. Prestations d'intérêt général**

Le nouvel art. 49, al. 3, LAMal prévoit que le remboursement de l'AOS ne contiendront plus aucune participation aux coûts de prestations d'intérêt général, notion qui inclut notamment les admissions obligatoires des hôpitaux, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, ainsi que la recherche et la formation universitaire. Au niveau de l'ordonnance, la question des admissions obligatoires est réglée plus en détail dans le contexte de la planification hospitalière, alors que la modification de la terminologie l'est ici.

### **5. Formation et recherche**

Les règles de financement du droit actuel reposent sur le principe selon lequel les cantons sont responsables d'organiser la formation universitaire et non-universitaire du personnel médical.

Les cantons, en tant que responsables des hôpitaux publics et des universités, dans lesquels est donnée la plus grande partie de la formation universitaire de base dans les professions médicales universitaires (médecins), sont les premiers responsables de son financement. La formation postgrade du personnel médical universitaire dans les hôpitaux se fait, principalement, sous la forme de supervisions et d'enseignements effectués par les médecins-chefs dont les prestations sont acquittées par les hôpitaux. De cette façon, les coûts des formations postgrade n'apparaissent pas explicitement. Les coûts de formation et de recherche des hôpitaux sont explicitement exclus du remboursement par l'assurance obligatoire des soins. Du fait que la plupart des hôpitaux ne peuvent faire état de leurs coûts effectifs de formation et de recherche, un pourcentage forfaitaire est appliqué pour les déduire. Il est échelonné selon la taille de l'hôpital.

Avec l'introduction des forfaits liés aux prestations dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le remboursement des prestations ne doit plus comprendre la couverture des frais consentis par les hôpitaux *en particulier* pour la recherche et la formation universitaire. Cela constitue une modification dans la mesure où, jusqu'ici, l'ensemble des coûts des hôpitaux consacrés à la formation et à la recherche étaient considérés comme non imputables au même titre que les frais d'exploitation et ne pouvaient donc pas entrer dans le calcul des tarifs. Cette modification découle de l'opinion, défendue dans le débat parlementaire, selon laquelle la formation de base et la formation postgrade des médecins comme du reste du personnel du niveau tertiaire ne pouvait par principe être l'affaire de l'assurance obligatoire des soins. En revanche, la formation et le perfectionnement du reste du personnel non universitaire relève des hôpitaux et des écoles. Comme il est d'usage pour la formation professionnelle dans d'autres domaines, le coût de ces formations doit être pris en compte dans les frais des hôpitaux. Le renforcement des éléments de concurrence visé par la révision de la loi exige la création de conditions de base identiques pour tous les hôpitaux. Etant donné que le remboursement des frais hospitaliers doit être lié aux prestations, les coûts de la formation et de la recherche ne doivent pas entrer dans le calcul des tarifs. La question du financement n'est toutefois pas réglée de manière définitive. Une réglementation définitive est importante afin d'éviter un désavantage concurrentiel pour les hôpitaux qui sont actifs dans le domaine de la formation universitaire et post-grade et qui ont de ce fait des frais plus élevés que les hôpitaux n'ayant pas d'activité

dans ce domaine. Comme indiqué au début, la question du financement doit être traitée dans le cadre du paquet législatif concernant la réforme du paysage universitaire.

En ce qui concerne la structure de l'OCP, cette situation a son importance, puisqu'il faut partir de l'idée que la formation de base et la formation continue des diverses catégories de personnel médical devront être financées par des agents payeurs différents. Pour qu'ils puissent être attribués, il faut que les coûts de la formation de base et de la formation post-graduée des différentes catégories du personnel médical en milieu hospitalier soient classés selon une grille détaillée.

L'introduction de la notion d'universitaire en lien avec la formation et la recherche rend nécessaire l'adaptation de la systématique de l'OCP. Dans le cadre des débats parlementaires sur le projet de révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, la notion d'universitaire n'a pas été utilisée de manière uniforme. La disposition légale se limitant à la recherche et à la formation universitaire au sens défini ci-dessus, seuls les coûts de la formation des étudiants en médecine et autres disciplines universitaires en milieu hospitalier sont exclus du remboursement par l'assurance obligatoire des soins. Mais, à la différence des dispositions d'ordonnance aujourd'hui en vigueur et de la jurisprudence, il manque une réglementation touchant la formation post-grade des médecins jusqu'au titre post-grade fédéral, la formation post-grade du reste du personnel médical universitaire, ainsi que la formation du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique. Ces types de formation ne sont pas clairement classés par la loi parmi les prestations en faveur de l'économie générale. Leur financement n'est pas réglé ici.

### **III. Partie spéciale : commentaire des dispositions**

#### **Art. 1, al. 2**

Avec l'admission des maisons de naissance à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les mêmes règles que pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux s'appliquent pour elles en ce qui concerne le calcul des coûts et le classement des prestations.

#### **Art. 2, al. 1, let. a, c et g**

La notion de « semi-hospitalier » ne figurant plus dans la loi, les let. a et c doivent être modifiées en conséquence. Comme le remboursement des frais hospitaliers passe au système des forfaits liés aux prestations, les frais imputables ne sont plus mentionnés dans la loi. Le renvoi figurant à la let. g doit donc être supprimé. La let. g est reformulée en sorte que son contenu continue de se rapporter aux coûts hospitaliers exclus du remboursement par l'assurance obligatoire des soins.

#### **Art. 3**

Une définition analogue à celle pour les traitements à l'hôpital s'applique aux traitements hospitaliers en maison de naissance. .

#### **Art. 4**

La notion de « semi-hospitalier » ayant été rayée de la loi, cet article doit être abrogé.

#### **Art. 5**

La définition du traitement hospitalier figure déjà aujourd'hui à l'art. 3 de l'ordonnance. Le critère en vertu duquel un séjour à l'hôpital ou en maison de naissance est qualifié d'hospitalier est que ce séjour dure au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transferts dans un autre hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers.

Tous les traitements qui ne remplissent pas ces critères sont réputés ambulatoires. De ce fait, les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit, classés jusqu'ici parmi les traitements semi-hospitaliers, sont désormais considérés comme des prestations ambulatoires.

#### **Art. 6**

Les traitements de longue durée au sens de l'art. 49 LAMal figurent maintenant à l'al. 4 de cet article. Il faut donc modifier le renvoi en conséquence.

#### **Art. 7, al. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup> et 2**

Cette disposition est harmonisée avec la terminologie de la loi, qui mentionne notamment la recherche et la formation universitaire à l'art. 49, al. 3, let. c, LAMal. Etant donné que certaines incertitudes subsistent quant au financement futur de la formation et de la recherche, universitaire et non universitaire, il est préférable de mentionner séparément les coûts de la formation de base et de la formation continue des diverses catégories de personnel médical. L'on s'assure ainsi qu'ils pourront ensuite être attribués à l'agent financeur compétent.

Il importe de distinguer clairement la recherche et la formation universitaire.

La formation universitaire du personnel médical universitaire, dans les professions médicales en particulier, s'achève en règle générale par l'obtention du diplôme universitaire. En vertu de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd, RS 811.11), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2007, les professions médicales universitaires terminent leurs études par un examen fédéral qui a lieu après les examens universitaires. L'admission à l'examen fédéral nécessite la preuve explicite que le programme d'études accrédité correspondant a été achevé, ce qui inclut la réussite de l'examen universitaire. Etant donné la réforme de Bologne, on peut partir de l'idée que les examens universitaires comprennent l'obtention du master. Ce n'est qu'après la réussite de l'examen fédéral et l'obtention du diplôme fédéral que les candidats entrent dans la phase dite postuniversitaire, ou postgrade.

Les coûts supportés par l'hôpital pour la formation postgrade des médecins jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral, pour la formation postgrade du reste du personnel médical universitaire, ainsi que pour la formation du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique et pour la formation dans les autres professions hospitalières doivent être inclus dans le calcul des coûts. C'est également le cas des coûts de la formation continue effectuée à l'hôpital par le personnel non universitaire : suivant la nature de cette dernière, ces coûts peuvent être nécessaires pour l'exploitation de l'hôpital et peuvent donc être pris en compte dans les forfaits liés aux prestations.

La disposition relative à la recherche est adaptée à la modification de la loi, qui règle désormais la recherche et la formation universitaire à l'art. 49, al. 3, LAMal.

#### **Art. 8**

Les frais d'investissement figurant maintenant à l'art. 49, al. 7, LAMal et les mandats de prestations à l'art. 39, al. 1, let. e, les renvois doivent être modifiés en conséquence.

Pour assurer la plausibilité des charges des investissements imputées aux agents payeurs, la valeur initiale prise comme référence pour l'amortissement doit être claire.

La disposition de l'article 10 alinéa 3 définissant à partir de quel montant de la valeur d'achat un investissement doit figurer dans la comptabilité des investissements a été insérée ici. La hausse de la limite, de 3'000 à 10'000 francs, représente un allègement principalement pour les hôpitaux. Cette hausse est dans l'intérêt des hôpitaux du fait que ceux-ci ne doivent plus faire figurer les petits investissements dans leur comptabilité des investissements.

La phrase précisant qu'outre les opérations d'achat, l'ensemble des opérations de location et d'achat par acomptes font partie des investissements n'est plus nécessaire, car avec l'inclusion des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations, le calcul des coûts doit faire état de tous les coûts d'utilisation des équipements, que ce soit sous forme de location/leasing, de location-vente ou d'amortissement.

#### **Art. 9**

Tout comme les hôpitaux, les maisons de naissance doivent tenir une comptabilité analytique ; celle-ci tient compte de leur domaine de prestations.

#### **Art. 10, al. 1 et 3**

Les maisons de naissance doivent, tout comme les hôpitaux, tenir une comptabilité financière.

Depuis l'édition de l'ordonnance, les bases de comptabilité mentionnées à l'al. 1 ont été remaniées et la version citée du plan comptable de H+ ne correspond plus à la situation actuelle. Le renvoi à l'édition de 1999 est donc supprimé. En revanche, le principe selon lequel la comptabilité financière doit se fonder sur la nomenclature du plan comptable de H+ reste valable. La compétence de fixer la version valable revient au Département fédéral de l'intérieur.

#### **Art. 10a**

Pour faciliter la plausibilité de la ventilation des charges des investissements, il est recommandé de les classer suivant les mêmes principes dans la comptabilité des investissements des hôpitaux et dans celle des maisons de naissance. Ce classement se fait sur la base de deux catégories : terrains, bâtiments et éléments de construction d'une part et installations techniques, machines et appareils de l'autre. En principe, les investissements sont répartis suivant leur durée d'utilisation : permanente, longue, moyenne ou brève. Les appareils médico-techniques et les équipements électroniques sont classés selon leur durée d'utilisation probable en années. Le classement se fonde sur les recommandations faites par H+ dans ses explications concernant la comptabilité de gestion à l'hôpital.

#### **Art. 10b**

Sont indiquées ici les informations qui doivent au minimum figurer dans la comptabilité des investissements des hôpitaux et des maisons de naissance pour que celle-ci offre une vue d'ensemble minimale de l'état des investissements et des perspectives financières. Les investissements doivent être évalués à leur valeur d'achat et à leur valeur de remplacement. Les institutions sont libres de faire figurer encore d'autres évaluations dans leur comptabilité des investissements. La présente disposition doit servir de trame, dans le sens d'un standard minimum auquel les institutions doivent se tenir. C'est l'affaire des hôpitaux de présenter un manuel qui permette d'assurer que les institutions aient une approche uniforme des évaluations des investissements et de leur utilisation.

C'est seulement si les partenaires tarifaires ont cette vue d'ensemble et qu'ils peuvent juger de la réalisation des coûts dont il est fait état qu'il sera possible de conclure des conventions tarifaires répondant aux impératifs d'économicité et d'équité.

#### **Art. 12, al. 1, art. 13, al. 3, et art. 15**

Ces exigences doivent aussi être remplies par les maisons de naissance.

#### **Disposition transitoire**

Une étude non publiée effectuée en 2006 par l'entreprise Keller Unternehmensberatung, Baden, auprès des hôpitaux publics et privés de plusieurs cantons a révélé que, d'une part, l'état des investissements varie selon les hôpitaux et que, d'autre part, la comptabilité des investissements diffère fortement d'un établissement à l'autre pour ce qui est de l'exhaustivité des investissements enregistrés et de leur classement. Or, comme avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les investissements auront leur importance pour l'assurance obligatoire des soins dans tous les domaines, le principe du calcul des coûts sur des bases uniformes, valable pour les coûts d'exploitation, doit être étendu aux investissements et à leur utilisation. L'inclusion des coûts d'investissement dans la tarification est effectuée par les partenaires tarifaires. Pour que les tarifs et leur structure soient plausibles, il faut que les investissements soient classés dans la comptabilité des investissements des hôpitaux. Il faut en outre qu'une estimation à jour de ces investissements soit disponible.

Il faut que des valeurs repères soient prescrites non seulement pour le classement des investissements dans la comptabilité des investissements que les hôpitaux doivent tenir depuis l'entrée en vigueur de l'OCP le 3 juin 2002, mais aussi pour garantir la plausibilité de la ventilation des charges des investissements sur les agents payeurs. C'est à cette seule condition que les coûts dont les hôpitaux font état pour une prestation pourront être utilisés pour une comparaison entre établissements et pour une analyse comparative (benchmarking) qui soit concluante. Quant au calcul des charges des investissements qui n'auront pas encore été entièrement amortis au moment du passage aux forfaits liés aux prestations, les mêmes règles doivent s'appliquer que pour les nouveaux investissements.