



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, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)**

Modifications du 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 2049) pour le domaine du financement hospitalier. Cette révision qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 implique 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 était jusqu'à présent de créer la transparence. Les coûts fournis, selon une méthode uniforme, par les hôpitaux constituent en outre une base pour les négociations tarifaires. L'évaluation des coûts présentés par les hôpitaux se fait dans ce cadre. Il est notamment jugé si les coûts d'exploitation et d'investissement produits par les hôpitaux satisfont au principe d'économie.

### **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. 3). Elles sont soumises, en matière de planification, aux mêmes prescriptions que les hôpitaux et que les établissements médico-sociaux (EMS), et, en ce qui concerne la rémunération des prestations, aux mêmes règles que pour les hôpitaux. Il est donc 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 à l'hôpital. 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, les investissements 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 coûts d'exploitation et d'investissement.

Cette modification de la loi nécessite une adaptation de l'OCP en lien avec la prise en considération des investissements dans la comptabilité analytique. Avec l'inclusion des investissements, des composantes normatives entrent dans le calcul des coûts des hôpitaux : selon la méthode d'évaluation, le genre et la durée de l'amortissement ainsi que le taux d'intérêt choisi pour le calcul de l'intérêt calculatoire, des coûts d'utilisation des immobilisations différents peuvent être produits pour un seul et même investissement. Pour que les coûts d'investissements dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) soient calculés selon une méthode uniforme et que les données soient comparables, il faudra, à l'avenir, imposer des prescriptions pour l'évaluation des immobilisations et le calcul des coûts d'utilisation des immobilisations. Des prescriptions sont également nécessaires du fait que les coûts justifiés doivent servir de base au calcul des tarifs. Elles limitent les conséquences financières pour

l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, la comparaison du caractère économique des hôpitaux s'en trouvera facilitée.

### **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. Recherche et formation universitaire en tant que prestations d'intérêt général**

Avec l'introduction des forfaits liés aux prestations dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, la rémunération des prestations ne doit pas comprendre de part de coûts pour les prestations d'intérêt général, comme en particulier, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ou la recherche et la formation universitaire. Cela constitue un changement dans la mesure où, jusqu'ici, l'ensemble des coûts des hôpitaux consacrés à la formation et à la recherche étaient considérés comme des coûts d'exploitation non imputables et ne pouvaient donc pas entrer dans le calcul des tarifs. Cette modification découle de l'opinion, défendue dans les débats parlementaires, selon laquelle la formation de base et la formation postgrade des médecins comme du reste du personnel académique ne pouvait, par principe, pas être l'affaire de l'assurance obligatoire des soins. La formation de base et la formation postgrade du personnel non universitaire relève des hôpitaux et des écoles.

L'introduction de la notion d' « universitaire » en lien avec la formation et la recherche rend nécessaire la concrétisation de cette notion. 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 systématique de la formation définit comme « professions médicales universitaires » toutes les professions qui sont réglementées par la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd ; RS 811.11). On peut entendre par « formation universitaire » la formation d'étudiants jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral. La notion de « formation universitaire » peut cependant comprendre également la formation de base et la formation postgrade jusqu'à l'autorisation d'exercer la profession de manière indépendante au niveau universitaire. La formation postgrade jusqu'au titre de formation postgrade fédéral est également réglementée dans la LPMéd et dans l'ordonnance du 27 juin 2007 qui s'y rattache concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires (RS 811.112.0). Comme la LAMal suppose que seules les prestations du personnel médical ayant achevé sa formation sont remboursées, la définition de « formation universitaire » doit être utilisée au sens large et comprend donc la formation de base et la formation postgrade jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral.

## **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 leurs sont appliquées en ce qui concerne le calcul des coûts et le classement des prestations.

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

La notion de « semi-hospitalier » ne figurant plus dans la loi et les maisons de naissance étant admises en qualité de fournisseurs de prestations, les let. a, b et d doivent être adaptées en conséquence. La let. c doit être biffée. En raison du passage à la rémunération des hôpitaux au moyen de forfaits liés aux prestations, les coûts imputables ne sont plus mentionnés dans la loi. Le renvoi figurant à la let. g doit donc être supprimé. La let. g est reformulée de manière à ce que son contenu se réfère aux prestations d'intérêt général exclues de la prise en charge 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. L'art. 3 doit être adapté en conséquence.

#### **Art. 4**

La notion de « semi-hospitalier » ayant été biffée 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, les séjours à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital, les séjours en cas de transfert d'une maison de naissance dans un hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers.

Tous les traitements qui ne remplissent pas ces critères sont réputés ambulatoires. Ainsi, 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**

Comme mentionné au ch. 4 ci-dessus, la notion nouvellement introduite dans la loi de « formation universitaire » est définie au sens large. Elle comprend la formation de base et la formation postgrade dont la formation professionnelle est réglée dans la LPMéd jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral. La réglementation des professions médicales universitaires dans la LPMéd est exhaustive. Ainsi la formation de base et la formation postgrade dans les professions médicales dispensées dans une haute école spécialisée ne relèvent pas de la notion d'« universitaire ».

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

#### **Art. 8**

Les coûts 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. Sont réputés investissements les immobilisations effectuées pour remplir le mandat de prestations. Comme la version allemande fait usage du terme « *Anlagen* », qui correspond en français et en italien à la notion d'« *immobilisations* » et d'« *immobilizzazioni* » cette terminologie est reprise, pour des raisons de cohérence, dans la version française et italienne du texte lorsque cela est nécessaire.

Avec la nouvelle disposition légale, les coûts des opérations d'achat ainsi que l'ensemble des opérations de location et d'achat par acomptes sont inclus dans le calcul du tarif. Les coûts d'utilisation des immobilisations – cette dernière pouvant s'appuyer sur des opérations de location et d'achat par acomptes – doivent, selon l'al. 2, être justifiés séparément. Ce mode opératoire doit garantir que, par

exemple, des coûts qui sont nettement plus élevés que si l'objet concerné avait été acquis ne figurent pas au titre des locations.

#### **Art. 9**

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

#### **Art. 10, al. 1, 2, 3 et 5**

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

Depuis l'édition de l'ordonnance, les bases de comptabilité analytique mentionnées à l'al. 1 ont été remaniées et développées. Le renvoi à la version du plan comptable de H+ de 1999 est donc supprimé. L'al. 3 est introduit en remplacement.

L'al. 2 doit être légèrement adapté. La nomenclature de l'offre de prestations fait place à celle de la Statistique des hôpitaux dont l'élaboration est inscrite à l'annexe de l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (Ordonnance sur les relevés statistiques ; RS 431.012.1).

L'al. 3 précise que les hôpitaux et les maisons de naissance doivent tenir une comptabilité des salaires. Cela doit garantir que les dépenses salariales des hôpitaux peuvent être attribuées aux différentes catégories de personnel, ce qui n'est plus le cas dans le plan comptable actuel de H+.

La disposition de l'al. 3 sur le montant de la valeur d'achat à partir de laquelle un investissement doit figurer dans la comptabilité des immobilisations est adaptée et inscrite à l'al. 5. L'augmentation de la limite de 3000 à 10 000 francs facilite, en premier lieu, le travail administratif des hôpitaux. Cette mesure paraît pertinente dans l'intérêt des hôpitaux car des investissements de moindre importance ne doivent plus figurer dans la comptabilité des immobilisations.

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

Avec l'inclusion des investissements dans les forfaits liés aux prestations, une composante normative entre dans la comptabilité analytique. Pour que les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins, justifiés par les hôpitaux, puissent faire l'objet de comparaisons, l'ordonnance doit fournir des prescriptions sur l'évaluation uniforme des investissements, leur amortissement et les intérêts calculatoires. Cela équivaut dans un certain sens à s'éloigner de la fonction de l'OCP qui jusqu'ici réglait la tenue des comptes externes des hôpitaux pour leur activité dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

L'al. 1, let. a à j, fixe les informations que doit contenir une comptabilité des immobilisations d'une institution. Pour l'assurance obligatoire des soins, les valeurs d'achat des immobilisations sont pertinentes. Des intérêts calculatoires sont appliqués au capital immobilisé, mais pas au capital circulant. L'assurance obligatoire des soins ne peut pas tenir compte de la valeur de remplacement des immobilisations, car cette valeur repose sur des estimations.

L'al. 2 fixe que les immobilisations nécessaires à l'exploitation correspondent à celles nécessaires à l'accomplissement du mandat de prestations. Les immobilisations pour les exploitations annexes (cafétéria, école, etc.) ne sont par exemple pas considérées comme nécessaires à l'exploitation de même que celles en relation avec les parts de terrains non nécessaires à l'accomplissement du mandat.

L'al. 3 fixe que les immobilisations sont amorties sur une durée uniforme jusqu'à la valeur résiduelle nulle. Les hôpitaux attribuent à chaque catégorie une durée uniforme d'utilisation.

L'al. 4 fixe que les intérêts calculatoires sont calculés selon la méthode de la valeur moyenne, soit sur la base de la moitié de la valeur de départ. De ce fait, les intérêts calculatoires sont constants au cours du temps. Une alternative consisterait à calculer les intérêts calculatoires par rapport à la valeur résiduelle des immobilisations à la fin de chaque période de décompte. Cette méthode présente le désavantage que les intérêts calculatoires diminuent avec la valeur résiduelle au cours du temps et que les coûts apparaissent comme dégressifs dans la comptabilité analytique, bien que l'infrastructure

n'ait pas changé. Le taux d'intérêt calculatoire est calculé sur la base du taux moyen des coûts du capital (moyenne pondérée entre utilisation du capital propre et du capital étranger). Il intègre deux composantes : la première est le taux d'intérêt sans risque qui correspond au rendement moyen des obligations de la Confédération d'une durée de 10 ans au cours des 60 mois écoulés. La seconde est le dédommagement adapté aux risques pour le domaine hospitalier qui peut être considéré comme relativement stable. Le taux d'intérêt calculatoire est fixé sur la base du taux moyen des coûts du capital (moyenne pondérée entre utilisation du capital propre et du capital étranger) en fonction des paramètres suivants :

- coûts du capital propre : 6.65 %
- coûts du capital étranger : 3.15 %
- quote-part du capital propre : 15 %
- taux d'intérêt sans risque, état juillet 2008 : 2.65%

Le taux d'intérêt calculatoire s'élève à 3.7 pour cent. Il est examiné périodiquement par le Conseil fédéral. Dans le cas d'une modification importante d'un ou de plusieurs paramètres, le Conseil fédéral peut décider d'adapter le taux d'intérêt.

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

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

#### **Art. 16**

Cette disposition peut être abrogée. Pour déterminer si les objectifs visés par l'ordonnance sont atteints, un groupe de projet a été mis sur pied en 2006 et l'Institut de santé et d'économie (ISE) d'Ecublens chargé d'effectuer une analyse des effets. Les experts sont arrivés à la conclusion que la mise en place de l'OCP se déroule bien et que l'ordonnance a contribué à la mise en place d'instruments performants pour le calcul des coûts et la saisie des prestations, en particulier la comptabilité par unités finales d'imputation. Dans les EMS, cette mise en œuvre serait toutefois moins avancée que dans les hôpitaux. Le rapport d'experts de l'ISE datant de mars 2008 sera publié dès que le Conseil fédéral en aura pris connaissance.

#### *Dispositions finales*

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 immobilisations diffère fortement d'un établissement à l'autre pour ce qui est de l'exhaustivité des investissements enregistrés et de leur évaluation. Or, comme avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les investissements gagneront en importance pour l'assurance obligatoire des soins, 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'al. 1 fixe qu'au moment de la transition, n'entrent dans le calcul des coûts que les coûts d'utilisation des immobilisations qui sont saisis dans la comptabilité des immobilisations d'un hôpital ou d'une maison de naissance et pour lesquels la valeur comptable actuelle est disponible. En vue de l'élaboration des structures tarifaires, des données fiables sur les coûts d'exploitation et les coûts d'investissements doivent être mises à disposition. Il faut notamment garantir que les immobilisations déjà amorties ne le seront pas encore une fois. De cette manière, l'on évite que les coûts présentés par les hôpitaux ne soit excessifs et qu'ainsi, au moment du passage aux structures tarifaires uniformes, des coûts trop élevés n'entrent dans les calculs. Indépendamment du fait qu'un hôpital donné soit ou non en mesure de présenter ses coûts d'investissements, ce dernier a droit, dans le nouveau régime de financement, à la rémunération de la part des coûts d'utilisation des immobilisations prise en compte dans la structure tarifaire. Dans une deuxième phase, les partenaires tarifaires conviennent du montant en francs avec lequel une prestation sera finalement rémunérée.

L'al. 2 a pour objectif de fixer un plafond en comparant la valeur comptable actuelle et la valeur comptable de l'immobilisation qui aurait résulté d'un calcul depuis la date de l'achat jusqu'au moment du passage selon l'art. 10a de l'ordonnance.

L'al. 3 fixe que lors du calcul des coûts d'utilisation des immobilisations qui, au moment du passage aux forfaits liés aux prestations, n'ont pas été complètement amortis, les mêmes règles que celles qui sont applicables, selon l'OCP, aux nouveaux investissements, doivent s'appliquer. Les intérêts calculatoires sont calculés, pendant la phase de transition, sur la base de la moitié de la valeur comptable au moment du passage au lieu de la moitié de la valeur d'achat. En effet, les intérêts de la valeur moyenne calculés avec la valeur d'achat ne sont justifiés et significatifs que sur la durée d'utilisation complète de l'immobilisation. Cette réglementation évite à l'intérêt calculatoire moyen d'être trop élevé.