

Communauté d'achat HSK

Benchmark SwissDRG année tarifaire 2026



Année de données : 2024

Publication : 7 novembre 2025

Executive Summary

Benchmark SwissDRG année tarifaire 2026

Comme les années précédentes, la Communauté d'achat HSK SA a calculé son benchmarking sur la base des données ITAR_K® avec une valeur de référence fixée au 25e percentile.

Sur 176 hôpitaux au total, 147 hôpitaux ont été intégrés au benchmark (soit 10 de moins que l'année dernière) :

- Selon une nouvelle jurisprudence (TAF C-4147/2021)¹, toutes les maisons de naissance ont été retirées du benchmark.
- Toutes les cliniques de réhabilitation qui fournissent des prestations de réadaptation précoce, ainsi que les cliniques de paraplégie qui ont facturé pour la première fois en SwissDRG, n'ont pas été prises en compte dans ce benchmark.
- Les hôpitaux n'ayant pas fourni les données dans le délai imparti et ceux dont les données n'ont pas été jugées plausibles n'ont pas été intégrés.

Ainsi, le benchmarking HSK repose sur des données fiables et comparables. Le benchmark HSK est basé sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national : 25 cantons, et 98 pour cent du casemix dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Toutes les catégories OFS ont été prises en compte.

La valeur du benchmark basée sur les coûts d'exploitation pour l'année tarifaire 2026 au 25e percentile sans le renchérissement et avec pondération selon le nombre d'hôpitaux est de 9'754 francs.

Pour déterminer les prix, la Communauté d'achat HSK procède chaque année tarifaire à une procédure de benchmarking à deux niveaux :

- **1er niveau** : calcul de la valeur du benchmark basée sur les comparaisons des coûts d'exploitation
- **2e niveau** : négociations tarifaires individuelles en tenant compte des particularités et de la situation spécifique de chaque hôpital. Pour ce niveau, HSK constitue 7 groupes d'hôpitaux homogènes (clusters) sur la base de variables telles que le nombre de DRG utilisés, la taille des hôpitaux ou l'intensité du traitement (CMI).

Pour différencier les prix, HSK utilise les clusters suivants comme base pour s'écarter de la valeur du benchmark. Les données de la statistique médicale relative à l'année 2024 ne seront publiées par l'OFS qu'à une date ultérieure (passage à la plateforme SpiGes), notre clustering n'a pas pu être actualisé. C'est pourquoi le clustering de l'année dernière (base de données 2023) est repris sans changements pour les négociations de l'année tarifaire 2026.

¹ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2025)

Cluster	Fourchette pour le BM	Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)
		1 Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires)
		3 Hôpitaux pédiatriques
		2 Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée)
		4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée
		5 Hôpitaux de soins de base
	Valeur BM HSK 9'754 francs	
		6 Hôpitaux sans urgences (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)
		7 Maisons de naissance

Cette approche différenciée permet à la Communauté d'achat HSK d'instaurer, sur la base de données, les conditions de mise en œuvre de l'autonomie tarifaire selon la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et de mener les négociations tarifaires de manière à trouver une solution.

Contenu

Executive Summary Benchmark SwissDRG année tarifaire 2026	2
Contenu	4
Répertoire des abréviations.....	5
1. Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking	6
2 1^{er} niveau de la tarification : Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (CPB).....	8
2.1 Méthodologie du benchmarking HSK.....	9
2.1.1 Exigence relative à l'échantillon de base et critères d'exclusion.....	9
2.1.2 Type de pondération et choix du percentile.....	11
2.2 Résultats du benchmarking HSK.....	13
2.2.1 Valeur du benchmark	13
3. 2^{ème} niveau de la tarification : Le clustering comme base de la différenciation des prix.....	15
3.1 Les lignes directrices juridiques	15
3.2 Base de données et méthodologie du clustering	15
3.3 Résultats du clustering	18
3.4 Détermination de la fourchette de prix	20
Liste des figures.....	21
Liste des tableaux	21
Bibliographie.....	22
Annexe.....	23
Validation par la Mesure de distance	23
Validation au moyen de la Projection	24
BM HSK : hôpitaux par catégorie OFS et par cluster incl. CUI OCP (données 2023).....	25
Renseignements	27

Répertoire des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
BM	Benchmark Valeur du benchmark
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CE	Comptabilité d'exploitation
CEN	Coûts d'exploitation nets
CMI	Indice de case mix
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DP P	Assurés demi-privé privé
DRG	Diagnosis related groups
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière (grouper GPPH)
ITAR_K®	Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurance complémentaire)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCP	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
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PCA	Principal Component Analysis
REKOLE®	Standards de la « Comptabilité analytique à l'hôpital »
SPr	Surveillance des prix
TAF	Tribunal administratif fédéral
WIG	Institut d'économie de la santé à Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Université des sciences appliquées de Zurich, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

1. Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) précise que la procédure de benchmarking doit idéalement concerner toute la Suisse et être basée sur les coûts relevés par étude complète et doit aboutir à une valeur de référence nationale. Les principales conditions-cadre du TAF sont :

- **Mécanisme de calcul des prix à deux niveaux** : 1er niveau = benchmark (BM, valeur de référence), 2ème niveau = négociations de prix individuelles. Il s'ensuit que la valeur de benchmark doit être considérée comme une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les hôpitaux.
- Le benchmarking doit par principe être fondé sur les coûts (coûts d'exploitation des hôpitaux pertinents pour le benchmark). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure BM.
- Le benchmark doit comprendre un volume comparatif le plus grand possible et représentatif pour tous les hôpitaux, afin notamment d'être exempt de distorsions à la concurrence et de parvenir à calculer de manière la plus précise et réelle les données de coûts et de prestations pertinentes pour le benchmark et qui doivent être comparées selon une méthode uniforme. Une procédure de benchmarking qui présélectionne certains hôpitaux ou groupes d'hôpitaux n'est pas admise.
- Dans un arrêt (C-5102 | 2019 du 17 août 2022)² concernant la détermination du percentile, le Tribunal administratif fédéral a annoncé qu'il incombait en premier lieu au législateur d'édicter les directives correspondantes. D'ici là, les partenaires tarifaires ainsi que les autorités devraient disposer d'une large marge de manœuvre pour déterminer la mesure de l'efficacité. Le TAF constate qu'avec le changement de système, un critère d'efficacité trop strict dans **la phase d'introduction** mettrait en danger le financement des hôpitaux nécessaires au système et donc la sécurité de l'approvisionnement. Un critère d'efficacité trop généreux signifierait en revanche une marge de bénéfice inappropriée pour les hôpitaux les moins chers. Dans un arrêt plus ancien du TAF, il est dit que le critère doit être appliqué de manière stricte, car les tarifs négociés ne résultent pas d'une concurrence efficace (TAF 2014 | 36 E 10.2.3)³.
- Conformément à la décision du TAF du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)⁴, **la phase d'introduction** se poursuivra tant que le Conseil fédéral n'aura pas publié de comparaisons d'établissements à l'échelon national (art. 49, al.8, LAMal). Le 23 septembre 2020, le Conseil fédéral a publié ces comparaisons d'établissements⁵. Ainsi le Conseil fédéral a mis en œuvre l'art. 49 al. 8 LAMal, et par conséquent la phase de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG est terminée. La fin de la phase d'introduction de SwissDRG signifie que : 1.) la formation existante de groupes de benchmark, 2.) l'utilisation de la pondération selon le nombre de cas ou le case mix des hôpitaux dans le benchmark et 3.) la fixation d'un percentile trop élevé ne sont plus autorisées.

² (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2022 (C-5102 | 2019))

³ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2014)

⁴ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2019)

⁵ (OFSP, Office fédéral de la santé publique, 2020)

- Conformément à la décision du TAF du 15 juillet 2025 (C-4147 | 2021)⁶, le TAF a justifié pourquoi il considère l'inclusion des maisons de naissance dans la comparaison entre les hôpitaux comme une violation du droit fédéral. Cette inclusion ne serait pas appropriée, car d'une part, le domaine d'activité des maisons de naissance diffère de celui des hôpitaux. D'autre part, les maisons de naissance ne peuvent pas servir de référence pour évaluer l'efficacité des prestations hospitalières, car les hôpitaux ne peuvent naturellement jamais atteindre le même niveau d'efficacité et la même structure de coûts réduits en raison des exigences plus élevées qui leur sont imposées. Cette distorsion ne peut pas non plus être suffisamment corrigée par des majorations et des réductions (ch. 1.2. ss).

⁶ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2025)

2. 1^{er} niveau de la tarification : Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (CPB)

Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les hôpitaux appliquent REKOLE® « Comptabilité de Gestion à l'hôpital » (Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations). Une application systématique des standards REKOLE® améliore la transparence et la comparabilité des charges d'exploitation des hôpitaux. Les coûts d'exploitation obtenus des hôpitaux sont corrigés par la Communauté d'achat HSK afin de correspondre aux dispositions de l'OAMa, à la jurisprudence et à la pratique courante du calcul des tarifs dans l'assurance obligatoire des soins.

La Communauté d'achat HSK effectue le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark selon le schéma suivant :

Schéma de calcul	Remarques
Total des coûts selon la comptabilité analytique CE (charges d'exploitation)	
./. CUI	Données des hôpitaux (OCP)
./. Produit du groupe de compte 65	Données des hôpitaux, selon consignes ITAR_K®, selon consignes TAF
+ Imputation produit du groupe de compte 66	En cas de gestion avec réduction des coûts dans le centre de coûts, données des hôpitaux
./. Honoraires médicaux Assurés complémentaires	Données des hôpitaux (voir remarque ci-dessous)
= Coûts d'exploitation nets I (CEN)	
./. Déduction subsidiaire pour Recherche et formation universitaire	Déduction effective mais au minimum normatif Valeurs normatives <75 lits : 0.8 % >75 lits : 1.5% >125 lits : 3.5% Hôpitaux universitaires : effective
./. Prestations d'intérêt général	Selon données des hôpitaux. HSK ne peut pas vérifier si toutes les prestations d'intérêt général ont été déclarées.
= Coûts d'exploitation nets II (CEN)	
./. Déduction pour coûts supplémentaires découlant des prestations pour patients au bénéfice d'une assurance complémentaire	Déduction effective mais au minimum valeurs normatives selon l'approche de la CDS ⁷ : - par cas DP : 800 francs - par cas P : 1'000 francs
./. Coûts non compris dans le Baserate (DRG non évalués, indemnisations complémentaires, prestations tarifées séparément)	Données des hôpitaux.
Schéma de calcul	Remarques
Intérêt actif circulant	Selon la méthode du SPR

⁷ (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019). Selon la jurisprudence (ATAF C2283 | 2013-C-3617 | 2013), l'approche se base sur la méthodologie de la CDS-Est, notamment pour garantir que les déductions des coûts supplémentaires LCA ne soient pas trop basses. (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2015)

Renchérisssement	Non compris dans la valeur BM
Calcul de projection	Non compris dans la valeur BM
Déductions pour manque de transparence	Non compris dans la valeur BM
Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Sont exclusivement pris en compte les CUI selon l'OCP. Il est également vérifié si la déduction des CUI nouvellement introduite pour les prestations LCA (hôtellerie) est applicable dans la version ITAR_K® 14.0. La plausibilité des CUI déclarés est également vérifiée par HSK avec la comptabilité des immobilisations (données fournies par l'Office fédéral de la statistique, OFS).

= Coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (CPB) HSK

Tableau 1 : Schéma du calcul des coûts d'exploitation

Remarque concernant la délimitation des honoraires médicaux (LCA) :

La Communauté d'achat HSK a analysé les déductions des honoraires médicaux LCA déclarés dans les ITAR_K® des hôpitaux. Il ressort de son analyse que les honoraires médicaux déclarés pour certains fournisseurs de prestations ont considérablement diminuée, sans que cette baisse soit motivée systématiquement. La baisse des honoraires médicaux déclarés est due à une modification des systèmes de rémunération des hôpitaux. H+ a identifié le problème et a élaboré le 11. novembre 2024 - par l'intermédiaire de sa commission spécialisée REKOLE® « Comptabilité et contrôle de gestion » - une proposition de solution pour une répartition correcte des frais médicaux entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. HSK invite les hôpitaux à effectuer les corrections nécessaires dans leurs données ITAR_K®, afin de garantir une détermination correcte du benchmark. Sur la base des analyses en cours, HSK se réserve le droit de procéder prochainement à une déduction normative en la matière.

2.1 Méthodologie du benchmarking HSK

2.1.1 Exigence relative à l'échantillon de base et critères d'exclusion

Comme les années précédentes, la Communauté d'achat HSK a calculé son Benchmarking sur la base des données ITAR_K® avec une valeur de référence fixée au 25e percentile. Sur 176 hôpitaux au total, après exclusion des hôpitaux avec des données non plausibles et les cas spéciaux, 147 hôpitaux ont été intégrés au benchmark (soit 10 de moins que l'année dernière).

Pour les motifs ci-après, 29 cliniques au total n'ont pas été incluses dans le benchmark :

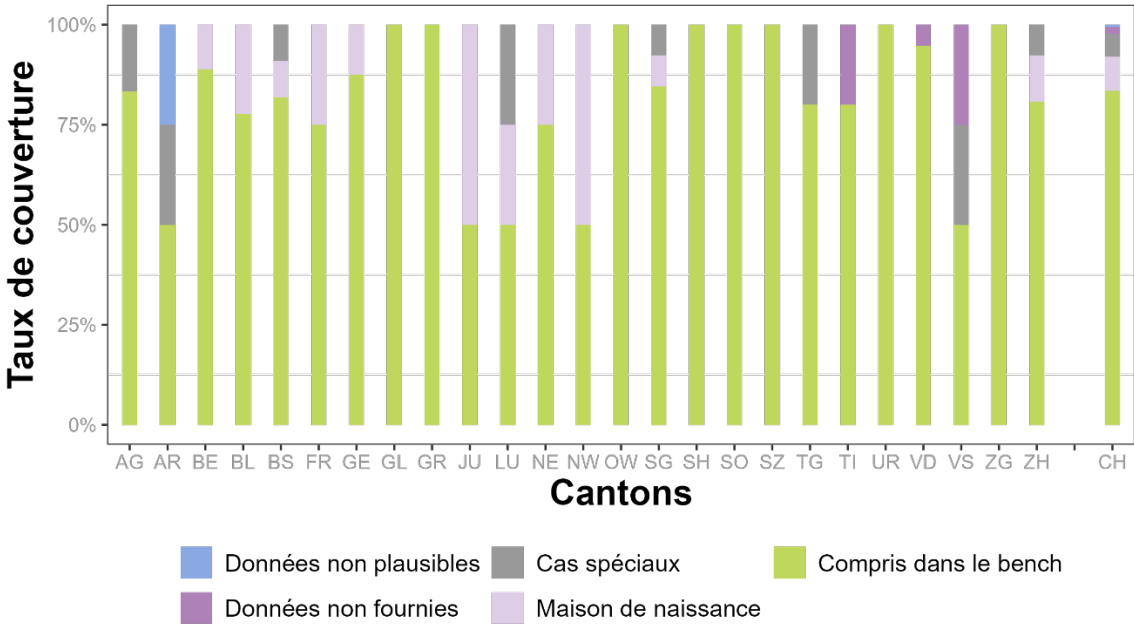
- Selon une nouvelle jurisprudence (TAF C-4147/2021)⁸, toutes les maisons de naissance ont été retirées du benchmark.
- Toutes les cliniques de réhabilitation qui fournissent des prestations de réadaptation précoce, ainsi que les cliniques de paraplégie qui ont facturé pour la première en SwissDRG, n'ont pas été prises en compte dans ce benchmark. Pour garantir la plausibilité des données, il n'est actuellement pas possible d'effectuer une comparaison annuelle, par exemple pour le Casemix Index (version de facturation) de ces cliniques.
- Les hôpitaux n'ayant pas fourni les données dans le délai imparti et ceux dont les données n'ont pas été jugées plausibles.

Ainsi, le Benchmarking HSK repose sur des données fiables et comparables.

⁸ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2025)

Couverture régionale

25 cantons sont inclus dans le benchmark avec 98 pour cent du casemix dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Ceci reflète à l'échelon national, un degré de couverture élevé.



Base de données: tous les hôpitaux SwissDRG (Année des données 2024)

Figure 1 : Couverture régionale

Couverture par catégorie OFS

Les hôpitaux de toutes les catégories OFS sont inclus dans le benchmark HSK :

Catégorie OFS		Nombre d'hôpitaux	
K111	Prise en charge centralisée - Niveau de soins 1	5	(année précédente 5)
K112	Prise en charge centralisée - Niveau de soins 2	39	(année précédente 38)
K121 - K123	Soins de base - Niveau de soins 3-5	52	(année précédente 49)
K231	Autres cliniques spécialisées en chirurgie	29	(année précédente 30)
K232	Autres cliniques spécialisées en gynécologie Néonatalogie	0	(année précédente 12)
K233	Autres cliniques spécialisées en pédiatrie	3	(année précédente 3)
K234	Autres cliniques spécialisées en gériatrie	4	(année précédente 4)
K235	Diverses cliniques spécialisées	9	(année précédente 10)
K212	Cliniques psychiatriques - Niveau de soins 1	1	(année précédente 2)
K221	Cliniques de réadaptation avec mandat de prestations en soins somatiques aigus	5	(année précédente 4)
Total		147	(année précédente 157)

Tableau 2 : Catégories de l'OFS

■ Evaluation

Le benchmark HSK est représentatif et valide :

- Tous les cantons de Suisse sont couverts.
- Le benchmark contient des données d'hôpitaux de toutes les catégories OFS.
- Le degré de couverture, mesuré sur la base du case mix, est de 98 pour cent.
- Pour le benchmark, une méthode uniforme a été choisie pour toute la Suisse.

2.1.2 Type de pondération et choix du percentile

a. Type de pondération

Afin de clarifier la question de la pondération au sein du benchmark hospitalier, la Communauté d'achat HSK a commandé en décembre 2019 une étude scientifique à l'Institut d'économie de la santé à Winterthur (WIG) à l'Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)⁹.

L'étude, qui s'est achevée le 1^{er} avril 2020, examine les motifs qui justifient la pondération dans le cadre de l'évaluation comparative des hôpitaux et leur pertinence. Selon l'étude, la « *pondération en statistique appliquée est généralement comprise comme une tentative d'augmenter la représentativité d'un échantillon [...]* ». Dans le benchmarking hospitalier, cela signifie que la pondération en fonction du case mix ou du nombre de cas est utile si le nombre d'hôpitaux dans le benchmark est trop faible et pas suffisamment représentatif. La CDS mentionne aussi explicitement dans ses recommandations sur l'examen de l'économicité : « *Moins il y a d'hôpitaux inclus dans la comparaison, plus le type de pondération devient important.* » (27 juin 2019)¹⁰

Le nombre d'hôpitaux dans le benchmark de la Communauté d'achat HSK est très élevé, avec 147 hôpitaux. Cela correspond à un case mix de 1'325'755 (98 pour cent du volume AOS total suisse) et donc à un échantillon représentatif, une couverture presque complète de la population. Aucune pondération n'est donc nécessaire pour remédier au manque de représentativité. Pour cette raison, chaque hôpital devrait être inclus avec la même pondération dans le calcul de la valeur du percentile.

L'étude « Pondération dans le cadre de benchmarking des hôpitaux » (WIG) montre qu'il existe encore des lacunes et des incertitudes en matière de prise en considération de certaines prestations dans la structure tarifaire de SwissDRG. L'étude montre clairement que : « *l'application de pondérations dans le cadre du benchmarking hospitalier n'est en aucun cas appropriée* ». Selon l'étude, « *la pondération en fonction du nombre de cas ne permet pas de distinguer les hôpitaux efficaces des hôpitaux inefficaces [...], car la pondération des hôpitaux ne modifie pas les coûts par cas ajustés et donc l'ordre des hôpitaux* ».

L'étude le montre en détail à la page 20 à partir d'un exemple fictif : la pondération **ne modifie pas** l'ordre des hôpitaux, c'est-à-dire que les hôpitaux qui sont considérés – en partie à tort – comme inefficaces sans pondération sont également considérés comme inefficaces après pondération. Le seul effet est la valeur de référence plus élevée qui en résulte. Par conséquent, la pondération ne peut pas éliminer les lacunes et les incertitudes du SwissDRG. Afin de tenir compte de ces lacunes et de ne pas pénaliser les hôpitaux considérés à tort comme inefficaces, des baserates différenciés sont nécessaires (p. ex. baserates négociés pour les hôpitaux universitaires).

⁹ (WIG, Institut d'économie de la santé de Winterthur (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

¹⁰ (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019)

Conclusion : La pondération n'est en aucun cas appropriée. Le nombre d'hôpitaux représentés dans le benchmark de la Communauté d'achat HSK est très important. La pondération dilue également l'évaluation de l'efficacité. En effet, il s'agit de tenir compte de l'ensemble des fournisseurs de prestations quelle que soit leur taille.

Une pondération orienterait artificiellement la valeur du benchmark en faveur des grands hôpitaux, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grands hôpitaux devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure tarifaire SwissDRG.

b. Choix du percentile

Selon l'art. 49, al. 1 LAMal, les tarifs hospitaliers doivent être déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Jusqu'ici, le TAF ne s'est pas exprimé sur les critères « corrects » ou la valeur de percentile sur la base de laquelle cette valeur indicative doit être définie pour fixer des tarifs. Dans un nouveau jugement¹¹ sur la détermination de la valeur le Tribunal administratif fédéral (TAF) a toutefois déclaré qu'il incombait principalement au législateur d'émettre les exigences correspondantes. Dans un jugement plus ancien¹² cependant, il est indiqué que la norme doit être fixée de manière stricte. Cette jurisprudence, ainsi que des **analyses propres** sur le niveau des prix et le développement de la qualité du système¹³, ont conduit la Communauté d'achat HSK à appliquer à nouveau de manière stricte la mesure d'efficacité. Aussi HSK utilise-t-elle à nouveau le **25^{ème} percentile** en tant que valeur de référence pour l'exercice tarifaire 2026. Depuis l'introduction de SwissDRG, HSK a progressivement abaissé sa mesure de l'efficacité du 40^e percentile. Depuis l'année tarifaire 2019, le seuil d'efficacité a été abaissé au 25^{ème} percentile.

À l'exception des hôpitaux universitaires (K111) et des hôpitaux pédiatriques (K233), toutes les catégories OFS sont représentées dans les hôpitaux en dessous du benchmark (barres violettes dans l'illustration 2). Ainsi, 10 centres et prestataires de soins de base fournissent leurs prestations à un prix inférieur à la valeur de référence. Ce graphique montre clairement que les grands centres de soins, notamment ceux qui offrent une large gamme de prestations (plus de 600 DRG ciblés selon les données MS 2023), sont en mesure de fournir leurs prestations à un prix inférieur au niveau de référence, malgré la charge du centre. Ainsi, le 25^e centile devrait servir de référence pour couvrir les coûts d'un prestataire de soins centralisé efficace.

¹¹ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2022 (C-5102 | 2019)), (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2022 (C-5086/2019))

¹² (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2018)

¹³ La valeur du percentile doit s'orienter sur l'évolution du système tarifaire SwissDRG. La qualité du système est évaluée par la réduction de la variance (homogénéité des coûts R^2), qui mesure la part de dispersion explicable des coûts par cas. L'amélioration en pourcentage de la réduction de la variance doit être prise en compte lors de la fixation de la valeur du centile. Dans la version 1.0 de SwissDRG pour l'année 2012, l'homogénéité des coûts de tous les cas était de 0,604 (et l'inlier de 0,749), dans la version 14.0 de SwissDRG pour l'année tarifaire 2025, le même indice était de 0,763 (et l'inlier de 0,861). Cela correspond à une augmentation de 26 pour cent (pour l'inlier +15 pour cent). Avec l'augmentation de la R^2 et donc l'amélioration de la qualité du système, il n'est plus justifié de se baser sur le 40^{ème} ou le 35^{ème} percentile.

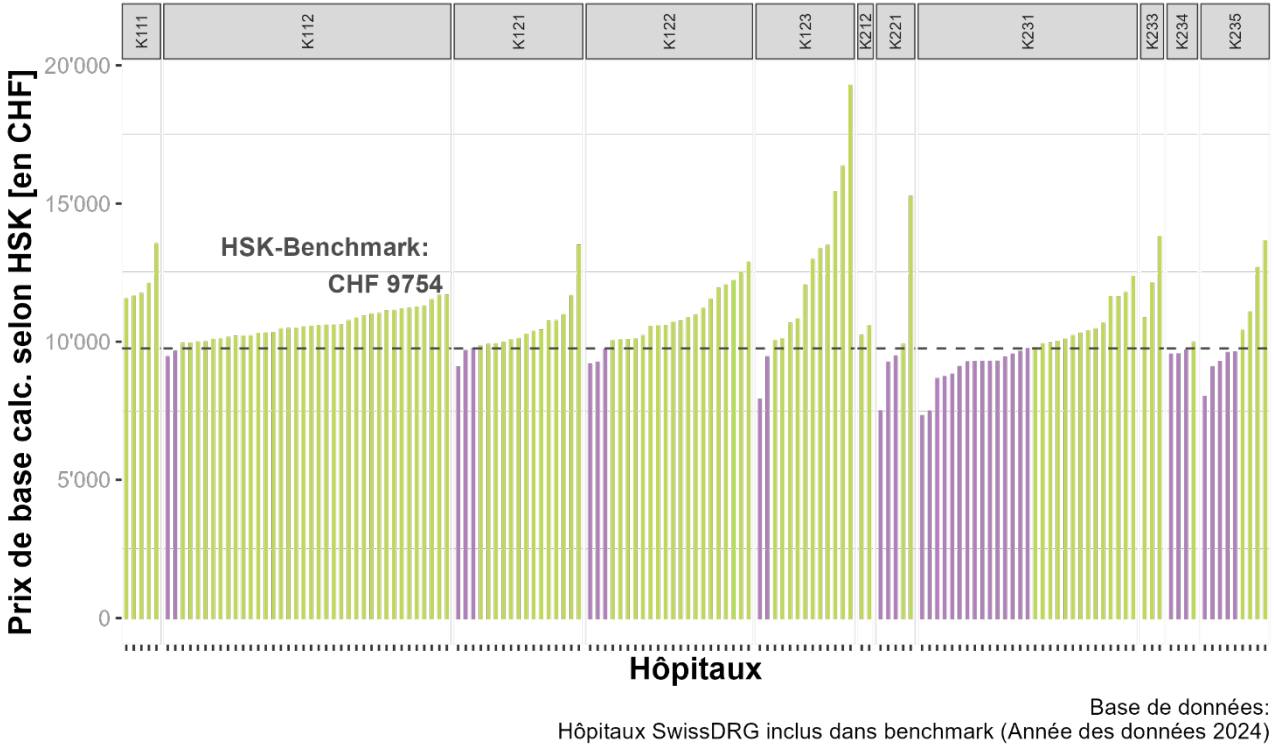


Figure 2 : Hôpitaux efficients par catégorie OFS

Remarque : Les maisons de naissance ne figure pas dans le graphique ci-dessus conformément à la jurisprudence du TAF C-4147/2021¹⁴.

Conclusion : un percentile plus bas favorise la concurrence. Toutefois, une observation purement basée sur la valeur de percentile n'est pas appropriée. Des négociations individuelles des prix sont menées en partant du benchmark, dans lesquelles la situation spécifique de l'hôpital en question est prise en compte grâce à la procédure de clustering (voir chapitre 3).

2.2 Résultats du benchmarking HSK

2.2.1 Valeur du benchmark

La valeur du benchmark pour l'année tarifaire 2026, coûts d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (CUI) compris, sans pondération et sans renchérissement, se situe au 25^{ème} percentile à **9'754 francs**. Cette valeur a été calculée sur la base des données de l'année 2024 de 147 cliniques.

¹⁴ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2025)

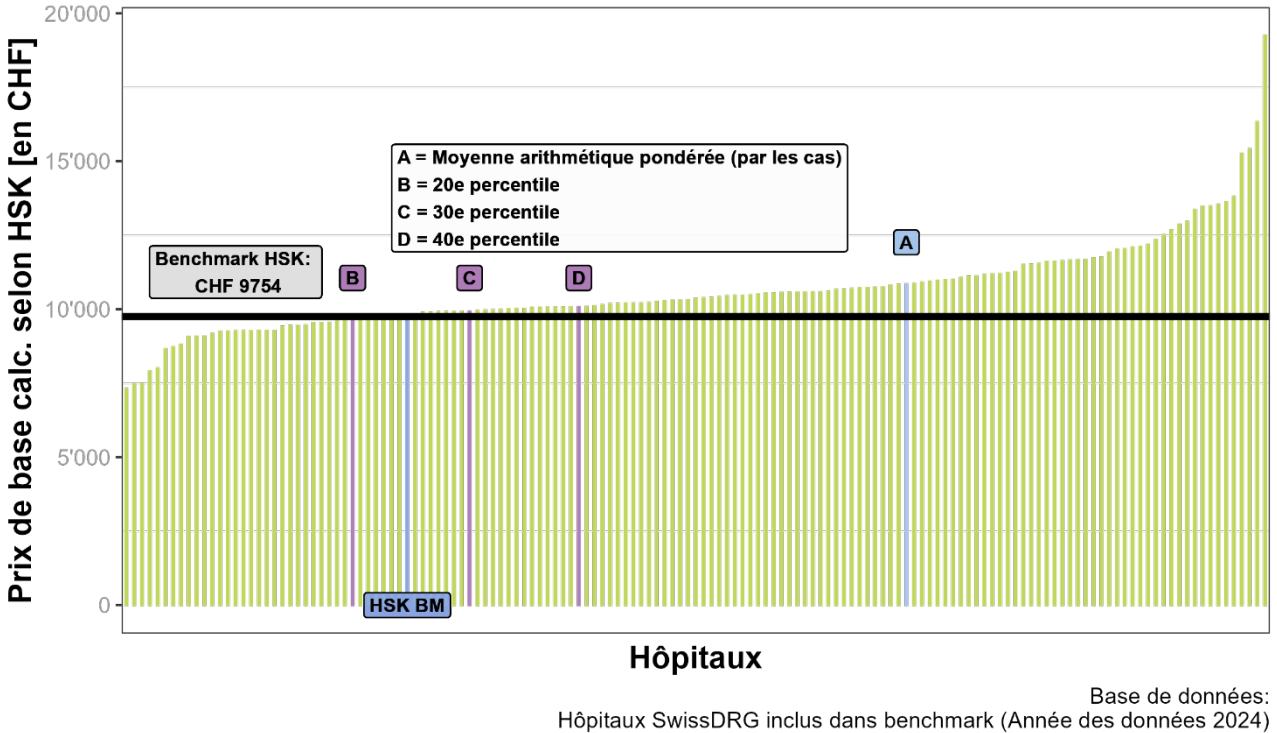


Figure 3 : Valeur du benchmark HSK

A	Moyenne arithmétique pondérée (par les cas)	CHF	10'624
D	40 ^e percentile	CHF	10'071
C	30 ^e percentile	CHF	9'920
BM-HSK	25^e percentile	CHF	9'754
B	20 ^e percentile	CHF	9'617

Tableau 3 : Valeur benchmark HSK en termes absolus

Par rapport au dernier benchmark (données 2023), le benchmark pour l'année tarifaire 2026 (année de données 2024) enregistre une hausse de 103 francs (+1.07 pour cent).

3. 2^{ème} niveau de la tarification : Le clustering comme base de la différenciation des prix

3.1 Les lignes directrices juridiques

Dans son arrêt du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), le TAF a rappelé ce qui suit : « Il faut également tenir compte, pour le calcul des prix et dans certaines circonstances, de la situation spécifique des fournisseurs de prestations, de manière partant d'une valeur de référence pour des raisons d'économicité à ce que des prix de base différenciés doivent être négociés ou fixés. »

Le deuxième niveau du calcul des prix HSK met en œuvre l'arrêt du TAF précité. Après calcul de la valeur du benchmark (valeur de référence), la Communauté d'achat HSK différencie les prix sur la base des particularités et de la situation spécifique des divers hôpitaux.

Pour implémenter ce niveau (négociation tarifaire individuelle), HSK forme des clusters homogènes sur la base des variables des patients et structures des hôpitaux. Les groupes homogènes ne permettent pas de calculer des majorations et des diminutions à partir de la valeur de référence. Les clusters aident toutefois HSK à élaborer des solutions dans le but de négocier des prix justifiables et équitables.

3.2 Base de données et méthodologie du clustering

Pour former des clusters homogènes, la Communauté d'achat HSK tient compte des facteurs ci-après. Les étapes statistiques et calculs effectués qui donnent les clusters figurent en annexe. Les données des différents facteurs par hôpital figurent également en annexe. HSK procède sciemment à son propre clustering, car les clusters illustrent l'environnement de la structure tarifaire SwissDRG.

La Communauté d'achat HSK met à jour chaque année les clusters sur la base des données ITAR_K®, de la statistique médicale, de la statistique des hôpitaux de l'OFS et des chiffres-clés des hôpitaux suisses de l'OFSP. Les critères intégrés sont affinés si nécessaire. Cependant, les données de la statistique médicale relative à l'année 2024 ne seront publiées par l'OFS qu'à une date ultérieure (passage à la plateforme SpiGes), notre clustering n'a pas pu être actualisé. **C'est pourquoi le clustering de l'année dernière (base de données 2023) est repris sans changements pour les négociations de l'année tarifaire 2026.**

DRG utilisés	Evaluation	
Combien de DRG un hôpital utilise-t-il en comparaison avec le catalogue SwissDRG ? Source : statistique médicale OFS données 2023 ¹⁵	- Hôpital avec le plus grand nombre de DRG utilisés - Hôpital avec le plus petit nombre de DRG utilisés - Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	4 DRG maison de naissance	1009 DRG hôpital universitaire
Nombre de cas	Evaluation	
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®) données 2023 ¹⁶	- Hôpital avec le plus grand nombre de cas - Hôpital avec le plus petit nombre de cas - Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	26 cas clinique spécialisée	44'806 cas hôpital universitaire
CMI	Evaluation	
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®) données 2023 ¹⁷	- Hôpital avec le CMI le plus élevé - Hôpital avec le CMI le plus bas - Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	CMI 0.171 clinique spécialisée	CMI 2.519 clinique spécialisée
Nombre de médecins en formation	Evaluation	
Le nombre de médecins en formation fournit une indication sur la fréquence de formation pour les métiers universitaires. Source : Statistique des hôpitaux OFS données 2022	- Hôpital avec le nombre de médecins en formation le plus bas - Hôpital avec le nombre de médecins en formation le plus élevé - Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	Nombre : 0 (Différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)	Nombre : 1'057 Hôpital universitaire

¹⁵ (OFS, Office fédéral de la statistique,)

¹⁶ (ITAR_K®- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique)

¹⁷ (ITAR_K®- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique)

Hôpitaux de soins finaux ¹⁸	Evaluation		
Un hôpital est-il prestataire de soins finaux : oui non ? Il y a alors estimation quant à la possibilité dont dispose l'hôpital de transférer des cas non rentables ou s'il se trouve en bout de chaîne de soins stationnaires dans un canton ou une région. Source : l'estimation est effectuée par HSK	- L'hôpital est un prestataire de soins finaux - L'hôpital n'est pas un prestataire de soins finaux - Positionnement de l'hôpital comparé avec les valeurs Définis par HSK comme « Hôpitaux de soins finaux » - K111 (BS : USB, BE : groupe Insel, GE : HUG, VD : CHUV, ZH : USZ) - K112 (AG : Hôpital cantonal d'Aarau, BL : Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, FR : Hôpital Fribourgeois, GR : Hôpital cantonal des Grisons, LU : Hôpital cantonal de Lucerne, NE : Hôpital neuchâtelois HNE, SO : Solothurner Spitaler, SG : Hôpital cantonal de St-Gall, TG : Spital Thurgau AG, TI : Ente Ospedaliero Cantonale EOC, VS : Hôpital du Valais) - K233 (ZH : Hôpital pédiatrique de Zurich- KISPI, SG : Fondation hôpital pédiatrique de la Suisse orientale, BS-BL : hôpital pédiatrique universitaire les deux Bâle – UKBB)		
Nombres de cas minimums	Evaluation		
Les nombres de cas minimums ont été calculés avec le grouper de prestations hospitalières du canton de Zurich (GPPH) pour les groupes de prestations pour la planification hospitalière du canton de Zurich définies pour l'année de traitement 2022. Source : statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2023 données 2023	- Hôpital ayant le plus mauvais degré d'atteinte - Hôpitaux atteignant les prescriptions des nombres de cas minimums Si un hôpital atteint 8 cas alors qu'un GPPH prescrit un nombre de cas minimum de 10, le degré d'atteinte du groupe sera de 80 pour cent. Lorsque l'hôpital atteint les prescriptions, le groupe reçoit une évaluation de 100 pour cent. Les GPPH avec uniquement 1 cas ou pas de cas ne sont pas pris en compte. L'atteinte des nombres de cas minimums est calculée en tant que moyenne en pourcent des groupes de prestations individuels pris en compte. Si un hôpital n'a pas de cas dans les groupes de prestations contrôlés, les nombres de cas minimums sont toujours remplis à 100 pour cent. Exemple tiré du BM HSK : <table> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse : 4 pour cent (clinique spécialisée – K234)</td><td>Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums</td></tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse : 4 pour cent (clinique spécialisée – K234)	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums
Hôpital ayant la valeur la plus basse : 4 pour cent (clinique spécialisée – K234)	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums		
Service d'urgence reconnu	Evaluation		
L'hôpital dispose-t-il d'un service d'urgence reconnu ? oui non Source : Statistiques des hôpitaux OFS¹⁹ données 2022	- L'hôpital dispose d'un service d'urgence reconnu - L'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu 92 hôpitaux disposant d'un service d'urgence reconnu et 62 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM.		

Tableau 4 : Facteurs de regroupement

Le détail des critères susmentionnés figure en annexe.

¹⁸ À la suite de l'inclusion de la catégorie OFS K111, seuls les hôpitaux offrant une prise en charge centralisée de niveaux 1 et 2 ont été définis en tant que prestataires de soins finaux.

¹⁹ (OFS, Office fédéral de la statistique,)

3.3 Résultats du clustering

Les clusters qui en résultent figurent dans le tableau ci-après. Il y a 7 clusters au total. Les explications techniques sur la formation des clusters sont fournies en annexe.

Cluster	Catégories d'hôpitaux HSK	Catégories OFS ²⁰
1	Prestataires de soins finaux (Hôpitaux universitaires)	K111
2	Prestataires de soins finaux (Hôpitaux avec prise en charge centralisée)	K112
3	Hôpitaux pédiatriques	K233
4	Hôpitaux avec prise en charge centralisée (sans soins finaux)	K112, K121 (seulement 5 hôpitaux)
5	Hôpitaux de soins de base	K121-K123, K212, K231, K234
6	Hôpitaux sans urgence (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)	K122-K123, K212, K221, K231, K234, K235
7	Maisons de naissance	K232

Tableau 5 : Résultats de la formation de clusters

- La figure 4 montre que les hôpitaux universitaires, les hôpitaux pédiatriques et les prestataires de soins finaux doivent être considérés séparément dans la formation du prix. Par ailleurs, il s'avère que les hôpitaux sans service d'urgence affichent une dispersion relativement élevée par rapport aux autres clusters.
- En appliquant l'analyse en composantes principales (PCA), la comparabilité entre les hôpitaux est améliorée pour la détermination du prix.
- Par cette méthode analytique, la Communauté d'achat HSK révèle que l'application du percentile BM à 25 pour cent est adéquate pour déterminer la valeur de référence au sens de l'art. 49, al. 1, cinquième phrase, LAMal et qu'une différenciation des prix doit être effectuée à un deuxième niveau au cours des négociations tarifaires individuelles.

²⁰ K111 : cliniques universitaires, K112 : hôpitaux avec prise en charge centralisée ; K121, K122 et K123 : niveaux de soins de base 3-5 ; Cliniques spécialisées : K231 (chirurgie), K232 (gynécologie | néonatalogie), K233 (pédiatrie), K234 (gériatrie), K235 (diverses cliniques spécialisées), K212 (psychiatrie) ; K221 (réadaptation)

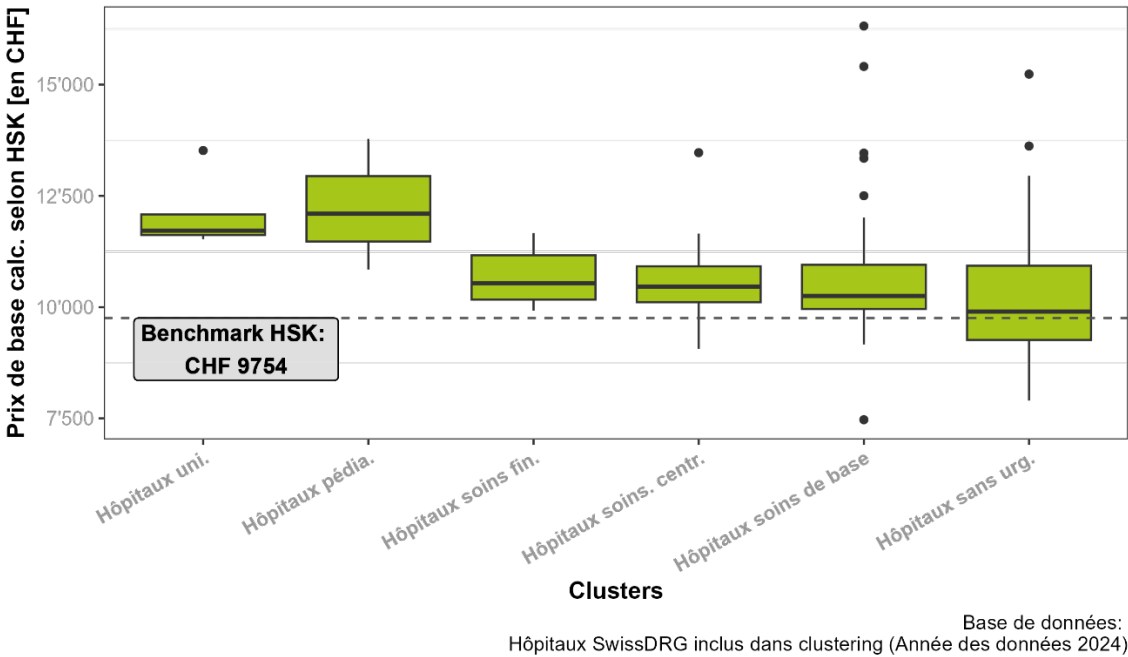


Figure 4 : Coûts des cas par cluster PCA²¹

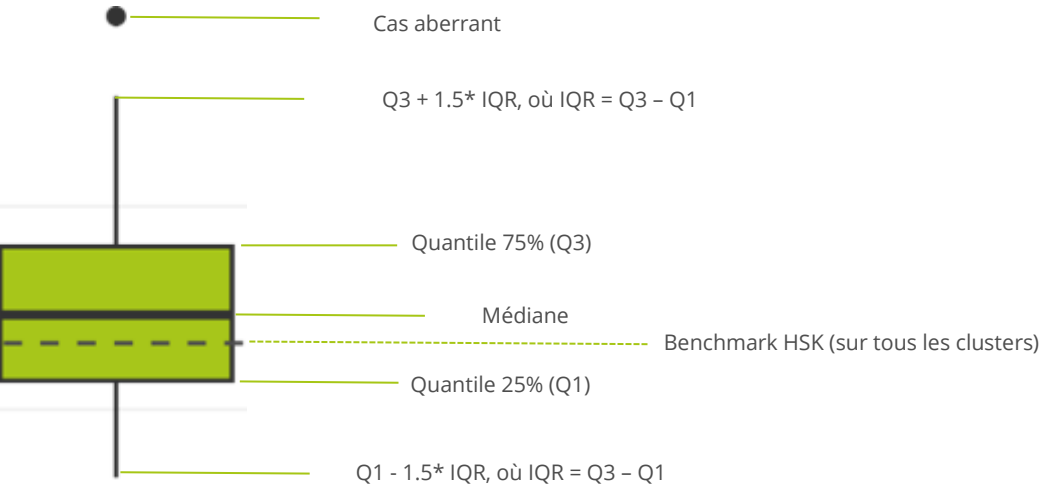


Figure 5 : Légende BoxPlot

²¹ Dans le BoxPlot, la distribution des coûts des cas est visible, avec 50 pour cent des valeurs dans la boîte. Plus la boîte est longue, plus les valeurs sont dispersées, et vice versa. La barre dans la zone indique la valeur médiane pour les hôpitaux indiqués. La zone entre les « antennes » (moustaches) décrit 95 pour cent de tous les cas.

3.4 Détermination de la fourchette de prix

Après formation de clusters homogènes, des fourchettes de prix sont définies par cluster. La logique de ce système tarifaire est la suivante :

- S'agissant d'une différenciation des prix, les prix négociés dans chaque cluster sont comparés avec le benchmark.
- Les prix doivent être en corrélation avec les clusters. Cela signifie que les hôpitaux universitaires (cluster 1) et les hôpitaux pédiatriques (cluster 3) ont les baserates négociés les plus élevés en tant prestataires de soins maximaux. Les maisons de naissance (cluster 7) avec le CMI le plus faible et le moins de DRG utilisés affichent en moyenne les baserates les plus bas.
- Vu qu'il s'agit de groupes homogènes, la différence de prix au sein d'un même cluster ne peut être trop importante (+/- 1 pour cent).
- D'autres particularités ou spécificités des hôpitaux, qui n'ont pas été prises en compte pour former les clusters, pourraient aussi être intégrées dans la détermination des prix.
- Les gains d'efficacité sont reconnus par la Communauté d'achat HSK si l'hôpital fournit ses prestations de manière efficace. Les hôpitaux qui ont des coûts faibles en raison de la sélection des patients (« Cherry-Picking ») ou en raison d'une focalisation sur les DRG rentables ne sont pas considérés comme des fournisseurs de prestations efficaces par HSK.

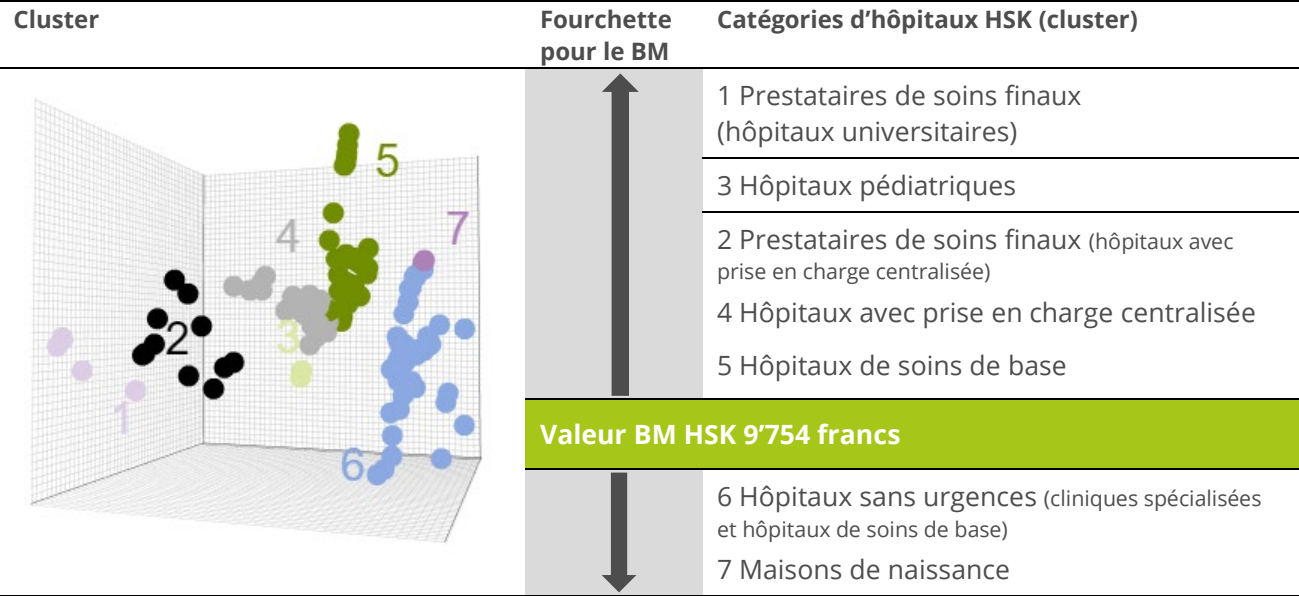


Figure 6 : Catégories d'hôpitaux HSK (clusters)

Liste des figures

Figure 1 : Couverture régionale.....	10
Figure 2 : Hôpitaux efficients par catégorie OFS.....	13
Figure 3 : Valeur du benchmark HSK.....	14
Figure 4 : Coûts des cas par cluster PCA.....	19
Figure 5 : Légende BoxPlot	19
Figure 6 : Catégories d'hôpitaux HSK (clusters)	20
Figure 7 : Modèle unidimensionnel	23
Figure 8 : Distance de Manhattan – modèle tridimensionnel.....	24

Liste des tableaux

Tableau 1 : Schéma du calcul des coûts d'exploitation.....	9
Tableau 2 : Catégories de l'OFS.....	10
Tableau 3 : Valeur benchmark HSK en termes absolus.....	14
Tableau 4 : Facteurs de regroupement.....	17
Tableau 5 : Résultats de la formation de clusters.....	18
Tableau 6 : BM HSK, partie 1, hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI.....	25
Tableau 7 : BM HSK, partie 2, hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI.....	26

Bibliographie

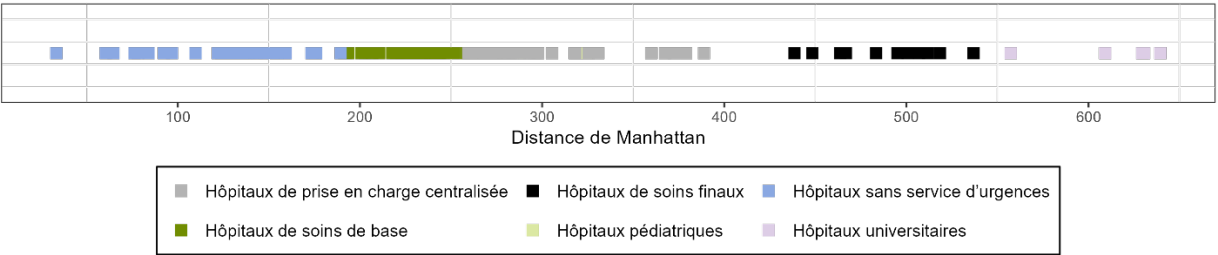
- CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (27. 06. 2019). *Examen de l'économicité*. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- ITAR_K®- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique. Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique.
- OFS, Office fédéral de la statistique. (). *Statistique médicale des hôpitaux*. Récupéré sur Office fédéral de la statistique (OFS): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>
- OFSP, Office fédéral de la santé publique. (23. 09. 2020). *Publication des coûts par cas des hôpitaux 2018*. Von Office fédéral de la santé publique (OFSP): <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html> abgerufen
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (11. 09. 2014). *Base de données des arrêts du TAF*. TAF 2014 | 3 E 10.2.3: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (27. 04. 2015). *Base des données des arrêts du TAF*. TAF C-2283/2013 - 11.04.2014 / C-3617/2017 - 27.04.2015: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (12. 04. 2018). *Base des données des arrêts du TAF*. TAF C-2921 | 2014-12.4.2018: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (15. 05. 2019). *Base de données des arrêts du TAF*. Von TAF C4374 | 2017, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (17. 08. 2022 (C-5086/2019)). *Base des données des arrêts du TAF*. Von TAF C-5086/2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (17. 08. 2022 (C-5102 | 2019)). *Base de données des arrêts du TAF*. Von TAF C-5102 | 2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (15. 07. 2025). *Base des données des arrêts du TAF*. Von TAF C-4147/2021 - 15.07.2025: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- WIG, Institut d'économie de la santé de Winterthour (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie). (01. 04. 2020). *Pondération pour le benchmarking hospitalier (étude en allemand: Gewichtung im Rahmen des Spitalbenchmarks)*. Von https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf abgerufen

Annexe

Validation par la Mesure de distance

Pour pouvoir traiter ou visualiser des similitudes ou disparités entre des hôpitaux à l'aide de caractéristiques particulières pour chaque hôpital, notre méthode convertit des caractéristiques d'unités et de valeurs au choix en valeurs numériques comprises entre 0 et 100, qui sont ensuite additionnées. Des sommes similaires permettent de conclure à des profils similaires des cliniques.

Dans les sept caractéristiques décrites au point 3.2, la distinction apparaît nettement entre les grands hôpitaux universitaires (points violet clair à droite sur la barre de chiffres) et les prestataires de soins finaux (points noirs sur la barre de chiffres entre 438 et 639) par rapport au reste des hôpitaux. Les hôpitaux de soins de base et de prise en charge centralisée (points vert foncé respectivement gris foncé) se trouvent surtout entre 191 et 388. Les 3 hôpitaux pédiatriques (points vert clair) se répartissent entre 287 et 324. Les maisons de naissance sont groupées autour de 109 alors que les hôpitaux sans service d'urgence (points bleus) se répartissent avant 200.



Base de données:
Hôpitaux SwissDRG inclus dans clustering (Année des données 2024)

Figure 7 : Modèle unidimensionnel

La méthode révèle également la très grande fourchette des différentes valeurs. La méthode est toutefois peu révélatrice sur ce jeu de données en raison de sa dimension unique, ce qui peut aussi être constaté par la répartition des points sur l'échelle graduée de la gauche jusqu'au milieu.

Validation au moyen de la Projection

Les 7 caractéristiques par hôpital sont réduites à une combinaison linéaire à 3 dimensions la plus pertinente possible afin de regrouper des hôpitaux similaires dans des clusters (en couleur) (voir Figure 8).

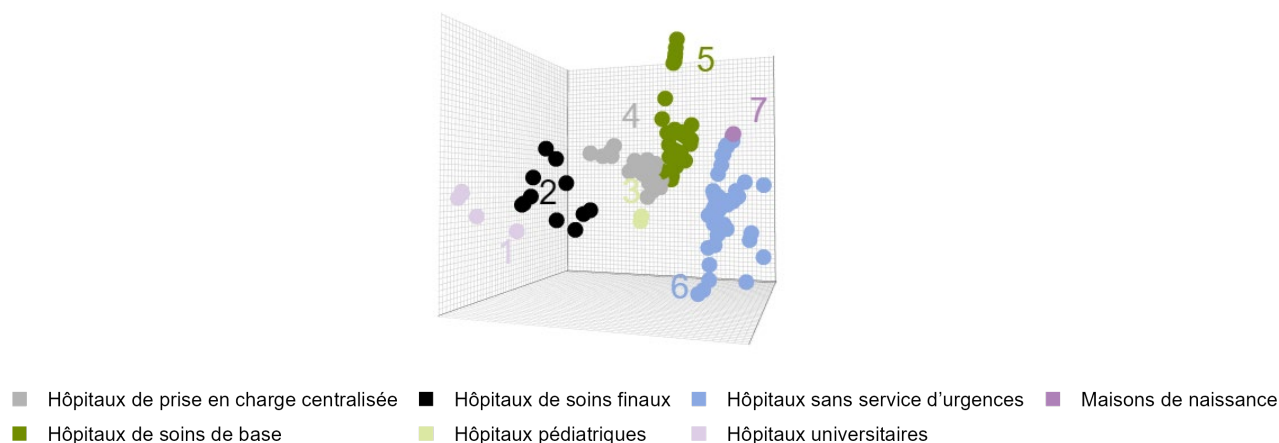


Figure 8 : Distance de Manhattan – modèle tridimensionnel

A l'aide de la représentation tridimensionnelle, les sept clusters suivants peuvent être déterminés : violet clair ❶ *hôpitaux universitaires*, noir ❷ *hôpitaux de soins finaux*, vert clair ❸ *hôpitaux pédiatriques*, gris ❹ *hôpitaux de prise en charge centralisée*, vert foncé ❺ *hôpitaux de soins de base*, bleu ❻ *hôpitaux sans service d'urgence* et violet foncé ❼ *maisons de naissance*.

Dans l'ensemble, les clusters se distinguent les uns des autres. Les variables utilisées dans l'analyse permettent dans la plupart des cas de différencier clairement les clusters.

Le cluster violet clair ❶ semble plus étroitement corrélé avec le cluster noir ❷ qu'avec les autres. Un hôpital de ce cluster se rapproche fortement du cluster ❷.

Le cluster vert clair ❸ se distance des autres clusters. Les clusters ❹ et ❺ sont assez proches les uns des autres et se distinguent des autres groupes.

Les clusters ❻ et ❼ sont isolés des autres clusters. Le cluster ❼ des maisons de naissance est particulièrement homogène.

Renseignements

Pour toute question concernant le benchmark SwissDRG de HSK, les autorités d'approbation peuvent s'adresser au gestionnaire tarifaire « SwissDRG » :

- Riadh Zeramdini, T +41 58 340 41 88, riadh.zeramdini@ecc-hsk.info
- Nathalie Ducret, T +41 58 340 22 99, nathalie.ducret@ecc-hsk.info