
Communauté d'achat HSK

Benchmark ST Reha année tarifaire 2024



Données : 2022

Publication : 15 novembre 2023

Executive Summary

Benchmark ST Reha – année tarifaire 2024

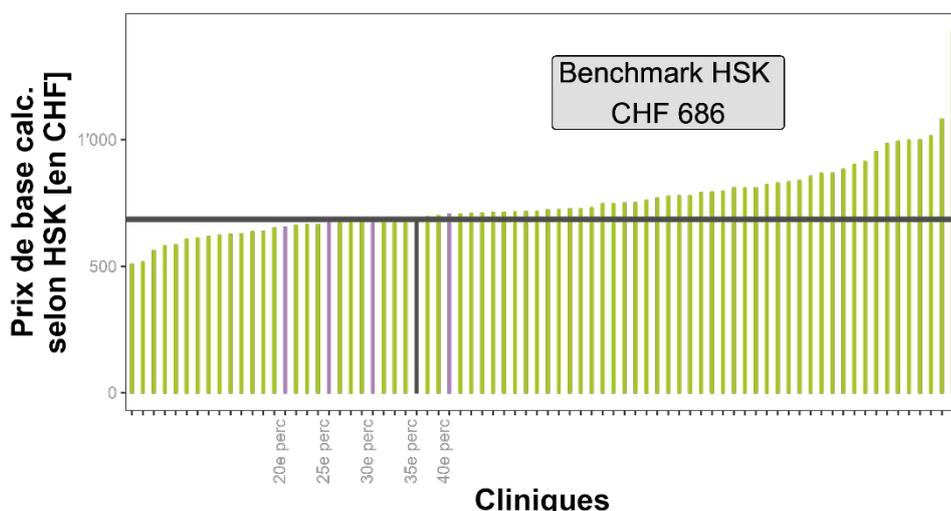
Pour le calcul de son benchmark ST Reha, la Communauté d'achat HSK a reçu les données ITAR_K® de 82 cliniques de réadaptation au total. Après la plausibilisation des données des prestations et coûts et l'exclusion des cliniques n'ayant pas envoyé des données ou dont l'envoi des données était trop tardif, 76 cliniques ont été intégrées au benchmark.

La valeur de benchmark ST Reha est basée sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national : elle englobe plus de 92 pour cent de toutes les cliniques de réadaptation.

Pour l'année tarifaire 2024, le benchmark HSK ST Reha s'élève à 686 francs au 35e percentile, avec pondération selon le nombre de cliniques et sans renchérissement 2023.

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

- 1^{er} niveau : Calcul de la valeur de benchmark selon les comparaisons des coûts d'exploitation
- 2^{ème} niveau : négociations tarifaires individuelles en tenant compte des particularités de chaque clinique.



Base de données:
Cliniques ST Reha inclus dans benchmark (Année des données 2022)

Cette approche méthodique permet à la Communauté d'achat HSK d'instaurer, sur la base de données, les conditions de mise en oeuvre 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 ST Reha – année tarifaire 2024	2
Contenu	3
Répertoire des abréviations	4
1. Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking	5
2. 1^{er} niveau de la tarification : procédure de benchmarking HSK	6
2.1 Base de données	6
2.2 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM (CPB)	6
2.3 Méthodologie du benchmarking HSK.....	7
2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliquées.....	7
2.3.2 Couverture régionale.....	8
2.3.3 Type de pondération et choix du percentile.....	9
2.4 Résultats du benchmarking HSK.....	12
2.4.1 Valeur du benchmark	12
2.4.2 Benchmarking pondéré (selon le nombre de cas ou selon le Day Mix)	12
3. 2^{ème} niveau de la tarification : différenciation des prix basée sur les données	13
4. Résumé	14
Liste des figures	15
Liste des tableaux	15
Bibliographie	16

Répertoire des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
BM	Benchmark Valeur du benchmark
BR	Baserate
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CE	Charges d'exploitation
CEN	Coûts d'exploitation nets
CPB	Coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
ITAR_K®	Modèle tarifaire intégré basé sur la comptabilité par unité finale d'imputation
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
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
RCG	Rehabilitation Cost Groups
REKOLE®	Standards de la « Comptabilité analytique à l'hôpital »
SPr	Surveillance des prix
TAF	Tribunal administratif fédéral

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** : 1^{er} niveau = benchmark (BM, valeur de référence), 2^{ème} 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 cliniques.
- La procédure de benchmarking doit par principe être **fondée sur les coûts** (coûts d'exploitation des cliniques pertinents pour le benchmark). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure de benchmarking.
- Le BM doit être calculé pour **toute la Suisse** aboutissant à une valeur de référence elle aussi idéalement nationale.
- Le BM doit comprendre un volume comparatif **le plus grand possible** et **représentatif** pour toutes les cliniques, 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 certaines cliniques ou certains groupes de cliniques n'est pas admise.
- Le BM doit se baser le plus possible sur des chiffres effectifs plutôt que sur des valeurs normatives.
- Plus le nombre de cliniques dans le BM est faible, plus les exigences en matière de calcul correct des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark sont élevées.
- Il n'est pas admis de fixer une valeur de benchmark pour un fournisseur de prestations dont les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark n'ont pas été collectés de manière conforme à la LAMal.
- Dans un nouvel arrêt (C-5102 | 2019 du 17 août 2022) 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 fournisseurs de prestations 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 fournisseurs de prestations 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).
- Conformément à la décision du TAF du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), 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).

2. 1^{er} niveau de la tarification : procédure de benchmarking HSK

2.1 Base de données

Pour la première étape de la détermination des prix, c'est-à-dire le calcul des prix de base mathématiques corrigés du day mix, la Communauté d'achat HSK se base sur la livraison des données des cliniques de réadaptation (ITAR_K[®]), mais procède aussi à ses propres calculs des tarifs sur la base du modèle tarifaire HSK (cf. 2.2). À ce stade, toutes les cliniques de réadaptation sont incluses, quelle que soit leur catégorie, leur taille ou leur emplacement. Les cliniques dont les données sont peu plausibles ou mises à disposition tardivement sont exclues.

2.2 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM (CPB)

Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les cliniques appliquent REKOLE[®] « Comptabilité analytique 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 cliniques de réadaptation. Les coûts d'exploitation obtenus des cliniques de réadaptation sont corrigés par la Communauté d'achat HSK afin de correspondre aux dispositions de l'OAMal, à la jurisprudence et à la pratique courante du calcul des tarifs dans l'assurance obligatoire des soins.

Le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark s'effectue selon le schéma suivant :

Schéma de calcul	Remarques								
Total des coûts selon la comptabilité analytique CE (calcul unitaire)									
./. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Données des cliniques ST Reha (OCP)								
./. Produit du groupe de compte 65	Données des cliniques ST Reha conformément aux consignes ITAR_K [®] et consignes TAF								
+ Imputation produit du groupe de compte 66	En cas de gestion avec réduction des coûts dans le centre de coûts, données des cliniques ST Reha								
./. Honoraires médicaux assurés complémentaires	Données des cliniques ST Reha								
= Coûts d'exploitation nets I (CEN)									
./. Déduction subsidiaire au titre de l'enseignement universitaire et de la recherche	Déduction effective, mais au moins normative Valeurs normatives <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td><75 lits :</td> <td>0.8 %</td> </tr> <tr> <td>>75 lits :</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>>125 lits :</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Hôpitaux universitaires :</td> <td>effectif</td> </tr> </table>	<75 lits :	0.8 %	>75 lits :	1.5%	>125 lits :	3.5%	Hôpitaux universitaires :	effectif
<75 lits :	0.8 %								
>75 lits :	1.5%								
>125 lits :	3.5%								
Hôpitaux universitaires :	effectif								
./. Prestations d'intérêt général	Données des cliniques ST Reha, car la Communauté d'achat 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 moins valeurs normatives selon l'approche de la CDS :								

Schéma de calcul	Remarques
	<ul style="list-style-type: none"> Déduction de 9,8% sur les coûts d'exploitation pertinents pour le tarif des patients bénéficiant d'une assurance complémentaire (y compris CUI selon OCP)
./. coûts non compris dans le baserate (BR) (rémunérations supplémentaires non évaluées selon SwissDRG, prestations tarifées séparément)	Données des cliniques ST Reha
Intérêt actif circulant	Selon la méthode du SPPr
Renchérissement	non inclus dans le BM
Coûts projetés	non inclus dans le BM
Déductions pour manque de transparence	non inclus dans le BM
Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	<ul style="list-style-type: none"> dans le BM, seulement les CUI selon l'OCP sont pris en compte les CUI indiqués sont plausibilisés par HSK avec la comptabilité des immobilisations (livraison des données OFS)
= coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark	
./. Déduction des rémunérations supplémentaires évaluées SwissDRG, ST Reha version 1.0	Données de la clinique
: ST Reha Day Mix version 1.0	Données de la clinique
= Prix de base HSK calculé	

Tableau 1: Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking

2.3 Méthodologie du benchmarking HSK

2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliquées

Depuis l'introduction de la structure tarifaire nationale ST Reha le 1^{er} janvier 2022, la Communauté d'achat HSK effectue annuellement une procédure de benchmarking, qui sera publiée pour la première fois pour l'année tarifaire 2024 sur la base des données des coûts et prestations effectivement facturés et générés à partir des données de l'année 2022.

Pour la détermination de la valeur de benchmark, la Communauté d'achat HSK a demandé les données de 82 cliniques de réadaptation. Après le contrôle de la plausibilité des données, 76 données ont été sélectionnées pour le benchmarking.

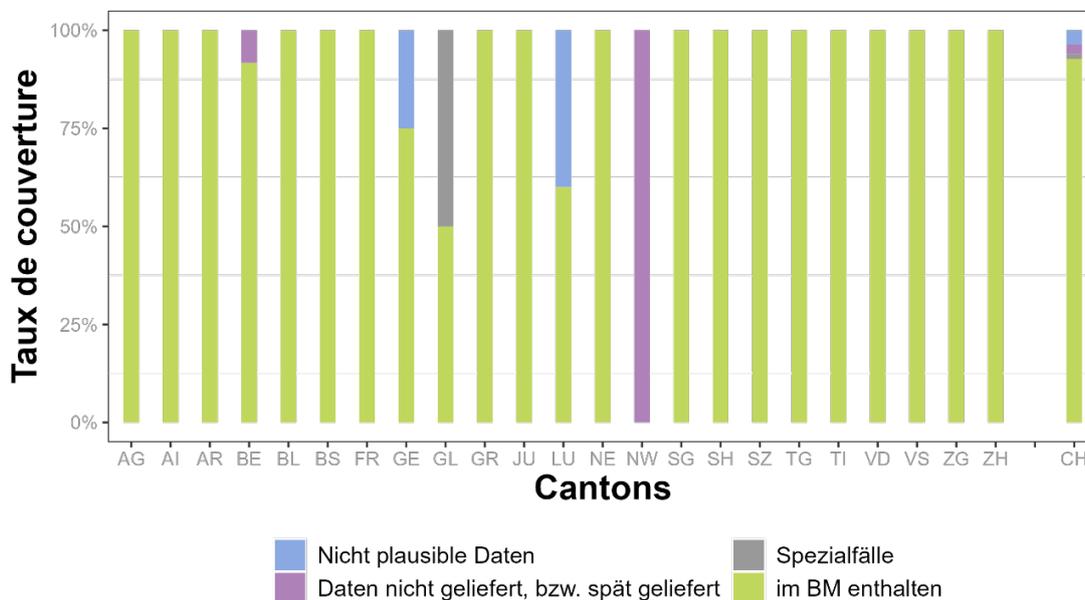
Six cliniques de réadaptation n'ont pas été intégrées dans le benchmark pour les raisons suivantes :

Critères d'exclusion	N° des cliniques
Données ITAR_K [®] manquantes	2
Manque de qualité des données ITAR_K [®]	3
1 seul cas	1
Total	6

Tableau 2: Critères d'exclusion pour ne pas être inclus dans la procédure de benchmarking

2.3.2 Couverture régionale

Tous les cantons sont inclus dans le benchmark, pour autant que les données aient été plausibles et livrées à temps. A l'échelon national, le degré de couverture est de plus de 92 pour cent et dans 18 cantons, il est de 100 pour cent.



Base de données: cliniques avec mandats de prestation ST Reha (Année des données 2022)

Figure 1 : Couverture régionale

Evaluation

Le benchmark HSK est représentatif et valide parce que :

- La valeur de benchmark repose sur les données des coûts et prestations effectivement générés et facturés.
- A l'échelle suisse, le taux de couverture de toutes les cliniques de réadaptation s'élève à plus de 92 pour cent.
- Tous les cantons ont été inclus.
- Une méthode uniforme a été choisie pour la procédure de benchmarking dans toute la Suisse.

2.3.3 Type de pondération et choix du percentile

a. Type de pondération

Afin de clarifier la question de la pondération au sein du benchmark, 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)¹.

L'étude, qui s'est achevée le 1^{er} avril 2020, examine les motifs qui justifient la pondération dans le cadre du benchmarking 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 day mix (DM) ou du nombre de cas est utile si le nombre d'hôpitaux dans le benchmark est trop faible et pas suffisamment représentatif. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé 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)²

Le nombre de cliniques du benchmark HSK, à savoir 76, est très élevé. Cela correspond à un day mix de 1'940'616 (plus que 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. Par conséquent, chaque clinique devrait être incluse avec la même pondération dans le calcul de la valeur du percentile.

De plus, la pondération en fonction du nombre de cas ne permet pas de distinguer les cliniques efficaces des cliniques inefficaces, car la pondération des cliniques ne modifie pas les coûts par cas et donc l'ordre des hôpitaux. Cela va à l'encontre de l'idée de base d'une véritable comparaison de l'efficacité. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) explique aussi dans des prises de position actuelles devant le Tribunal administratif fédéral que la réalisation d'un benchmarking avec pondération selon le « nombre de fournisseurs de prestations » est indiquée. En outre, selon la Surveillance des prix, chaque hôpital doit être pris en compte dans la comparaison des établissements avec la même pondération, indépendamment de sa taille et de sa catégorie.

On ne voit pas en quoi les grandes cliniques devraient avoir plus de poids que les petites dans une procédure de comparaison d'établissements. La taille ou le degré de spécialisation d'une clinique ne doit pas être un critère de comparaison des coûts. L'évaluation comparative consiste à comparer l'efficacité de toutes les cliniques au niveau de l'exploitation, c'est-à-dire la conception des processus dans l'hôpital et l'allocation optimale des ressources. Si une clinique est trop petite, par exemple, pour bénéficier correctement des économies d'échelle, cela doit se refléter dans les comparaisons des établissements. Si les petites cliniques étaient moins pondérées, les éventuelles efficacités seraient réduites ou « *diluées* »³ pour elles. En conséquence, les efficacités ne seraient peut-être plus visibles. La pondération en fonction du nombre de cas ou du day mix entraîne donc une « dilution » de l'efficacité de ces cliniques. Les caractéristiques d'une clinique, telles que le niveau du day mix, le day mix index (DMI) ou le nombre de cas, peuvent être prises en compte dans les négociations de prix individuelles en fonction de la situation spécifique de la clinique.

L'étude « Pondération dans le cadre de benchmarking des hôpitaux » (WIG) montre qu'il existe des lacunes et des incertitudes en matière de prise en considération de certaines prestations dans la structure tarifaire, qui entraînent des distorsions des coûts ajustés selon le degré de gravité des fournisseurs de prestations. De manière analogue à l'appréciation de l'OFSP, 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 efficients des hôpitaux inefficients [...], 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 inefficients sans pondération sont également considérés comme inefficients 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 de la structure tarifaire. Afin de tenir compte de ces lacunes et de ne pas pénaliser les cliniques considérées à tort comme inefficientes, des baserates différenciés sont nécessaires.

Conclusion : La pondération n'est en aucun cas appropriée. Le nombre de cliniques de réadaptation représentées dans le benchmark 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 grandes cliniques, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grandes cliniques devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure tarifaire.

b. Choix du percentile

Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, les tarifs hospitaliers doivent être déterminés en fonction de la rémunération des cliniques 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. La révision de l'OAMal, qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2024, stipule que, en se fondant sur les coûts journaliers ajustés selon la gravité, on sélectionne comme valeur de référence au maximum le 30^{ème} percentile – calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations.

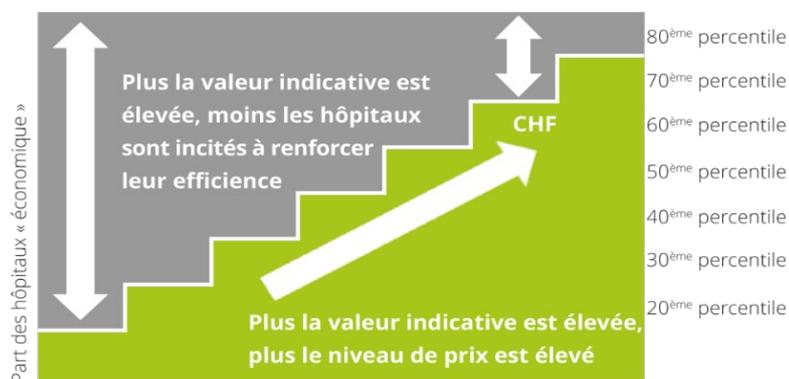


Figure 2 : Méthodologie de sélection des percentiles

- Pour la valeur de benchmark de l'année tarifaire 2024, la Communauté d'achat HSK utilise encore dans le cadre de la phase d'introduction le 35^{ème} percentile et applique lors des négociations individuelles des différenciations de prix inférieures ou supérieures à la valeur du benchmark (par exemple sur la base de particularités fondées relatives aux patients ou à la structure).
- La jurisprudence, la bonne évolution de la qualité du système de la structure tarifaire ST Reha, ainsi que la prochaine révision de l'OAMal tendent toutes vers une définition plus stricte de la valeur du percentile à l'avenir.
- En l'absence de concurrence effective entre cliniques, une mesure de l'efficacité basse permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficace. C'est notamment le cas des cliniques qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficient de couverture de déficit budgétaire ou qui touchent des subventions des pouvoirs publics. Il en résulte un manque d'incitation à produire de manière plus efficace et une distorsion de la concurrence.
- Une valeur de percentile basse permet aux cliniques dont les coûts sont inférieurs au benchmark de réaliser des gains d'efficacité appropriés à la charge de l'AOS.

2.4 Résultats du benchmarking HSK

2.4.1 Valeur du benchmark

La valeur du benchmark pour l'année tarifaire 2024, coûts d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (CUI) compris, sans pondération et sans renchérissement, se situe au 35^{ème} percentile et s'élève à **686 francs**. Cette valeur a été calculée sur la base des données de l'année 2022 de 76 cliniques.

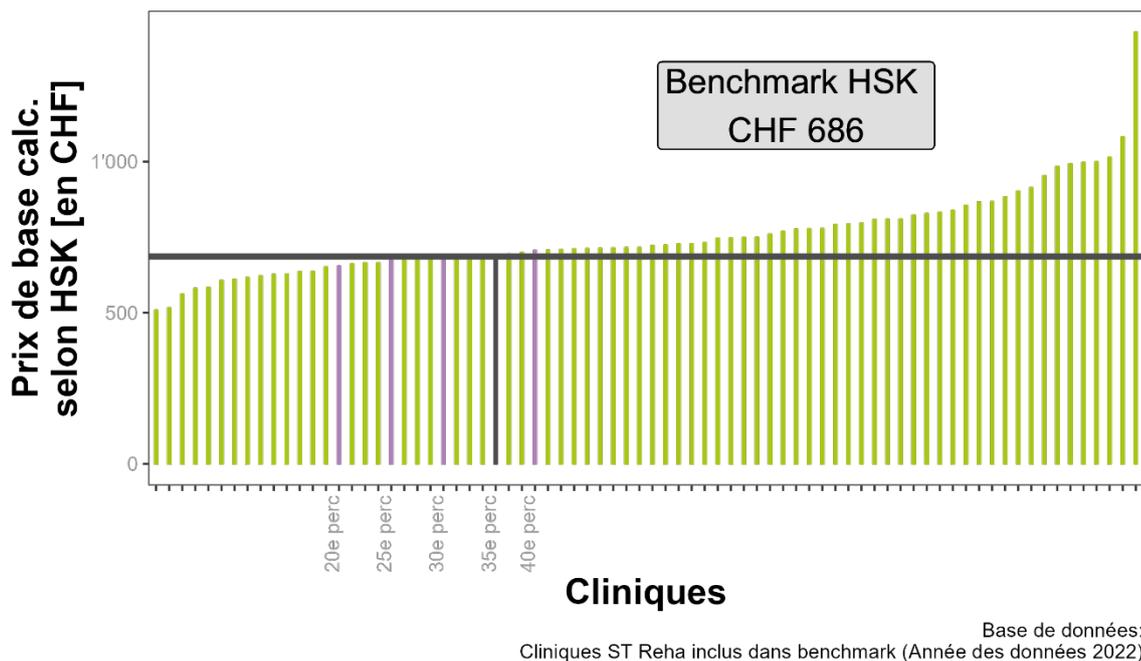


Figure 3 : Valeur du benchmark HSK

2.4.2 Benchmarking pondéré (selon le nombre de cas ou selon le Day Mix)

Les valeurs de percentile dans un benchmarking selon les nombres de cas ou le day mix ne diffèrent que de quelques francs par rapport au benchmarking par classement selon le nombre de fournisseurs de prestations, préconisé par l'OFSP et prévu par la révision de l'OAMal. Ceci indique que suffisamment de fournisseurs de prestations avec des grands volumes (cas ou day mix) se situent déjà en-dessous de la valeur du benchmark et que le choix du 35^{ème} percentile constitue déjà un critère d'efficacité représentant les fournisseurs de prestations de manière correcte et largement étayée.

3. 2^{ème} niveau de la tarification : différenciation des prix basée sur les données

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'économie 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, la Communauté d'achat HSK détermine les prix de manière différenciée. Sur la base des particularités et de la situation spécifique des diverses cliniques, il peut exister des raisons fondées pour lesquelles le prix se situe en-dessous ou au-dessus de la valeur de référence dans le cadre de la phase d'introduction. Les différenciations de prix permettent à HSK d'élaborer des solutions dans le but de négocier des prix objectifs et justes qui se rapprochent à moyen ou à long terme de la valeur de référence HSK.

Le tableau suivant résume le mécanisme de calcul des prix à deux niveaux :

Niveaux	Contenus
1^{er} niveau	<ul style="list-style-type: none"> Détermination des prix de base calculés et corrigés du Day Mix (coûts journaliers corrigés de la gravité) selon les données fournies par les cliniques. Réalisation de calculs tarifaires propres sur la base du modèle tarifaire HSK. Calcul du benchmark basé sur des comparaisons de coûts d'exploitation. Pour l'année tarifaire 2024, le 35^e percentile a été choisi pour la valeur de benchmark. Inclusion de toutes les cliniques ST Reha, indépendamment de leur catégorie OFS, de leur lieu d'implantation ou de leurs mandats de prestations, dont les Rehabilitation Cost Groups (RCG) sont représentés sous ST Reha. Les cliniques dont les données ne sont pas plausibles ou n'ont pas été fournies à temps sont exclues.
2^{ème} niveau	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation de négociations tarifaires individuelles pour chaque clinique afin d'établir une comparabilité aussi objective que possible de toutes les cliniques sur la base des caractéristiques des patients et des structures. Le prix doit tenir compte des particularités des cliniques. Toutefois, les éventuelles lacunes de la structure tarifaire ne doivent pas être corrigées par le biais du prix. Les fournisseurs de prestations concernés peuvent faire des demandes de développement de la structure tarifaire ST Reha auprès de SwissDRG SA. Les inefficiences ne doivent pas être financées par le prix de base (art. 49, al. 1, LAMal). L'objectif est de négocier des prix objectifs et équitables, qui se rapprochent à moyen et long terme de la valeur de référence de HSK.

Tableau 3: Aperçu du mécanisme de détermination des prix à deux niveaux

4. Résumé

Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 35^{ème} percentile.
- Elle s'élève à **686 francs**.

Benchmark valable et représentatif

- Le BM HSK est représentatif car il couvre toutes les régions.
- Le BM HSK est valable en intégrant un day mix AOS de plus de 98 pour cent.
- La valeur BM sur la base du 35^{ème} percentile est adéquate pour le calcul de la valeur de référence selon l'art. 49, al. 2, cinquième phrase, LAMal en se basant sur des données.
- La valeur du benchmark HSK représente la première étape de la détermination des prix. Pendant les négociations de prix individuelles (deuxième étape de la détermination des prix), des solutions tarifaires sont recherchées en tenant compte des particularités fondées de chaque clinique.

Il y a encore des lacunes

- L'évaluation de l'économicité est lacunaire en raison de la publication incomplète des données de coûts et de prestations par les hôpitaux, notamment en ce qui concerne les coûts pour l'enseignement et la recherche, les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire et les prestations d'intérêt général.
- 70 pour cent des cliniques fournissent leurs données après le 31 mai 2023. Pour vérifier de manière efficace la plausibilité des données, la Communauté d'achat HSK demande que les données soient livrées avant la fin mai. L'OCP précise que la comptabilité analytique doit être mise à disposition à partir du 30 avril.
- La valeur BM comprend exclusivement les CUI selon l'OCP. HSK ne peut exclure que le benchmark soit « faussé » en raison d'éléments de distorsion de la concurrence tels que les subventions aux cliniques sous forme de « prestations d'intérêt général » ou de contributions aux coûts d'investissement.
- Il n'est pas davantage possible d'exclure que des prestations d'intérêt général qui ne devraient pas être financées par l'assureur soient comprises dans les coûts pertinents du benchmarking, notamment les coûts visant à maintenir des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.
- La déduction pour les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire se fait le plus souvent sur la base des recommandations de la CDS.

Liste des figures

<i>Figure 1 : Couverture régionale.....</i>	<i>8</i>
<i>Figure 2 : Méthodologie de sélection des percentiles.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure 3 : Valeur du benchmark HSK.....</i>	<i>12</i>

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking.....</i>	<i>7</i>
<i>Tableau 2: Critères d'exclusion pour ne pas être inclus dans la procédure de benchmarking.....</i>	<i>7</i>
<i>Tableau 3: Aperçu du mécanisme de détermination des prix à deux niveaux.....</i>	<i>13</i>

Bibliographie

- CDS, C. d. (2019, 06. 27). *Examen de l'économicité*. Récupéré sur <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- TAF, T. a. (2014, 09. 11). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF 2014|3 E 10.2.3: <https://www.bvger.ch/fr/jurisprudence/base-de-donnees-des-arrets-du-taf>
- TAF, T. a. (2019, 05. 15). *Base des données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-4374|2017, C-4461 |2017: <https://www.bvger.ch/fr/jurisprudence/base-de-donnees-des-arrets-du-taf>
- TAF, T. a. (2022, 08. 17). *Base des données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-5102/2019 - 17.08.2022: <https://www.bvger.ch/fr/jurisprudence/base-de-donnees-des-arrets-du-taf>
- WIG, I. d. (2020, 04. 01). *Pondération pour le benchmarking hospitalier (étude en allemand: Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings)*. Récupéré sur https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf