
Communauté d'achat HSK Benchmark SwissDRG Année tarifaire 2023

iStock.com/Nastco



Données de l'année : 2021

Publication : novembre 2022

Synthèse

Pour calculer le 25^e percentile en tant que valeur de référence pour le benchmark (BM), la Communauté d'achat HSK a obtenu 154 données ITAR_K© de 162 hôpitaux au total. Après vérification de la plausibilité des données des prestations et coûts et exclusion de cliniques pour non-envoi de données ou envoi retardé, 147 hôpitaux ont été intégrés au benchmark. Par rapport au dernier benchmark (année tarifaire 2021), le nombre d'hôpitaux a augmenté de 12, car HSK a décidé d'intégrer les fournisseurs de prestations avec un case mix en dessous de 100.

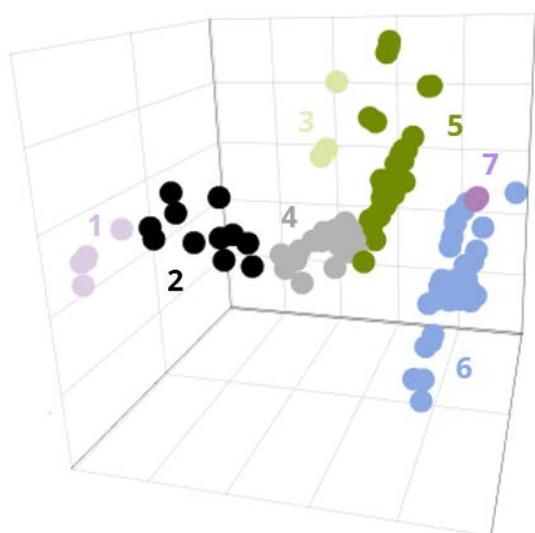
Le benchmark HSK est basé sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national : 25 cantons, plus que 95 pour cent du case-mix dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Toutes les catégories OFS ont été prises en compte.

La valeur du benchmark basée sur les coûts d'exploitation pour l'année tarifaire 2023 sans le renchérissement est de 9'406 francs sur le 25^e percentile avec pondération selon le nombre d'hôpitaux.

- 1^{er} niveau : calcul de la valeur du benchmark basée sur les comparaisons des coûts d'exploitation
- 2^e 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 qui en résultent et la fourchette de prix correspondante. Celle-ci est définie pour chaque cluster sur la base des prix actuels :

Cluster



Fourchette pour le BM

↑ jusqu'à 13% env.
 jusqu'à 3% env.
 jusqu'à 11% env.
 jusqu'à 3% env.
 jusqu'à 2% env.

Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)

1 Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires)
 2 Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée)
 3 Hôpitaux pédiatriques
 4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée
 5 Hôpitaux de soins de base

Valeur BM HSK 9'406 francs

↓ inférieur d'au moins 1%

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

Synthèse	2
Contenu	3
1. Contexte	4
1.1 Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking	4
1.2 Aperçu de la procédure de benchmarking pour les soins somatiques aigus	5
2. Benchmark HSK — Bases et méthodologie	6
2.1 Principes fondamentaux méthodologie	6
2.2 Hôpitaux inclus	6
2.3 Critères d'exclusion	7
2.4 Couverture régionale	7
2.5 Couverture par catégorie OFS	8
2.6 Evaluation	8
2.7 Transparence des données	8
2.7.1 Vérification de la plausibilité des données	8
2.7.2 Conclusion de la plausibilité des données	13
2.8 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM	14
2.9 Choix du percentile	15
2.10 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée	23
3. Benchmark HSK : résultats et évaluations	26
3.1 Percentile valeur du benchmark	26
3.2 Niveau 2 de la détermination des prix	28
3.2.1 Formation de clusters : données, méthode et résultats	28
3.2.2 Calcul de la fourchette de prix	33
3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)	35
3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de l'année tarifaire 2022	35
3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2023	35
4. Récapitulatif	36
5. Annexe	37
5.1 Validation par la distance de Manhattan (DM)	37
5.2 Validation au moyen de la PCA	38
5.3 BM HSK : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA	40
Répertoire des abréviations	43
Liste des figures	44
Liste des tableaux	45
Bibliographie	46

1. Contexte

1.1 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), 2e niveau = négociations de prix individuelles). Il s'ensuit que la valeur BM 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 BM). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure BM.
- 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 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 BM et qui doivent être comparées selon **une méthode uniforme**. Une procédure BM qui présélectionne certains hôpitaux ou groupes d'hôpitaux 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 d'hôpitaux dans le BM est faible, plus les exigences en matière de calcul correct des coûts d'exploitation pertinents pour le BM sont élevées.
- Il n'est pas admis de fixer une valeur BM pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le BM n'ont pas été collectés de manière conforme à la LAMal.
- Dans un nouvel arrêt (C-5102/2019 du 17.08.2022) 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, il convient d'accorder aux partenaires tarifaires et aux autorités une large marge d'appréciation dans la fixation du critère d'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).
- 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'a 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'établissements¹. Ainsi le Conseil fédéral a mis en oeuvre l'art. 49 al. 8 LAMal, et par

¹ OFSP (23.9.2020) <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html>

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.

1.2 Aperçu de la procédure de benchmarking pour les soins somatiques aigus

Actuellement la situation des procédures de benchmark se présente comme suit :

Procédure BM	Remarques
Benchmark année tarifaire 2022 (données de l'année 2020)	Dans le cadre de Covid-19 et de l'interdiction des interventions électives, de nombreux hôpitaux ont traité peu de cas en 2020, ce qui a entraîné une augmentation des coûts par cas (effet de volume). En raison de cette distorsion dans les données, HSK a décidé de ne pas effectuer de benchmarking sur la base des données de l'année 2020. L'OFSP et tarifsuisse ont également renoncé à une comparaison d'établissements sur la base des données 2020. SwissDRG SA a également renoncé à un développement de la structure tarifaire sur la base de l'année de données 2020.
Comparaison d'établissements nationaux standardisée	La Confédération a déjà publié, sur la base des données des coûts 2018 (année tarifaire 2020) et 2019 (année tarifaire 2021) en collaboration avec les cantons, des comparaisons d'établissements. La Confédération satisfait ainsi l'art. 49, al. 8 LAMal. La méthode de calcul des tarifs AOS repose sur les recommandations de la CDS. On observe que dans ces comparaisons d'établissements de l'OFSP, certains hôpitaux apparaissent par site avec des coûts ajustés par cas, alors que ces mêmes fournisseurs de prestations continuent de livrer des données consolidées à HSK. Pour l'instant, la Confédération n'a pas émis de directives concernant le critère de référence.
BM de l'Association SpitalBenchmark (H+)	Etablit son propre benchmarking. Les résultats pour l'année tarifaire 2023 sont publiés sur le site Internet de l'association.
BM tarifsuisse	Le BM de tarifsuisse pour l'exercice tarifaire 2023 n'est pas encore publié (date du 5 octobre 2022). Ces dernières années, tarifsuisse a déterminé sa valeur de référence en se basant sur le 25e percentile.
Autorité de surveillance des prix	Pour l'année tarifaire 2021, la valeur du benchmark s'élève à 9'231 francs (inclus les coûts d'utilisation des immobilisations -CUI- et le renchérissement, basée sur 147 hôpitaux avec inclusion des maisons de naissance et hôpitaux universitaires). La valeur de référence du Surveillant des prix correspond au 20e percentile, non pondéré (respectivement pondéré en fonction du nombre d'hôpitaux).

Tableau 1: Aperçu des procédures des benchmarking pour les soins somatiques aigus

2. Benchmark HSK — Bases et méthodologie

2.1 Principes fondamentaux | méthodologie

La Communauté d'achat HSK effectue son propre benchmarking chaque année tarifaire. Cette procédure comprend deux niveaux :

Pour le **premier niveau** du calcul des prix, le calcul des coûts par cas (base rate technique, resp coûts par cas corrigés selon CMI), HSK se base sur les données fournies par les hôpitaux (ITAR_K[®]), mais procède à ses propres calculs des tarifs sur la base du modèle tarifaire HSK (voir 2.8). Pour l'année tarifaire 2023, le 25e percentile est conservé pour la valeur du benchmark. À ce stade, tous les hôpitaux sont inclus, quelle que soit leur catégorie ou leur emplacement. Les hôpitaux dont les données sont peu plausibles ou mises à disposition tardivement sont exclus. Pour ce benchmarking, HSK a renoncé au critère d'exclusion des hôpitaux dont le case mix est inférieur à 100. Ainsi, les comparaisons d'établissements de HSK sont neutres en ce qui concerne la taille des hôpitaux.

En ce qui concerne le **deuxième niveau** de calcul des prix, il s'agit de parvenir à une comparabilité la plus objective possible de tous les hôpitaux sur la base des caractéristiques des patients et structurelles pour les négociations de prix individuelles avec les hôpitaux. Le prix doit refléter les particularités des hôpitaux qui n'ont pas été pris en considération ou représentées d'une manière inappropriée dans la structure tarifaire SwissDRG. Les inefficiences ne peuvent être financées par le tarif AOS (art. 49, al. 1 LAMal).

HSK établit cette comparabilité par l'application de l'analyse en composantes principales (Principal Component Analysis, PCA), qui donne des clusters homogènes (groupes d'hôpitaux).

Pour cette analyse, HSK prend en compte les indicateurs suivants :

- DRG utilisés
- Nombre de cas
- Indice du casemix (CMI)
- Nombre de médecins en formation
- Hôpital de soins finaux
- Service d'urgence reconnu
- Degré d'atteinte du nombre de cas minimum selon les groupes de prestations pour la planification hospitalière zurichois (GPPH) 2022

Sur cette base, il est possible de définir des fourchettes de prix pour les différents groupes de comparaison (clusters) et de justifier des différences de prix par rapport à la valeur du benchmark.

2.2 Hôpitaux inclus

Sur les 162 hôpitaux de soins somatiques aigus figurant sur les listes cantonales, 147 hôpitaux ont pu être pris en compte pour le benchmark, soit 12 de plus que dans le benchmark de l'année tarifaire 2021. Cette augmentation est principalement due à l'inclusion d'hôpitaux avec un case mix inférieur à 100 pour cent dans le benchmark.

2.3 Critères d'exclusion

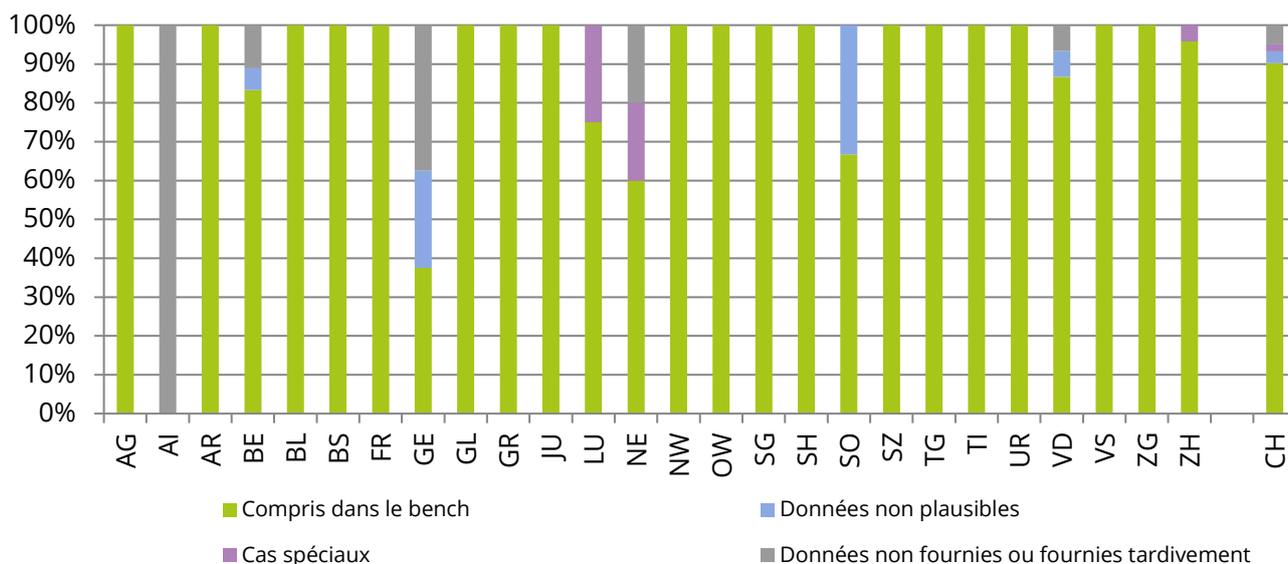
Ne sont pas pris en compte dans le benchmark :

- 8 hôpitaux n'ayant communiqué aucune donnée au 12 août 2022 ou dont la plausibilité des données n'a plus pu faire l'objet d'une vérification à la suite d'une livraison tardive
- 2 cas spéciaux (CSP Nottwil, clinique Lengg, Zurich)
- 5 hôpitaux avec des données non plausibles

2.4 Couverture régionale

Tous les cantons sont inclus dans le benchmark. A l'échelon national, le degré de couverture est de 91 pour cent (il y a 2 ans : 82 pour cent) et dans 18 cantons, il est de 100 pour cent (il y a 2 ans : 14 cantons).

Figure 1 : Couverture régionale



2.5 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	(comme il y a 2 ans)
K112	Prise en charge centralisée Niveau de soins 2	38	(il y a 2 ans 37)
K121 - K123	Soins de base Niveau de soins 3-5	50	(il y a 2 ans 48)
K231	Autres cliniques spécialisées en chirurgie	24	(comme il a y 2 ans)
K232	Autres cliniques spécialisées en gynécologie néonatalogie	13	(il y a 2 ans 4)
K233	Autres cliniques spécialisées en pédiatrie	3	(comme il y a 2 ans)
K234	Autres cliniques spécialisées en gériatrie	3	(comme il a y 2 ans)
K235	Diverses cliniques spécialisées	8	(il y a 2 ans 9)
K221	Clinique de réadaptation avec mandat de prestations en soins somatiques aigus	3	(il a y 2 ans 2)
Total		147	(il a y 2 ans 135)

Tableau 2 : Catégorie OFS

2.6 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 supérieur à 95 pour cent
- Pour le benchmark, une méthode uniforme a été choisie pour toute la Suisse

2.7 Transparence des données

Le TAF précise que lors de **la fixation des prix et de l'examen de l'économicité, toutes les données de coûts et de prestations** des hôpitaux sont prises en considération. C'est pourquoi HSK demande à nouveau lors de cette 12e année de négociations SwissDRG, la version complète ITAR_K® (prestations et coûts), y compris le relevé détaillé du domaine hospitalier ambulatoire. En général, le degré de transparence s'est amélioré par rapport aux années précédentes. Cependant, de nombreux hôpitaux n'ont rempli que partiellement ou pas du tout le formulaire d'enquête d'HSK, malgré l'uniformisation du formulaire dans la branche.

2.7.1 Vérification de la plausibilité des données

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 coûts d'exploitation

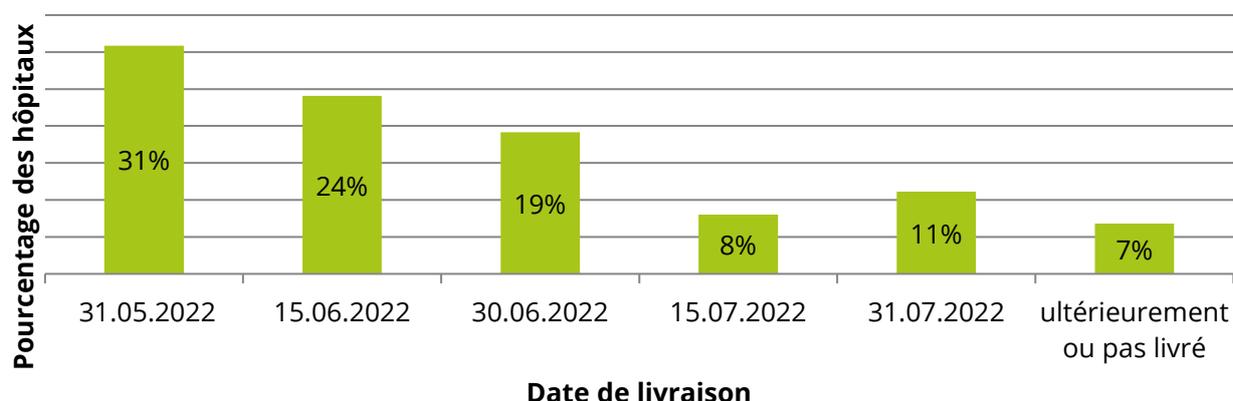
des hôpitaux. La vérification de la plausibilité des données est ainsi réalisée de manière plus efficace que si des standards comptables différents sont appliqués.

Tous les hôpitaux qui ont été intégrés au benchmark ont calculé leurs coûts et prestations au moyen de REKOLE® et ont fourni les données à HSK au format ITAR_K©. Les données de 2021 sont déterminantes pour les comparaisons d'établissements de l'année tarifaire 2023. HSK contrôle l'exhaustivité, l'exactitude et la compréhensibilité des données sur la base des éléments suivants :

Délai de livraison

Le délai de livraison n'a pas d'incidence substantielle sur la vérification des données. Toutefois, une livraison à temps (avant le 31 mai 2022 au plus tard conformément aux conventions HSK) permet une vérification qualitative de la plausibilité dans un laps de temps approprié et évite d'exclure certains hôpitaux du benchmark. Comme l'indique la figure 2, uniquement 55 pour cent des hôpitaux (89 hôpitaux) ont livré leurs données jusqu'au 15 juin 2022. Il s'agit certes d'une amélioration significative par rapport au benchmark d'il y a deux ans (35 pour cent, 56 hôpitaux), mais plus de la moitié des hôpitaux envoient leurs données en retard. HSK demande à ses partenaires tarifaires de livrer les données ITAR-K© jusqu'au 31 mai au plus tard. L'OCP demande même que le calcul des coûts soit mis à disposition à partir du 30 avril (art. 9, al. 5 OCP).

Figure 2: Date de livraison des données ITAR_K©



Délimitations entre comptabilité financière et comptabilité analytique

La passerelle d'ajustement par objet et temporelle comptabilité financière | comptabilité analytique dans ITAR-K© est importante pour contrôler si seuls les coûts de fourniture de prestations à proprement parler sont repris dans la comptabilité analytique. Les charges inadéquates doivent être délimitées. Les délimitations, comme par ex. pour les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) et les intérêts sur l'actif circulant nécessaire à l'exploitation, doivent être compréhensibles. Pour que les délimitations soient compréhensibles, la majorité des hôpitaux documente les détails de ces délimitations dans la fiche d'information ITAR-K©.

Pour un grand nombre d'hôpitaux, il y a eu un ajustement correct entre la comptabilité financière et la comptabilité d'exploitation. Il y a également, pour tous les hôpitaux, concordance entre le relevé par unité finale d'imputation et le relevé ITAR_K©. Pour une majorité des hôpitaux inclus dans le benchmarking, la concordance entre la comptabilité financière ITAR_K© et le bouclage des comptes a pu être validée. Deux établissements ont été exclus du benchmarking en raison de ces écarts. Par ailleurs, HSK

utilise des comparaisons de données systématiques avec les données précédentes pour identifier des développements anormaux des coûts et de prestations.

Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Pour le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking, les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) doivent être pris en compte selon l'OCP. La grande majorité des hôpitaux ont tenu compte des CUI selon REKOLE® dans les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking ITAR_K®. La plupart des hôpitaux ont également indiqué les CUI selon l'OCP.

HSK vérifie la plausibilité des données des CUI et si besoin demande aux hôpitaux des justificatifs détaillés. Par exemple, les CUI selon l'OCP ne peuvent être plus élevés que les CUI selon REKOLE®, car REKOLE® prévoit d'autres règles que l'OCP pour la période d'amortissement. En outre, les CUI sont comparés aux données fournies par les hôpitaux à l'OFS pour la statistique des hôpitaux. La majorité des hôpitaux ont justifié les écarts. Les hôpitaux affichant des CUI non économiques ne peuvent être ni exclus du benchmark, ni corrigés. Ces CUI élevés doivent cependant être compensés par des coûts d'exploitation bas, faute de quoi ces CUI réduisent les gains d'efficacité de l'hôpital situés en-dessous de la valeur du benchmark ou entraînent des déductions d'inefficacité pour les hôpitaux situés au-dessus de la valeur du benchmark.

Si l'on considère tous les hôpitaux, la part des CUI selon l'OCP se monte à 7 pour cent, soit 836 francs par cas ou 766 francs avec correction du CMI. Par rapport au dernier benchmark les valeurs de CUI sont restées stables. Cette stabilité est probablement temporaire et probablement due aux retards causés par COVID-2019. HSK s'attend à une accentuation de l'activité d'investissement dans le domaine hospitalier stationnaire dans un avenir proche, ce qui entraînera une augmentation des CUI. HSK reprendra cet aspect dans sa procédure de benchmarking des prochaines années (surcapacités dans le contexte ambulatoire avant stationnaire ; standard (trop) élevé dans le domaine de l'assurance de base obligatoire, etc.).

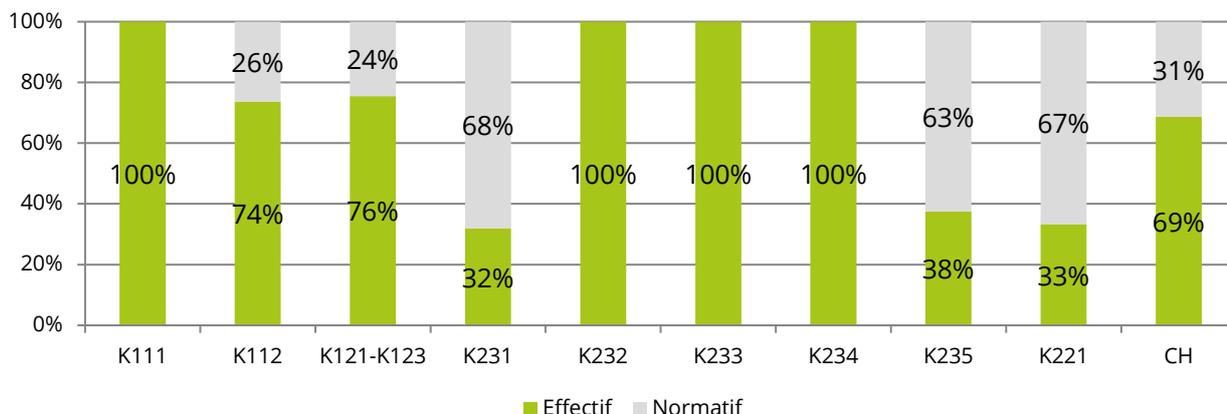
Enseignement universitaire et recherche

Dans ce domaine également, le TAF précise qu'il convient en principe de dissocier les valeurs effectives. A l'instar des années précédentes, HSK a choisi ici une forme mixte, car :

- Les méthodes de calcul des coûts de l'enseignement universitaire et de recherche sont souvent inconnues. HSK ne sait pas s'il s'agit de coûts effectifs ou de valeurs approximatives, ni même si les contributions cantonales ont été prises en compte en tant que coûts.
- On ne sait pas à quelle fréquence ces coûts sont calculés. Il serait crucial de savoir si les hôpitaux réalisent les enquêtes chaque année ou s'ils appliquent les données d'une année de manière normative pour les années suivantes.
- Seuls quelques hôpitaux ont communiqué sur leurs méthodes de calcul pour l'enseignement universitaire et la recherche.

La déduction minimale s'effectue selon des approches normatives (voir 2.8). Pour 69 pour cent des tous les hôpitaux dans le benchmark (61 pour cent dans le benchmark d'il y a 2 ans) – dont tous les hôpitaux universitaires – HSK a intégré les coûts effectifs dans le benchmark. L'utilisation d'une approche normative auprès de 31 pour cent des hôpitaux (39 pour cent dans le benchmark d'il y a 2 ans) n'a pas affecté la valeur BM pour l'année des données 2021 (comme déjà dans le dernier benchmark).

Figure 3 : Part des déductions normatives pour l'enseignement universitaire et la recherche



Prestations supplémentaires pour les patients LCA

Le TAF demande principalement des données effectives pour dissocier les prestations supplémentaires du domaine de l'assurance complémentaire, mais n'exclut pas une approche normative, comme par ex. celle qui suit les recommandations de la CDS (800 francs par cas DP | 1000 francs pour un cas P). Pour HSK, la déduction pour les prestations supplémentaires LCA est trop faible ou très hétérogène pour une majorité de fournisseurs de prestations en appliquant les calculs ITAR_K[®]. Les prestations supplémentaires déduites dans ITAR_K[®] pour les assurés titulaires d'une assurance complémentaire s'élèvent à seulement 423 francs et les déductions par cas LCA varient entre 2 et 2'095 francs.

C'est pourquoi HSK utilise comme minimum pour le benchmark les approches normatives selon les indications susmentionnées (voir 2.8). Le calcul différent entre ITAR_K[®] et le calcul d'HSK a les répercussions suivantes sur le benchmark :

Frais supplémentaires LCA	ITAR_K [®]		Calcul HSK ²		Différence Total AM (cas base rate)
	LCA seulement	Total AM	LCA seulement	Total AM	
Coûts par cas	CHF 423	CHF 80	CHF 912	CHF 173	CHF 92
Coûts corrigé selon CMI	CHF 355	CHF 73	CHF 766	CHF 158	CHF 84

Tableau 3 : Frais supplémentaires LCA

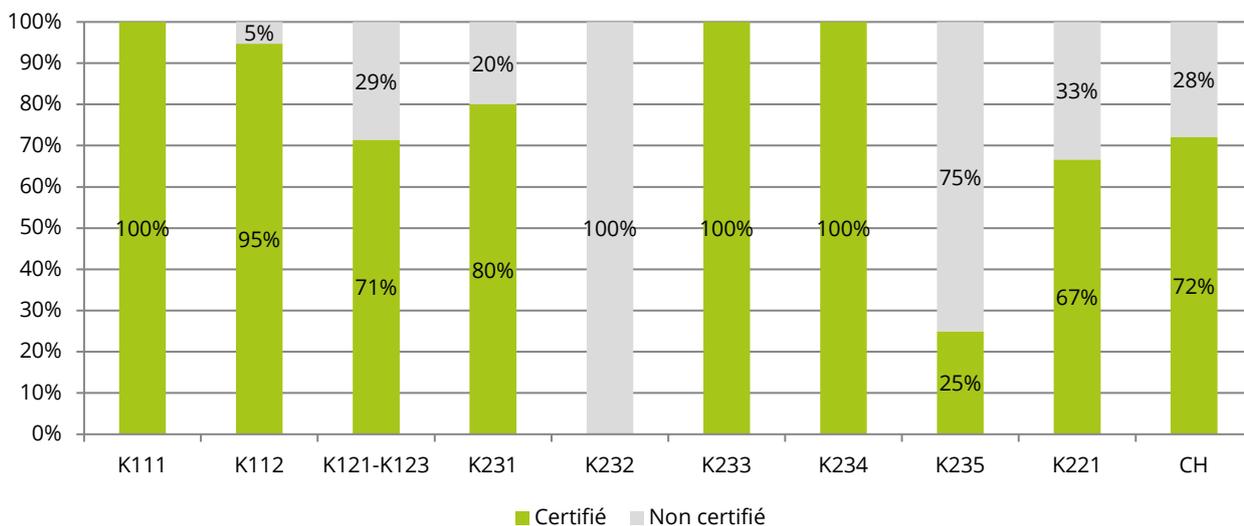
Certification REKOLE[®]

Comme mentionné ci-dessus, les standards REKOLE[®] permettent une saisie uniforme des prestations et un calcul uniforme des coûts pour toute l'offre hospitalière (AOS, AOS+LCA, LAA ; enseignement et recherche, Tarmed, etc.). La certification atteste que chaque hôpital applique de manière systématique les principes REKOLE[®]. Actuellement, HSK prend en compte la certification REKOLE[®] uniquement à titre d'information complémentaire pour vérifier la plausibilité des données fournies et non comme un critère d'exclusion du benchmark. Pour l'année tarifaire 2023 HSK a exclu du benchmark 2 établissements ayant une certification REKOLE[®] en raison de données qui n'étaient pas plausibles. Sur les 147

² Base : jugement TAF C2283|2013|C-3617|2017, imputation possible de frais supplémentaires LCA selon l'approche normative CDS ; 800 francs par cas demi-privé (DP) | 1000 francs par cas privé (P). (TAF, base de données des arrêts TAF, 2015)

hôpitaux inclus dans le benchmark, 72 pour cent (106 hôpitaux) sont certifiés REKOLE® (66 pour cent, 89 hôpitaux il y a 2 ans). Parmi les hôpitaux de soins de base, environ 30 pour cent des hôpitaux ne pas sont certifiés (14 hôpitaux). L'augmentation du nombre de cliniques certifiées REKOLE est positive, mais HSK exige que tous les hôpitaux soient certifiés.

Figure 4 : Certification REKOLE®



2.7.2 Conclusion de la plausibilité des données

Sur les 162 données ITAR-K® attendues, la Communauté d'achat HSK en a reçu 154 :

- 8 hôpitaux ont livré des données tardivement, voire pas de données
- Sur les 154 données ITAR-K®, 7 hôpitaux ont été exclus du benchmark :
 - 5 hôpitaux ont des données non plausibles
 - 2 hôpitaux sont considérés comme des cas spéciaux (CSP Nottwil et clinique Lengg).
- 147 hôpitaux ont été intégrés dans le benchmark. Sur ces 147, des corrections normatives ont été apportées d' pour 124 hôpitaux, pour la déduction des coûts des prestations supplémentaires des assurés ayant une assurance complémentaire (120 hôpitaux il y a 2 ans) et pour 46 hôpitaux pour les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche (53 hôpitaux il y a 2 ans).

Spitäler ...	Sans corrections	Avec corrections	Dans le BM	Pas dans le BM
Avec des données plausibles	21	126	147	
Correction pour patients LCA	23	124	147	
Correction pour enseignement et recherche	101	46	147	
Sans données plausibles				5
Sans fourniture de données ou livraison tardive				8
Cas spéciaux*				2
Total			147	15

Tableau 4 : Plausibilité des données des hôpitaux

* CSP Nottwil, clinique Lengg, Zurich

2.8 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM

Schéma de calcul

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

Schéma de calcul	Remarques								
Total des coûts selon la comptabilité analytique (calcul unitaire)									
./. 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								
= Coûts d'exploitation nets I (CEN)									
./. Déduction subsidiaire pour ens. univ. et recherche	Déduction effective mais au minimum normatif Valeurs normatives <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <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>effective</td> </tr> </table>	<75 lits :	0.8 %	>75 lits :	1.5%	>125 lits :	3.5%	Hôpitaux universitaires :	effective
<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 ³ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ par cas DP : 800 francs ▪ par cas P : 1'000 francs 								
./. Coûts non compris dans le Baserate (DRG non évalués, indemnités complémentaires, prestations tarifées séparément)	Données des hôpitaux.								
Renchérissment	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								
CUI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sont exclusivement pris en compte dans le BM les CUI selon l'OCP. ▪ les CUI présentés ont pu être rendus plausibles par HSK via la comptabilité des investissements (livraison des données OFS). 								
= coûts d'exploitation pertinents pour le BM HSK									

Tableau 5 : Schéma du calcul des coûts d'exploitation

³ 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, base de données des arrêts TAF, 2015)

2.9 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 jugement⁴ 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 ancien⁵ 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 système⁶, ont conduit la Communauté d'achat HSK à appliquer à nouveau de manière stricte la mesure d'efficacité. HSK utilise donc le 25e percentile pour la valeur de référence de l'année tarifaire 2023.

Depuis l'introduction de SwissDRG, HSK a progressivement abaissé sa mesure de l'efficacité du 40e percentile. Depuis l'année tarifaire 2019, le seuil d'efficacité a été abaissé au 25e percentile.

Dans un arrêt, le TAF somme⁷ le Conseil fédéral de publier des comparaisons d'établissements pour toute la Suisse. Tant que le Conseil fédéral ne s'exécute pas (et que des dispositions uniformes pour le calcul des coûts et prestations font défaut), les autorités chargées de fixer les prix ont une marge de manoeuvre considérable. La phase d'introduction se prolonge donc. Comme déjà mentionné au point 1.1 ci-dessus, le Conseil fédéral a publié le 23 septembre 2020 les comparaisons entre hôpitaux pour l'année tarifaire 2020 sur la base de l'échange de données CDS (année de données 2018).

La Confédération satisfait ainsi à l'art. 49, al. 8 LAMal et aux conditions pour les comparaisons d'établissements du TAF. HSK considère donc que la phase d'introduction est terminée à partir de l'année tarifaire 2020, soit neuf ans après l'introduction de SwissDRG. Le 25e percentile comme seuil de référence pour calculer l'efficacité de la fourniture de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire est par conséquent justifié. HSK fixe une mesure de l'efficacité basse pour les raisons suivantes :

- Dans son arrêt du 12 avril 2018 (C-2921 | 2014), le TAF constate que la mesure de l'efficacité pour le benchmark doit être fixée de manière stricte – à une valeur de percentile basse – car les tarifs hospitaliers ne résultent pas d'une concurrence efficace entre hôpitaux.
- HSK maintient son modèle de calcul des prix en définissant une valeur de percentile basse pour mesurer l'efficacité et en différenciant les prix lors des négociations individuelles. Suite à la définition de ce percentile inférieur en tant que première étape de la détermination des prix, les négociations sur les prix pour chaque hôpital gagnent encore en importance en tant que deuxième étape de la détermination des prix. Aussi HSK continue-t-elle d'améliorer en permanence la comparabilité des hôpitaux sur la base de l'analyse en composantes principales (voir 3.2).

⁴ TAF C-5086 | 2019, C-5102 | 2019 – 17.08.2022 (TAF, base de données des arrêts TAF, 2022)

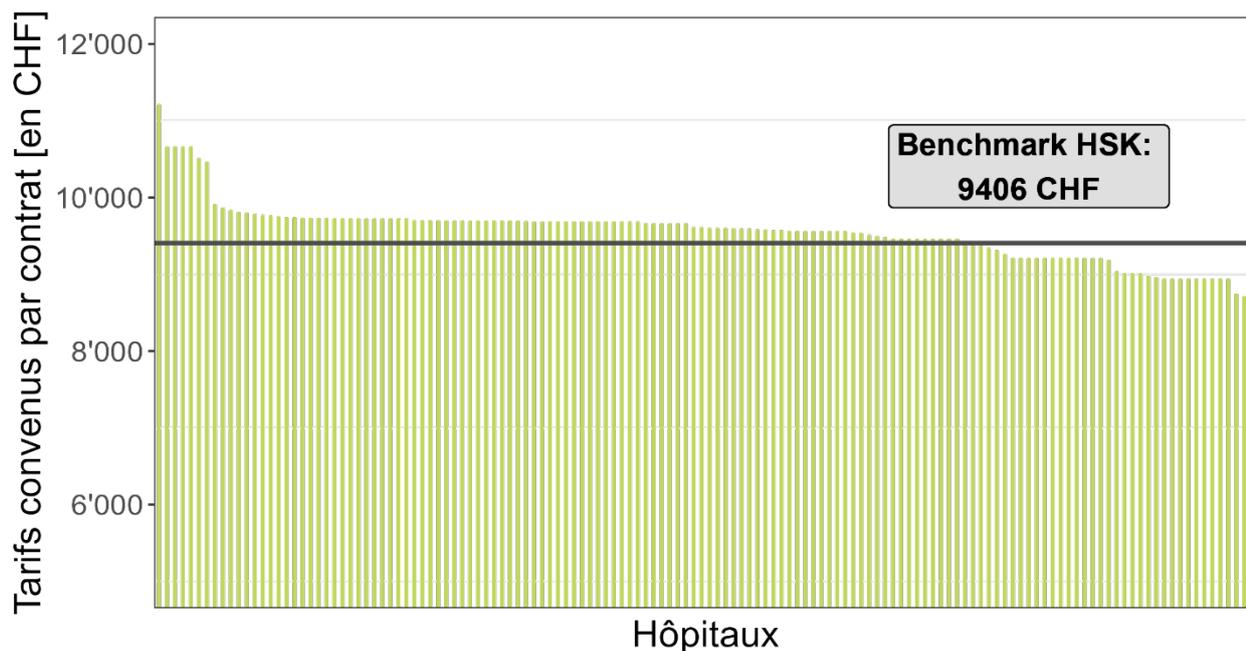
⁵ TAF C-2921 | 2014-12.4.2018. (TAF T. a., Base de données des arrêts du TAF, 2018)

⁶ La valeur du centile 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 R2), 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 12.0 de SwissDRG pour l'année 2023, le même indice était de 0,757 (et l'inlier de 0,854). Cela correspond à une augmentation de 25 pour cent (pour Inlier +14 pour cent). Avec l'augmentation de la R2 et donc l'amélioration de la qualité du système, il n'est plus justifié de se baser sur le 40e ou le 35e percentile.

⁷ TAF C-4374 | 2017, C-4461 | 2017- 15.05.2019 (base de données des arrêts TAF, 2019)

- En conséquence de cette procédure à deux niveaux, nombre d'hôpitaux bénéficient aujourd'hui déjà, en raison de leurs spécificités (par exemple prestations de réserve élevées, part élevée de patients complexes, intensité de la formation et du perfectionnement) de tarifs différenciés. La figure 5 illustre la répartition des tarifs négociés de l'année tarifaire 2022 en comparaison avec le benchmark. 101 hôpitaux, soit 73 pour cent de tous les tarifs négociés, sont au-dessus de la valeur du benchmark.

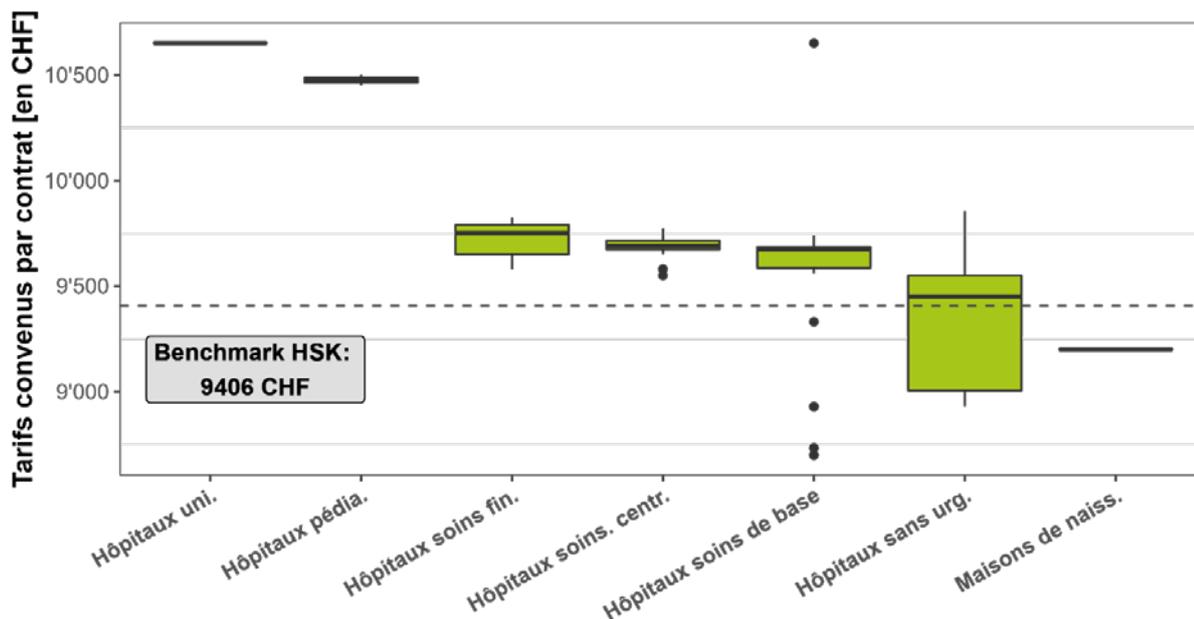
Figure 5 : Répartition des tarifs négociés 2022 en comparaison avec le benchmark l'année tarifaire 2023



Base des données:
 hôpitaux avec des tarifs HSK convenus par contrat pour 2022

- Compte tenu de la différenciation des prix, le choix du 25e percentile ne signifie pas que 75 pour cent des hôpitaux sont systématiquement inefficients. Les inefficiences n'expliquent plutôt qu'une partie des différences de coûts. Comme mentionné précédemment, les tarifs actuels négociés, par ex. pour les hôpitaux universitaires, les hôpitaux pédiatriques et la majorité des prestataires de soins finaux (cluster HSK 2), divergent du benchmark. Cet écart reflète les différences de coûts qui apparaissent en raison des particularités systématiques des patients et structures et qui ne peuvent être représentées de manière adéquate par la structure tarifaire SwissDRG. La figure 6 illustre la différence de prix 2022 sur la base des clusters HSK. Les hôpitaux universitaires ont par exemple des baserates supérieures en moyenne d'environ 1'250 francs par rapport au benchmark. Les baserates des 3 hôpitaux pédiatriques spécialisés sont environ 1'100 francs plus élevés que le benchmark.

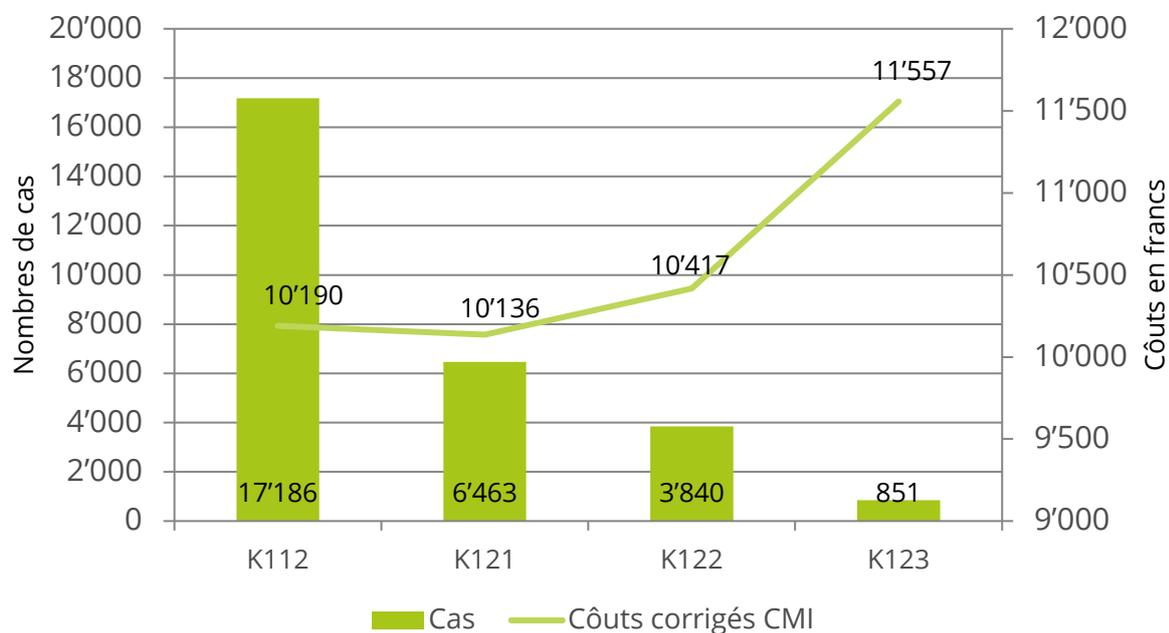
Figure 6 : Répartition des tarifs négociés 2022 selon les clusters HSK en comparaison avec le benchmark 2023



Base des données:
 uniquement hôpitaux avec ITAR_K 2021 plausibles et ayant un tarif HSK convenu par contrat pour 2022

- Une valeur de référence basse incite les hôpitaux ayant des coûts élevés en raison par exemple de faibles taux d'occupation, de défaut de spécialisation ou d'une structure de prestations pas optimale (nombre de cas bas versus prestations de réserve élevées) à prendre des mesures d'économie ou à optimiser leurs capacités. La figure suivante indique que les hôpitaux de soins de base de la typologie OFS K123 affichent les nombres de cas les plus bas et les coûts moyens les plus élevés.

Figure 7 : Nombre de cas moyen et coûts pour les hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée



- En outre, 50 pour cent des cliniques traitent moins de 3'900 cas par an (voir la médiane dans le tableau suivant). 82 hôpitaux (environ 55 pour cent) traitent un maximum de 5'000 cas par an (figure 8). Ces chiffres sont faibles au regard des résultats d'études internationales qui ont montré que le nombre de lits doit être de 200 à 300 pour réaliser des économies d'échelle⁸. Cela signifie qu'il faut traiter environ 12'200 à 18'300 patients par an, sur la base d'un taux d'occupation des lits de 92 pour cent et d'une durée moyenne de séjour de 5.5 jours⁹. Une concurrence accrue via un faible percentile peut conduire à une structure d'offre concentrée sur le marché des hôpitaux et à une optimisation des coûts de revient.

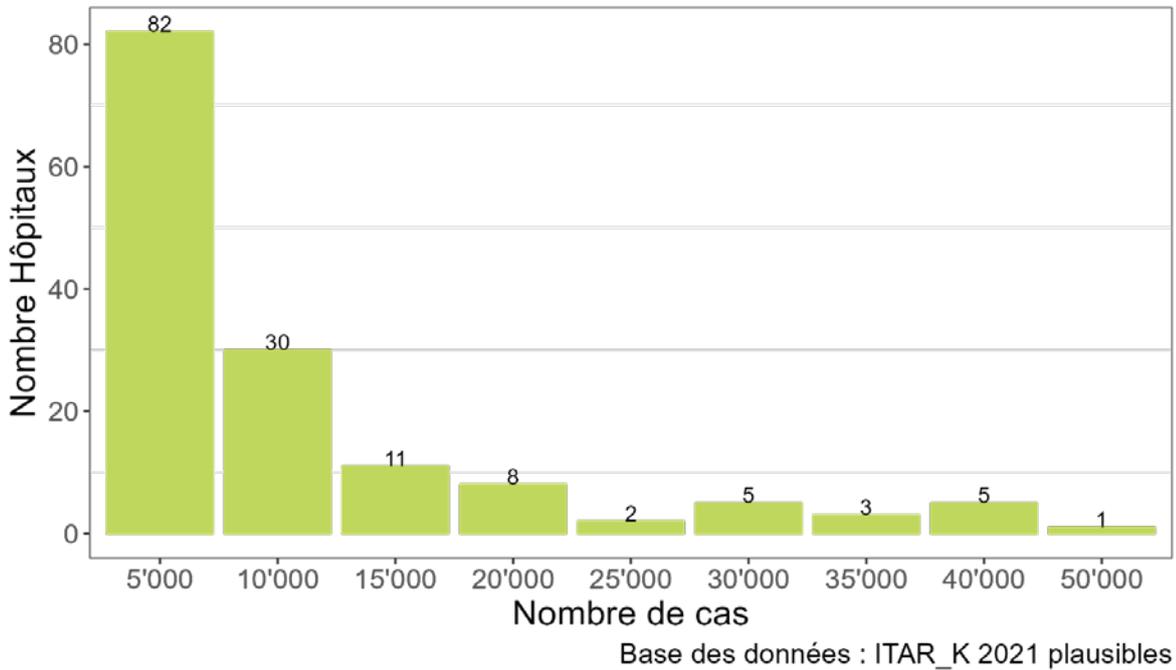
Cas Données année 2021 dans le benchmark	
Moyenne	7'653
Médiane	3'803
Ecart-type	9'856
Etendue	45'135
Minimum	15
Maximum	45'150
Total	1'125'043
Hôpitaux dans le benchmark	147

Tableau 6 : Nombre de cas au benchmark dans l'année des données 2021

⁸ Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search (M. Gianconti et al., 2017)

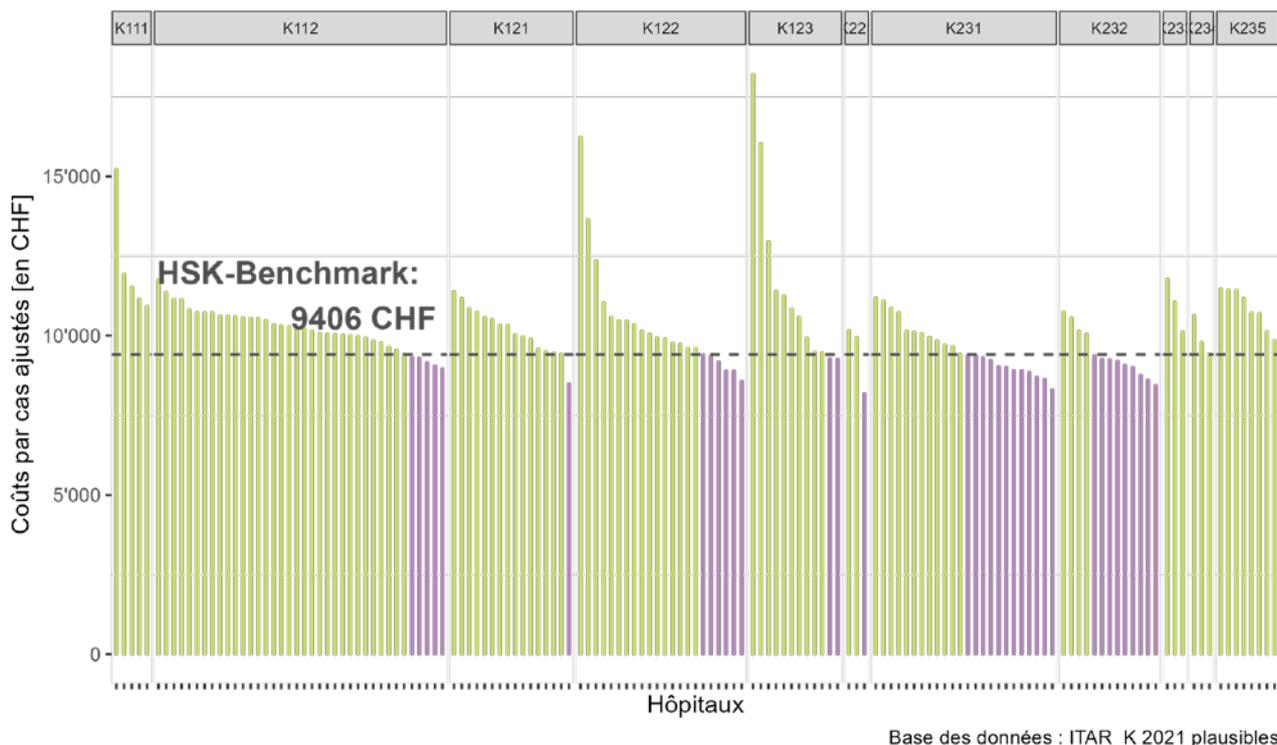
⁹ $Cas = \frac{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ jours} \times \text{Taux d'occupation}}{\text{Durée moyenne du séjour}}$

Figure 8 : Distribution des cas traités années des données 2021



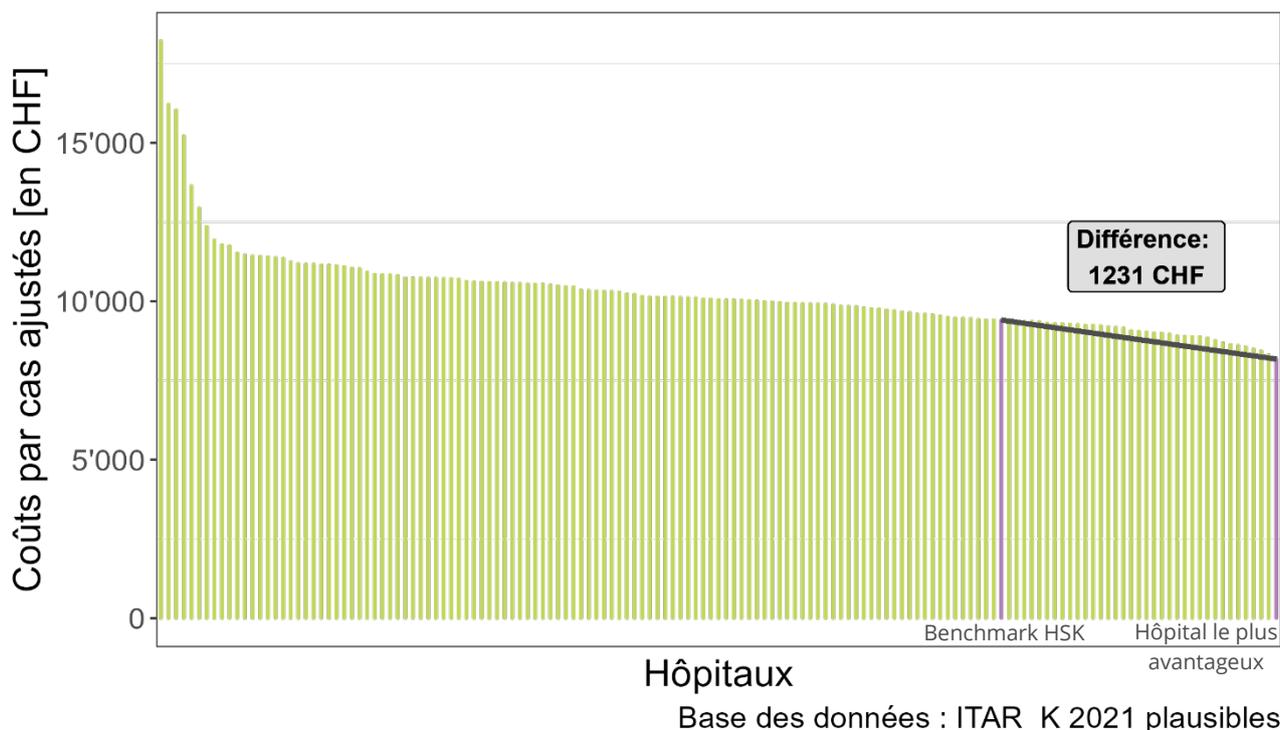
- A l'exception des hôpitaux universitaires (K111), des hôpitaux pédiatriques (K233) et des cliniques spécialisées (K234-K235), toutes les catégories OFS sont représentées parmi les hôpitaux en-dessous du benchmark (barres violettes de la figure 9). Ainsi, 14 hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée (6 hôpitaux K112 et 8 hôpitaux K121-123) fournissent leurs prestations de manière plus avantageuse que la valeur du benchmark. Ce graphique montre clairement que des grands centres hospitaliers, malgré la prise en charge centralisée, sont en mesure de produire leurs prestations à des coûts inférieurs du benchmark. Ainsi, le 25e percentile doit servir de référence pour couvrir les coûts d'un prestataire de soins central efficace.

Figure 9 : Hôpitaux efficients selon les catégories OFS



- En outre, l'hôpital le plus avantageux du benchmark affiche des coûts par cas corrigés selon CMI de 8'175 francs, c'est-à-dire 1'231 francs ou 13 pour cent de moins que le benchmark HSK (figure 10). La définition d'une mesure de l'efficacité plus élevée augmenterait cet écart, l'incitation à être plus avantageux serait moins importante et la concurrence affaiblie.

Figure 10 : Benchmark HSK versus hôpital le plus avantageux

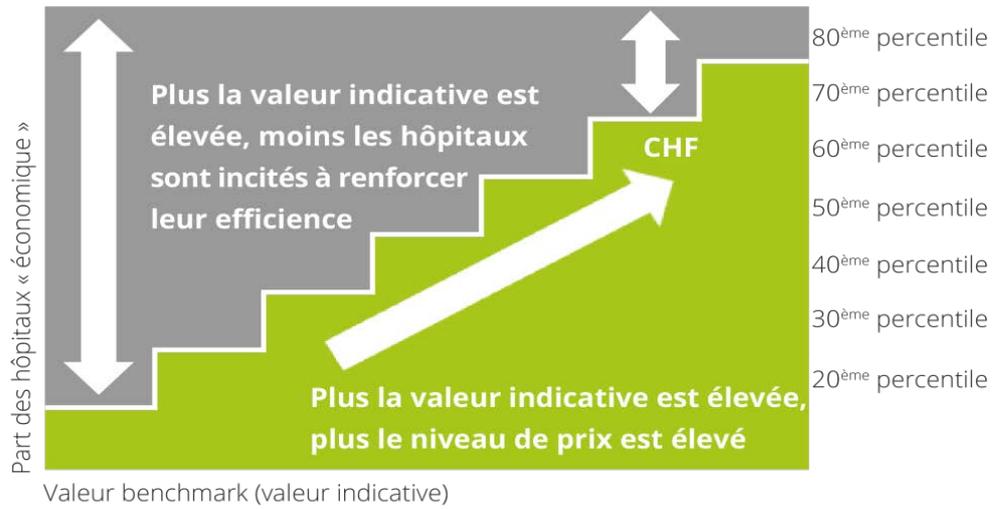


- S'il n'y a pas de concurrence effective entre hôpitaux, une mesure de l'efficacité inférieure permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficace. Les hôpitaux qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficient encore de couverture de déficit budgétaire ou qui touchent des subventions des pouvoirs publics sont tout particulièrement concernés. Il en résulte un manque d'incitation à produire de manière plus efficace et une distorsion de la concurrence.
- Pour les hôpitaux avec des coûts inférieurs au benchmark, une valeur de percentile inférieure permet des gains d'efficacité appropriés à charge de l'AOS.
- Une valeur de référence inférieure peut freiner le développement des capacités et le sur-approvisionnement. Le maintien de structures pour des motifs politiques ou économiques ne saurait être financé au titre de l'AOS.
- Une valeur de référence basse avec possibilité de différenciation des prix illustre une situation concurrentielle dans laquelle les rapports prix-prestations sont comparés.

Conclusion : un percentile plus bas favorise la concurrence (figure 11). Toutefois, une observation purement basée sur la valeur de percentile n'est pas appropriée.

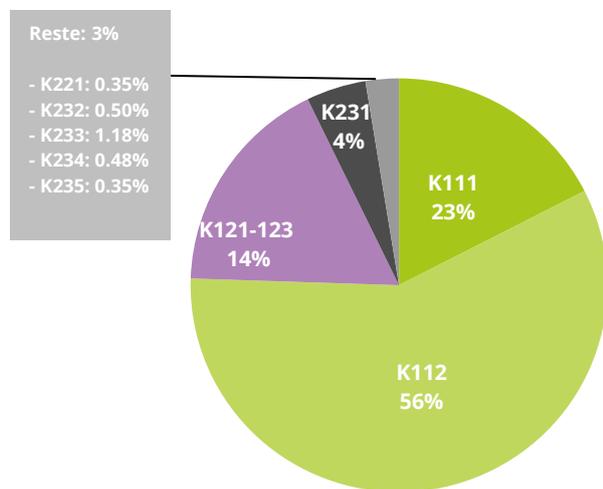
Figure 11 : Choix du percentile

Si cette valeur est appliquée strictement, cela signifie d'un côté que la majorité des hôpitaux sont « non économiques ». Si, de l'autre côté, l'incitation n'est que modérée, une grande partie des hôpitaux perd la motivation de fournir des prestations de manière efficiente. Aussi une valeur de benchmark « douce » a-t-elle pour effet de faire augmenter les prix.



2.10 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée

Figure 12 : Case mix du BM HSK par catégorie OFS



Environ 80 pour cent du volume de case mix concernent les hôpitaux assurant une prise en charge centralisée de niveaux 1 et 2 (K111 et K112). Si le benchmark est calculé avec une approche pondérée par cas, les grands hôpitaux influencent le benchmark de manière décisive.

Afin de clarifier la question de la pondération au sein du benchmark hospitalier, 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 Zürich (ZHAW)¹⁰.

L'étude, qui s'est achevée le 1er 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)¹¹.

Le nombre d'hôpitaux dans le benchmark HSK est très élevé, avec 147 hôpitaux. Cela correspond à un case mix de 1'232'262 (plus que 95 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 hôpital devrait être inclus avec la même pondération dans le calcul de la valeur du percentile.

En outre, dans sa décision du 1er juillet 2022 dans le cadre du recours d'HSK auprès du TAF concernant le baserate d'un hôpital cantonal, l'OFSP a estimé que, dans le contexte de la fin de la phase d'introduction de SwissDRG, une pondération en fonction des cas, mais aussi du case mix, n'était en principe plus défendable. De plus, la pondération en fonction du nombre de cas ne permet pas de distinguer les

¹⁰ 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

¹¹ 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>

hôpitaux efficaces des hôpitaux inefficaces, car la pondération des hôpitaux 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. Sur la base des déclarations de l'OFSP, il convient de procéder à un benchmarking avec pondération en fonction du « nombre d'hôpitaux ». Aussi 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.

Il n'est pas évident de savoir dans quelle mesure les grands hôpitaux devraient avoir plus de poids que les petits dans une procédure de comparaison d'établissements hospitaliers. La taille ou le degré de spécialisation d'un hôpital ne doit pas être un critère de comparaison des coûts. L'évaluation comparative consiste à comparer l'efficacité de tous les hôpitaux au niveau de l'exploitation, c'est-à-dire la conception des processus dans l'hôpital et l'allocation optimale des ressources. Si un hôpital est trop petit, par exemple, pour bénéficier correctement des économies d'échelle, cela doit se refléter dans les comparaisons des établissements. Si les petits hôpitaux étaient moins pondérés, les éventuelles efficacités seraient réduites ou « diluées¹² » pour eux. En conséquence, les efficacités ne seraient peut-être plus visibles. La pondération en fonction du nombre de cas ou du case mix entraîne donc une « dilution » de l'efficacité de ces hôpitaux. Les caractéristiques d'un hôpital, telles que le niveau du case mix, le CMI ou le nombre de cas, peuvent être prises en compte dans les négociations de prix individuelles en fonction de la situation spécifique de l'hôpital.

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. Ces lacunes entraînent des distorsions dans les coûts par cas corrigés selon CMI des hôpitaux. Analogue à l'évaluation de l'OFSP (voir ci-dessus), l'étude montre clairement que « l'application de pondérations dans le cadre du benchmarking **n'est en aucun cas appropriée** ». Selon l'étude, « une délimitation en hôpitaux efficaces et inefficaces [...] n'est cependant pas possible car la pondération en fonction du nombre de cas ou de case mix ne modifie pas les coûts par cas corrigés selon CMI et donc l'ordre des hôpitaux ».

L'étude le montre en détail à la page 20 en utilisant 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 (voir baserates négociés pour les hôpitaux universitaires ou les hôpitaux pédiatriques).

Cela correspond également à la logique de la procédure de benchmarking d'HSK. Une procédure en deux étapes est utilisée pour la détermination des prix : Dans la première étape, HSK effectue des comparaisons « non pondérées » entre les hôpitaux. La deuxième étape comprend le « clustering » et les négociations individuelles des prix. À ce stade, HSK tient compte des caractéristiques spécifiques sur une base factuelle des hôpitaux qui pourraient justifier une différenciation des prix (par exemple, si un hôpital dispose d'un service d'urgence, il a droit à une rémunération plus élevée). D'autres critères de différenciation sont un nombre élevé de cas (comme indicateur de la taille de l'hôpital), un nombre élevé de DRG sélectionnés (indicateur de l'étendue de la gamme de prestations), un nombre élevé de

¹² 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

médecins assistants comme indicateur d'une forte intensité de formation ou un statut d'hôpital de soins finaux. La pondération en fonction du case mix ou du nombre de cas n'exclut pas les petits hôpitaux, mais elle donne systématiquement une valeur de référence plus élevée. Cela affaiblit la concurrence et les hôpitaux sont donc moins incités à travailler d'une manière efficiente et à réaliser les économies d'échelle nécessaires.

Le nombre de cas ou la valeur du case mix sont, avec d'autres facteurs, utiles pour la différenciation de prix lors des négociations tarifaires mais pas pour influencer la valeur du benchmark. La pondération ne reflète pas une situation concurrentielle dans laquelle les rapports prix-prestations sont comparés directement, indépendamment de la taille d'un établissement.

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

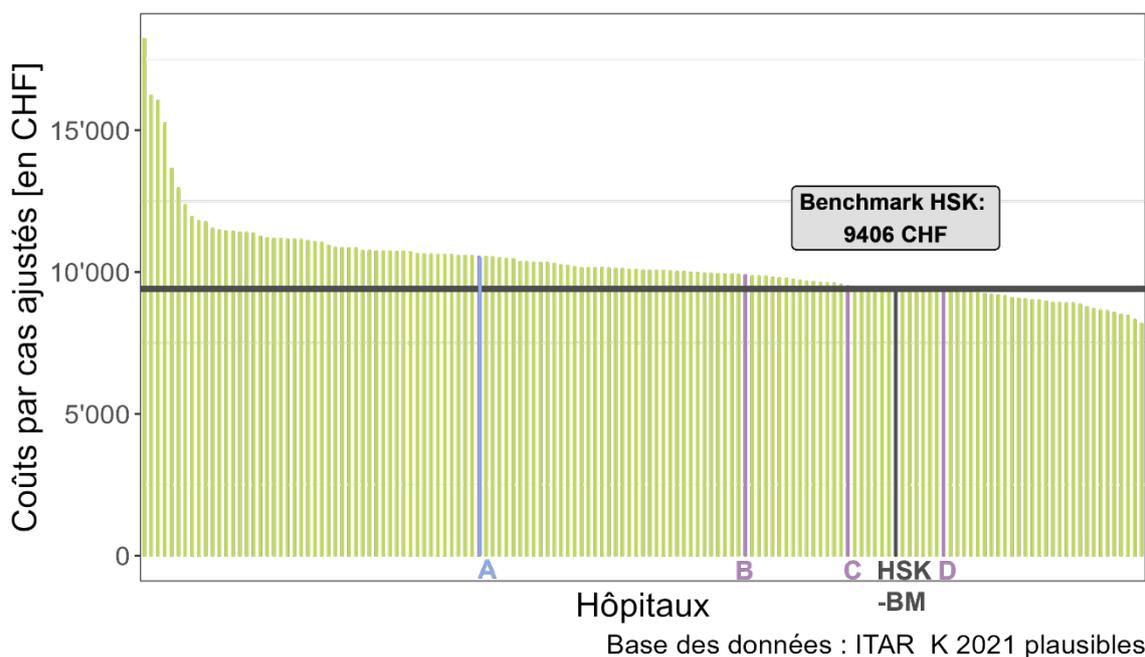
Une pondération orienterait artificiellement la valeur du benchmark en faveur des grands hôpitaux, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grands hôpitaux devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure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

3. Benchmark HSK : résultats et évaluations

3.1 Percentile | valeur du benchmark

La valeur du benchmark, CUI compris et sans renchérissement, pour l'année tarifaire 2022 est au 25e percentile à **9'406 francs**.

Figure 13 : Valeur du benchmark HSK



Coûts par cas (CHF) ajustés selon CMI Moyenne arithmétique pondérée 40° | 30° | 20° percentile 25° percentile

A	Moyenne arithmétique pondérée (par les cas)	CHF	10'537
B	40° percentile	CHF	9'895
C	30° percentile	CHF	9'518
BM HSK	25° percentile	CHF	9'406
D	20° percentile	CHF	9'301

Tableau 7 : Légende pour la figure 13 valeur benchmark HSK

Commentaires sur la valeur du benchmark :

- HSK calcule le benchmark sans renchérissement. Dans son arrêt du 15.05.2019 (C-4374|2017, C-4461|2017), le TAF a mentionné qu'il n'y avait aucune obligation de tenir compte du renchérissement comme supplément général au benchmark.
- Par rapport au dernier benchmark (données 2019 avant COVID) le benchmark pour l'année tarifaire 2023 enregistre une baisse (de 116 francs ; environ -1.2 pour cent).
 - Le pourcentage des hôpitaux dont les coûts par cas ajustés inférieurs à 9'500 francs est passé de 24 à 29 pour cent, tandis que le pourcentage des hôpitaux dont les coûts par cas ajustés supérieurs à 9'500 francs a diminué de 76 à 71 pour cent.
 - La moyenne des coûts par cas ajustés en dessous de la valeur du benchmark a diminué de manière significative par rapport au dernier benchmark d'il y a 2 ans de 9'054 à 9'009 francs).

3.2 Niveau 2 de la détermination des prix

3.2.1 Formation de clusters : données, méthode et résultats

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 baserates différenciés doivent être négociés ou fixés* »

Le 2e niveau du calcul des prix HSK met en oeuvre l'arrêt du TAF précité. Après calcul de la valeur du benchmark (valeur de référence), 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 objectifs et équitables, grâce à des fourchettes de prix pour chaque cluster.

Données et méthode

Pour former des clusters homogènes, HSK tient compte des facteurs ci-après et utilise la distance de Manhattan et la Principal Component Analysis (PCA) comme procédure statistique. 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. 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.

A partir de cette année, de nouvelles sources de données ont été utilisées pour déterminer l'impact de la formation dans un hôpital et la présence d'un service d'urgence. D'une part, à partir des chiffres-clés des hôpitaux suisses, le nombre de médecins en formation a été utilisé pour créer le cluster. L'existence d'un service d'urgence reconnu, en revanche, est désormais définie avec la statistique des hôpitaux.

DRG utilisés	Evaluation
Combien de DRG un hôpital utilise-t-il en comparaison avec le catalogue SwissDRG ?	<ul style="list-style-type: none"> 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
Source : statistique médicale OFS données 2021	Exemple tiré du BM HSK :
	Hôpital ayant la valeur la plus basse
	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	5 DRG maison de naissance
	1'000 DRG hôpital universitaire

Nombre de cas	Evaluation
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K [©]) données 2021	<ul style="list-style-type: none"> 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
15 cas clinique spécialisée	45'150 cas hôpital universitaire
CMI	Evaluation
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K [©]) données 2021	<ul style="list-style-type: none"> 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 0.341 maison de naissance	CMI 2.390 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 2020)	<ul style="list-style-type: none"> 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: 1'060 hôpital universitaire
Hôpital de soins finaux ¹³	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.	<ul style="list-style-type: none"> 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"	
<ul style="list-style-type: none"> 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) 	

¹³ 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.

Nombres de cas minimums	Evaluation	
<p>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 2021.</p> <p>Source : statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2022 données 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital ayant le plus mauvais degré d'atteinte ▪ Hôpitaux atteignant les prescriptions des nombres de cas minimums <p>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.</p> <p>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.</p>	
	<p>Exemple tiré du BM HSK :</p>	
	<p>Hôpital ayant la valeur la plus basse : 1 pour cent (hôpitaux de soins de base – K123)</p>	<p>Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums</p>
Service d'urgence reconnu	Evaluation	
<p>L'hôpital dispose-t-il d'un service d'urgence reconnu ? oui non</p> <p>Source : Statistiques des hôpitaux OFS données 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hôpital dispose d'un service d'urgence reconnu ▪ L'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu <p>90 hôpitaux disposant d'un service d'urgence reconnu et 57 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM.</p>	

Tableau 8 : Facteurs pour la formation de clusters

Le détail des critères susmentionnés figure en annexe.

Résultats de la formation de clusters

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 ¹⁴
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 3 hôpitaux)
5	Hôpitaux de soins de base	K112, K121, K123, K221, K231, K235
6	Hôpitaux sans urgence (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)	K121, K123, K221, K231, K234K235
7	Maisons de naissance	K232

Tableau 9 : Résultats de la formation de clusters

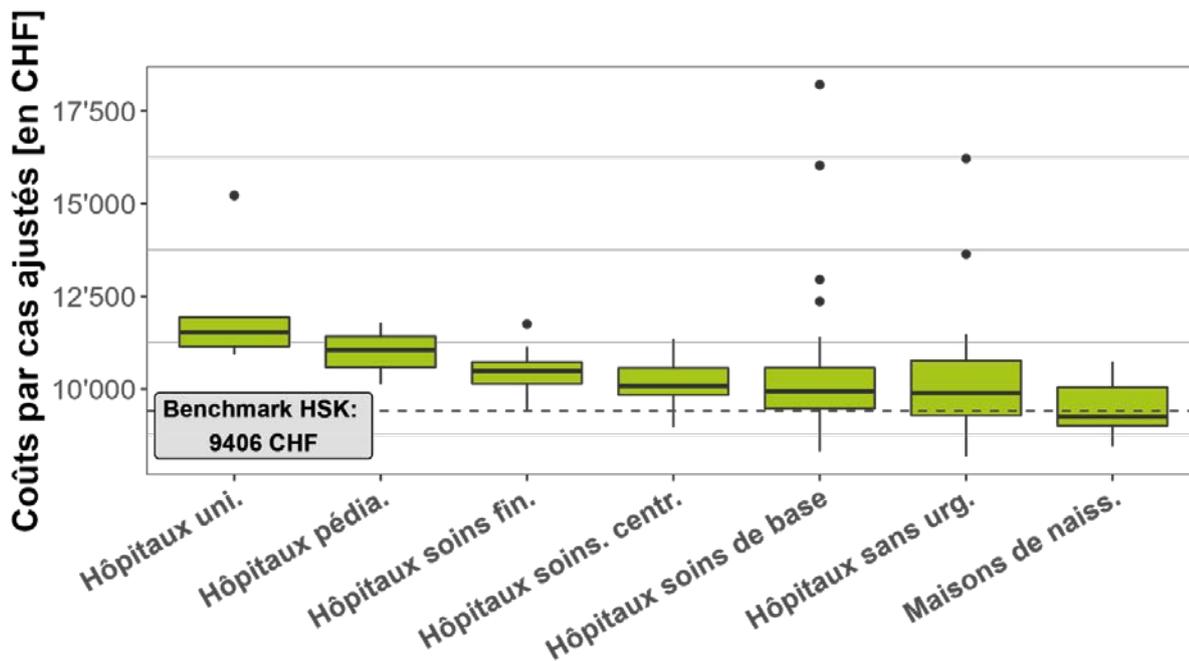
La Figure 14 montre que les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques doivent être considérés séparément dans la formation du prix. De plus, les cliniques spécialisées ainsi que les hôpitaux sans service d'urgence (désignés par « hôpitaux sans service d'urgence » à la figure 14) et les maisons de naissance constituent eux aussi un groupe de comparaison propre.

Les coûts inférieurs qu'affichent les hôpitaux avec prise en charge centralisée par rapport aux hôpitaux de soins de base sont frappants. Ces hôpitaux et les cliniques spécialisées affichent aussi le plus grand éventail de coûts par cas.

Les coûts par cas des hôpitaux pédiatriques ont baissé par rapport à l'année précédente et affichent une faible dispersion à un niveau élevé.

¹⁴ 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)

Figure 14 : Coûts par cas par cluster PCA¹⁵



Base des données : ITAR_K 2021 plausibles

Conclusion :

- En appliquant l'analyse en composantes principales (PCA), la comparabilité entre les hôpitaux est améliorée pour la détermination du prix.
- Par cette méthode analytique, HSK révèle que l'application du percentile 25 au BM 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.

¹⁵ La répartition des coûts par cas apparaît dans BoxPlot, 50 pour cent des valeurs se trouvant dans la Box. Plus la box est longue, plus les valeurs sont dispersées et vice versa. La barre représente la valeur médiane pour les hôpitaux représentés. La zone située entre les « antennes » (whisker) correspond à 95 pour cent des cas.

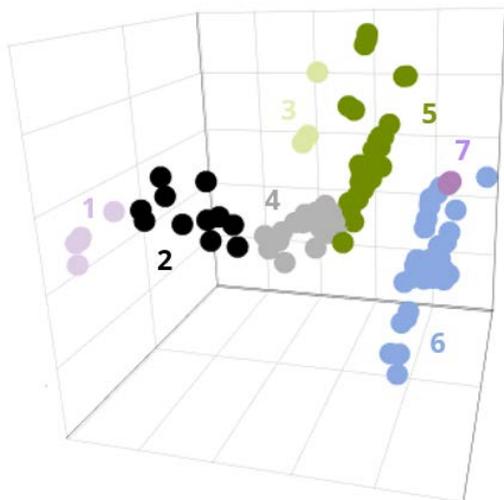
3.2.2 Calcul de la fourchette de prix

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. La figure 15 révèle où se trouvent les fourchettes actuelles. Ainsi, les prix actuels négociés des hôpitaux universitaires sont en moyenne 13 pour cent plus élevés que le benchmark, néanmoins HSK n'a pas trouvé d'accord tarifaire avec 2 hôpitaux universitaires dans l'année tarifaire 2022. Les maisons de naissance sont 2 pour cent inférieures.
- 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 bases négociées les plus élevées (10'650 francs et 10'450 francs en moyenne) en tant que 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 bases les plus bas (9'200 francs).
- 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). La figure 6 indique que les prix du cluster 6 affichent des différences significatives que HSK souhaite corriger au cours des prochaines négociations tarifaires.
- Avec la fin de la phase d'introduction de SwissDRG et le développement continu de la structure tarifaire SwissDRG, HSK souhaite adapter la différence de prix par rapport au benchmark pour le cluster 1 (hôpitaux universitaires).
- 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 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 15 : Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)

Cluster



Fourchette pour le BM

- ↑ jusqu'à 13% env.
- jusqu'à 3% env.
- jusqu'à. 11% env.
- jusqu'à 3% env.
- ↓ jusqu'à 2% env.

Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)

- 1 Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires)
- 2 Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée)
- 3 Hôpitaux pédiatriques
- 4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée
- 5 Hôpitaux de soins de base

Valeur BM HSK 9'406 francs

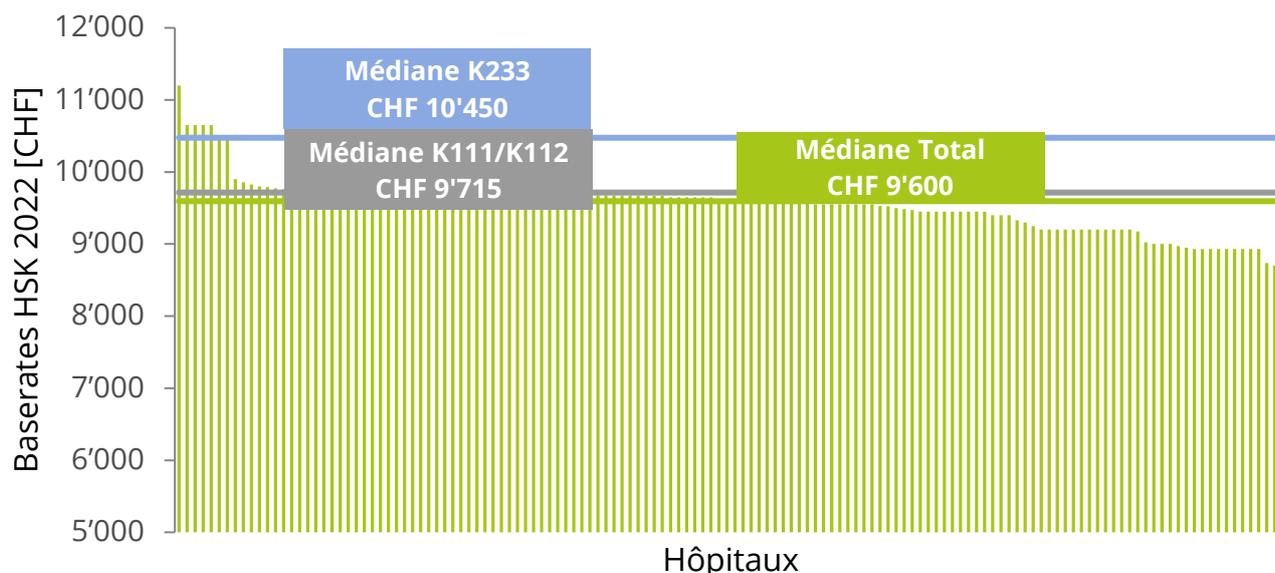
- ↓ inférieur d'au moins 1%
- 6 Hôpitaux sans urgences (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)
- 7 Maisons de naissance

3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)

3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de l'année tarifaire 2022

Il existe des tarifs approuvés définitifs (ou en cours d'approbation) pour toutes les catégories d'hôpitaux depuis l'exercice tarifaire 2022. La médiane de ces tarifs est de 9'600 francs.

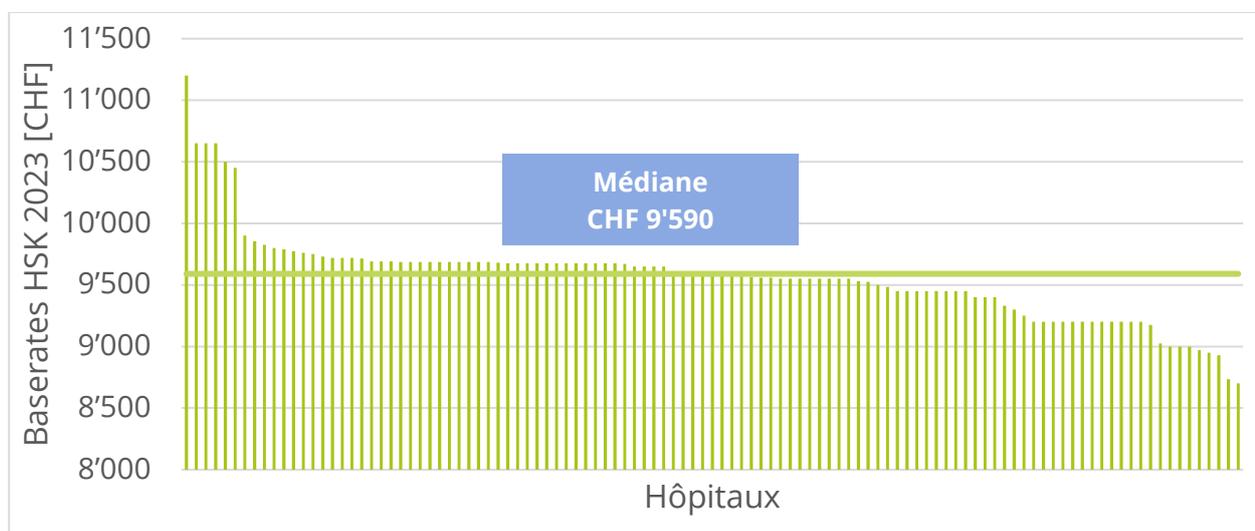
Figure 16 : Baserates HSK définitifs à partir de 2022



3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2023

Il y a des baserates déjà convenus pour l'année 2023 pour environ 109 hôpitaux sous la forme de contrats pluriannuels ou de contrats non résiliés. Pour l'année tarifaire 2023 aussi, la médiane des prix négociés est légèrement inférieure à 9'600 francs.

Figure 17 : Baserates HSK négociés pour 2023



4. Récapitulatif

Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 25e percentile.
- Elle s'élève à **9'406 francs**.

BM valable et représentatif

- Le BM HSK est représentatif car il couvre toutes les régions.
- Le BM HSK est valable en intégrant un case mix AOS de plus de 95 pour cent.
- Le BM HSK est valable en intégrant toutes les catégories OFS.
- La valeur BM sur la base du 25e percentile est fondée et est adéquate pour le calcul de la valeur de référence selon l'art. 49, al. 2, cinquième phrase, LAMal.
- La valeur du benchmark HSK représente la première étape de la détermination des prix. La PCA sert de base pour les négociations individuelles des prix avec les hôpitaux (deuxième étape de la détermination des prix).

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 et les prestations d'intérêt général.
- 70 pour cent des hôpitaux fournissent leurs données après le 31 mai 2022. Pour vérifier de manière efficace la plausibilité des données, HSK demande que les données soient livrées avant la fin mai. L'OCP précise que le calcul des coûts soit mis 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 hôpitaux 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.

Zurich, novembre 2022 | Groupe d'experts HSK SwissDRG

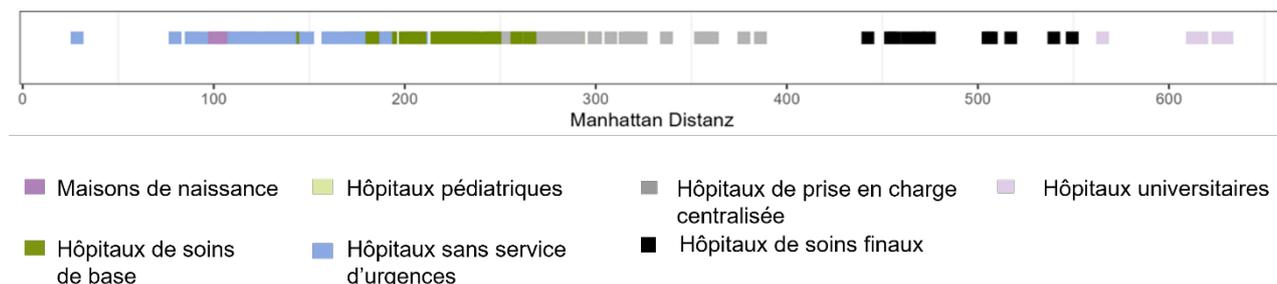
5. Annexe

5.1 Validation par la distance de Manhattan (DM)

Pour pouvoir traiter ou visualiser des similitudes ou disparités entre des hôpitaux à l'aide de caractéristiques particulières pour chaque hôpital, l'OFSP a proposé une méthode réductrice des dimensions sur la base de la distance de Manhattan, à savoir une unité métrique pour mesurer les disparités¹⁶. Cette méthode convertit des caractéristiques d'unités et de valeurs au choix en valeurs numériques comprises entre 0 et 100 (de la DM), qui sont ensuite additionnées. Des sommes similaires permettent de conclure à des profils similaires de l'hôpital.

Dans les sept caractéristiques décrites au point 3.2.1, la distinction apparaît nettement entre les grands hôpitaux universitaires (points violets clairs à droite sur la barre de chiffres) et les hôpitaux avec prise en charge centralisée (points gris) sur la barre de chiffres entre 442 et 630) par rapport au reste des hôpitaux. Les hôpitaux de soins de base et de prise en charge centralisée (points verts foncés respectivement gris foncés) se trouvent surtout entre 130 et 386. Les 3 hôpitaux pédiatriques (points verts clairs, pas visibles sur la figure) se répartissent entre 291 et 323. Les maisons de naissance sont groupées autour de 100 alors que les hôpitaux sans service d'urgence se répartissent avant 208.

Figure 18 : Distance de Manhattan – 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. Un examen statistique des avantages de cette méthode sur le présent jeu de données à sept dimensions est d'environ 66 pour cent. C'est-à-dire, en réduisant à une seule dimension la dispersion des données (DM), on perd 34 pour cent des informations de départ. Pour qu'une affirmation soit significative, il faut un maintien de l'information de 75 pour cent, idéalement de 80 pour cent ou plus. Il est possible d'en conclure que la distance Manhattan entre les hôpitaux n'est pas assez pertinente en tant que telle pour répartir les hôpitaux dans des clusters statistiquement significatifs à l'aide du jeu de données donné. Dans de tels cas, la littérature renvoie à d'autres méthodes réductrices de dimension, par exemple l'analyse en composantes principales.

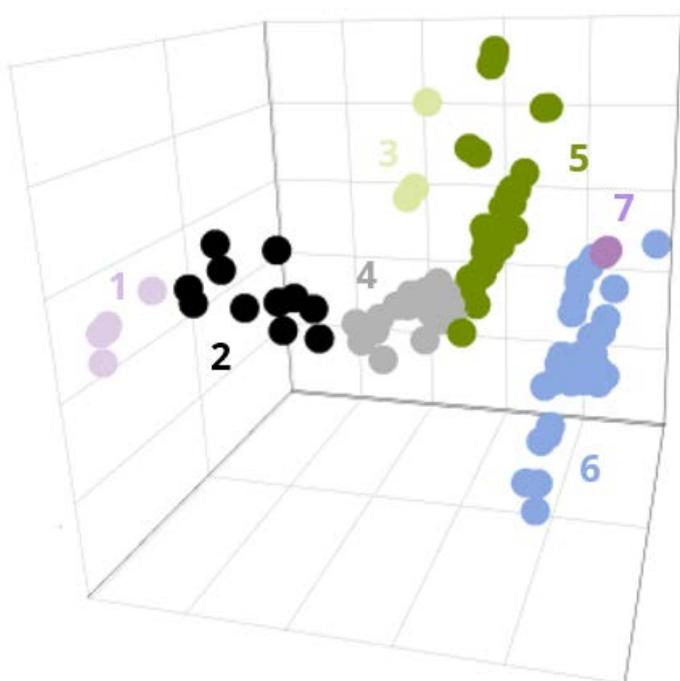
¹⁶ Haslebacher, K. (2015, février). Classification des hôpitaux : nouvel algorithme pour la comparaison entre établissements. Récupéré sur l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) : <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/soziale-sicherheit/securete-sociale-chss-2-2015---reformre-prevoyance-vieillesse-202.html>

5.2 Validation au moyen de la PCA

Au moyen de la PCA, les sept caractéristiques par hôpital sont réduites à une combinaison linéaire de deux à trois dimensions la plus pertinente possible afin de regrouper des hôpitaux similaires dans des clusters (en couleur) (voir Figure 18).

La PCA mise sur des systèmes métriques tels que la distance de Manhattan, mais elle laisse le choix de réduire à deux dimensions ou, comme dans le cas présent, à trois dimensions. Dans le cas d'espèce, une valeur de 86 pour cent environ est obtenue en trois dimensions, ce qui signifie qu'une pertinence significative en ce qui concerne le groupement est atteinte.

Figure 19 : Distance de Manhattan – modèle tridimensionnel



- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|---------------------------|
| ■ Maisons de naissance | ■ Hôpitaux pédiatriques | ■ Hôpitaux de prise en charge centralisée | ■ Hôpitaux universitaires |
| ■ Hôpitaux de soins de base | ■ Hôpitaux sans service d'urgences | ■ Hôpitaux de soins finaux | |

A l'aide de la représentation tridimensionnelle, les sept clusters suivants peuvent être déterminés : violet clair ① hôpitaux universitaires, noir ② hôpitaux de soins finaux, vert clair ③ hôpitaux pédiatriques, gris ④ hôpitaux de prise en charge centralisée et vert ⑤ hôpitaux de soins de base, ainsi que bleu ⑥ hôpitaux sans service d'urgence et violet foncé ⑦ maisons de naissance.

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

Le cluster vert clair ③ se distancie nettement des autres clusters. Les clusters ④ et ⑤ sont assez proches les uns des autres et se distinguent des autres groupes. La définition de ces clusters recèle un potentiel de développement pour l'avenir.

EINKAUFSGEMEINSCHAFT 
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Le cluster violet clair ① semble plus étroitement corrélé avec le cluster noir ② qu'avec les autres. Un hôpital de ce cluster se rapproche fortement du cluster ②.

Les clusters ⑥ et ⑦ sont isolés des autres clusters. Le cluster ⑦ maisons de naissance est particulièrement homogène.



5.3 BM HSK : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA

		Manhattan-Distanz														Cluster			
		1		2		3		4		5		6		7		Total	Nr Bezeichnung		
		1'000 Max 5 Min		45'150 Max 15 Min		2.390 Max 0.341 Min		1060 Max - Min						1 Max 0 Min		Punkte			
Spital	Typo	BR HSK inkl. ANK	HSK BM	Ange-steuerte		Fälle		CMI		Anzahl Ärzte in Weiter-bildung		Endver-sorgungs-spital		Nofall		Erreich-ung Mindest-fall-zahlen		Punkte	
				DRG	Punkte	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte		
S1	K123	18212	1	133	12.86	601	1.30	0.851	24.880	4	0.79	nein	0	ja	100	0.35	34.34	174.18	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S2	K122	16220	1	138	13.37	421	0.90	0.693	17.171	3	0.23	nein	0	nein	0	1	100.00	131.67	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S3	K123	16032	1	115	11.06	327	0.69	0.626	13.907	6	0.50	nein	0	ja	100	0.16	15.15	141.31	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S4	K111	15224	1	984	98.39	39943	88.46	1.242	43.945	1'060	92.46	ja	100	ja	100	0.94	93.94	617.20	1 Universitaetsspital_Endversorgung
S5	K122	13642	1	320	31.66	4424	9.77	0.819	23.348	-	0.00	nein	0	nein	0	0.78	77.78	142.55	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S6	K123	12949	1	74	6.93	208	0.43	0.639	14.565	2	0.29	nein	0	ja	100	1	100.00	222.21	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S7	K122	12360	1	433	43.02	5204	11.50	0.760	20.445	27	2.66	nein	0	ja	100	0.49	48.48	226.10	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S8	K111	11935	1	950	94.97	36732	81.35	1.618	62.311	752	76.65	ja	100	ja	100	0.97	96.97	612.26	1 Universitaetsspital_Endversorgung
S9	K233	11779	1	351	34.77	4089	9.03	0.870	25.827	68	8.84	ja	100	ja	100	0.42	41.41	319.88	3 Kinderspitaeler
S10	K112	11751	1	802	80.10	18'160	40.20	1.100	37.030	-	25.14	ja	100	ja	100	0.74	73.74	456.21	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S11	K111	11524	1	975	97.49	38'281	84.78	1.472	55.172	966	100.00	ja	100	ja	100	0.93	92.93	630.37	1 Universitaetsspital_Endversorgung
S12	K235	11468	1	89	8.44	97	0.18	2.390	100.000	2	0.22	nein	0	nein	0	1	100.00	208.84	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S13	K235	11436	1	11	0.60	425	0.91	0.682	16.663	3	0.43	nein	0	nein	0	1	100.00	118.61	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S14	K235	11426	1	27	2.21	196	0.40	1.748	68.635	3	0.50	nein	0	nein	0	1	100.00	117.75	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S15	K123	11399	1	256	25.23	1'498	3.29	0.736	19.264	8	1.36	nein	0	ja	100	0.9	89.90	239.04	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S16	K121	11381	1	438	43.52	7'262	16.06	0.742	19.557	50	13.72	nein	0	ja	100	0.35	34.34	227.20	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S17	K112	11356	1	557	55.48	10'230	22.63	0.903	27.408	90	11.06	nein	0	ja	100	0.49	48.48	265.07	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S18	K123	11247	1	36	3.12	188	0.38	1.835	72.909	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	176.41	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S19	K231	11187	1	211	20.70	5'693	12.58	1.097	36.899	-	0.00	nein	0	nein	0	0.4	39.39	109.58	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S20	K235	11171	1	51	4.62	417	0.89	1.873	74.734	0	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	180.25	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S21	K121	11168	1	494	49.15	5'800	12.82	1.294	46.492	2	0.07	nein	0	nein	0	0.6	59.60	168.12	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S22	K111	11145	1	915	91.46	36'462	80.75	1.351	49.263	483	44.83	ja	100	ja	100	0.99	98.99	565.29	1 Universitaetsspital_Endversorgung
S23	K112	11141	1	788	78.69	17'351	38.41	0.964	30.385	148	19.18	ja	100	ja	100	0.76	75.76	442.43	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S24	K112	11129	1	479	47.64	10'394	23.00	1.031	33.659	37	4.38	nein	0	ja	100	0.79	78.79	287.46	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S25	K231	11095	1	122	11.76	1'200	2.63	1.170	40.461	-	0.00	nein	0	ja	100	0.64	63.64	218.48	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S26	K233	11053	1	393	38.99	5'462	12.07	0.848	24.763	151	14.30	ja	100	ja	100	0.34	33.33	323.46	3 Kinderspitaeler
S27	K122	11033	1	483	48.04	4'186	9.24	1.184	41.114	-	0.00	nein	0	nein	0	0.64	63.64	162.03	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S28	K111	10927	1	1'000	100.00	45'150	100.00	1.424	52.825	666	76.87	ja	100	ja	100	0.96	95.96	625.65	1 Universitaetsspital_Endversorgung
S29	K231	10854	1	63	5.83	533	1.15	0.678	16.429	-	0.00	nein	0	nein	0	0.06	5.05	28.46	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S30	K121	10845	1	526	52.36	7'923	17.52	0.893	26.944	57	4.81	nein	0	ja	100	0.51	50.51	252.15	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S31	K123	10839	1	249	24.52	1'033	2.26	0.806	22.714	7	1.58	nein	0	ja	100	0.33	32.32	183.40	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S32	K112	10825	1	555	55.28	11'556	25.57	1.022	33.244	105	7.51	nein	0	ja	100	0.43	42.42	264.03	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S33	K232	10742	1	8	0.30	132	0.26	0.388	2.274	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	102.83	7 Geburtshaeuser
S34	K121	10737	1	449	44.62	5'967	13.19	0.780	21.411	45	5.32	nein	0	nein	0	0.65	64.65	149.18	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S35	K112	10727	1	909	90.85	27'322	60.50	1.100	37.045	302	30.82	ja	100	ja	100	0.98	97.98	517.20	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S36	K231	10726	1	91	8.64	1'995	4.39	1.196	41.710	-	0.14	nein	0	nein	0	0.65	64.65	119.53	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S37	K112	10724	1	469	46.63	7'771	17.18	1.083	36.230	65	9.55	nein	0	ja	100	0.25	24.24	233.84	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S38	K112	10718	1	782	78.09	29'092	64.42	1.008	32.531	221	22.77	ja	100	ja	100	0.77	76.77	474.58	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S39	K235	10713	1	117	11.26	604	1.30	0.766	20.757	-	0.00	nein	0	nein	0	0.47	46.46	79.78	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S40	K235	10696	1	82	7.74	1'486	3.26	0.784	21.606	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	132.60	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S41	K234	10633	1	129	12.46	1'615	3.54	1.522	57.646	12	1.36	nein	0	nein	0	1	100.00	175.02	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S42	K112	10619	1	878	87.74	31'636	70.06	1.295	46.540	369	37.43	ja	100	ja	100	0.98	97.98	539.75	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S43	K112	10610	1	511	50.85	9'034	19.98	0.914	27.950	38	4.67	nein	0	ja	100	0.52	51.52	254.97	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S44	K112	10600	1	520	51.76	9'300	20.57	0.905	27.535	67	7.47	nein	0	ja	100	0.74	73.74	281.07	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S45	K123	10592	1	95	9.05	288	0.60	0.545	9.935	3	0.57	nein	0	ja	100	1	100.00	220.16	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S46	K122	10585	1	341	33.77	2'598	5.72	0.746	19.747	10	1.58	nein	0	ja	100	0.4	39.39	200.21	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S47	K121	10566	1	538	53.57	7'777	17.20	1.231	43.437	-	0.00	nein	0	ja	100	0.85	84.85	299.05	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S48	K112	10563	1	581	57.89	13'683	30.28	0.897	27.125	97	6.97	nein	0	ja	100	0.69	68.69	290.96	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S49	K232	10550	1	8	0.30	226	0.47	0.369	1.361	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	102.13	7 Geburtshaeuser
S50	K112	10538	1	798	79.70	20'685	45.80	1.024	33.351	189	18.39	nein	0	ja	100	0.84	83.84	361.07	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S51	K112	10534	1	711	70.95	25'073	55.52	1.061	35.142	48	5.32	nein	0	ja	100	0.88	87.88	354.81	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S52	K121	10512	1	347	34.37	3'289	7.25	0.824	23.558	19	2.51	nein	0	ja	100	0.51	50.51	218.20	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S53	K112	10488	1	732	73.07	18'883	41.80	1.051	34.630	173	19.90	ja	100	ja	100	0.85	84.85	454.25	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S54	K122	10462	1	366	36.28	3'447	7.60	0.902	27.374	8	1.01	nein	0	ja	100	0.45	44.44	216.71	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S55	K122	10456	1	279	27.54	2'380	5.24	1.098	36.938	17	2.16	nein	0	ja	100	0.06	5.05	176.92	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S56	K122	10350	1	450	44.72	3'528	7.78	0.915	27.998	19	2.44	nein	0	ja	100	0.35	34.34	217.29	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S57	K112	10343	1	953	95.28	37'935	84.01	1.149	39.441	378	38.72	ja	100	ja	100	0.92	91.92	549.37	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S58	K121	10327	1	324	32.06	3'072	6.77	0.713	18.152	57	0.72	nein	0	ja	100	0.26	25.25	182.96	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S59	K121	10320	1	513	51.06	7'844	17.35	0.848	24.749	70	6.18	nein	0	ja	100	0.46	45.45	244.78	5 Grundversorger_ohne_Endversorgung
S60	K112	10310	1	624	62.21	15'589	34.51	1.205	42.173	40	4.17	nein	0	ja	100	0.94	93.94	337.00	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S61	K112	10288	1	853	85.23	26'120	57.84	1.026	33.434	174	21.84	nein	0	ja	100	0.88	87.88	386.22	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S62	K112	10237	1	772	77.09	23'571	52.19	1.123	38.143	217	22.27	nein	0	ja	100	0.88	87.88	377.57	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S63	K112	10224	1	809	80.80	16'994	37.62	1.060	35.069	129	15.52	ja	100	ja	100	0.94	93.94	462.95	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S64	K221	10159	1	9	0.40	15	0.00	0.675	16.307	11	1.08	nein	0	nein	0	1	100.00	117.79	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S65	K122	10139	1</																



		Manhattan-Distanz														Cluster				
		1		2		3		4		5		6		7		Total	Nr	Bezeichnung		
		1'000 5 Min	Max	45'150 15 Min	Max	2.390 0.341 Min	Max	1'060 - Min	Max					1 0 Min	Max	Punkte				
Spital	Typo	BR HSK inkl. ANK	HSK BM	Ange- steuerte DRG		Fälle		CMI		Anzahl Ärzte in Weiter- bildung		Endver- sorgungs- spital		Nofall		Erreich- ung Mindest- fall- zahlen		Punkte		
				Punkte		Punkte		Punkte		Punkte		Punkte		Punkte		Punkte			Punkte	
S72	K112	10077	1	721	71.96	18206	40.30	1.470	55.114	29	3.81	nein	0	ja	100	0.87	86.87	358.05	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S73	K231	10074	1	105	10.05	3803	8.39	1.222	42.974	6	0.50	nein	0	nein	0	0.69	68.69	130.61	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S74	K112	10052	1	922	92.16	34007	75.31	1.234	43.574	-	0.00	ja	100	ja	100	0.96	95.96	507.01	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S75	K232	10044	1	7	0.20	155	0.31	0.380	1.927	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	102.44	7	Geburtsaeuser
S76	K122	10043	1	466	46.33	5221	11.53	0.865	25.568	55	5.75	nein	0	ja	100	0.41	40.40	229.59	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S77	K112	10036	1	528	52.56	10989	24.31	0.879	26.237	63	5.89	nein	0	ja	100	0.78	77.78	286.78	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S78	K121	10023	1	255	25.13	6842	15.13	0.676	16.327	17	2.08	nein	0	nein	0	0.53	52.53	111.19	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S79	K112	10012	1	549	54.67	8539	18.89	0.912	27.862	55	3.96	nein	0	ja	100	0.78	77.78	283.16	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S80	K112	9997	1	597	59.50	11348	25.11	0.916	28.062	87	7.47	nein	0	ja	100	0.8	79.80	299.94	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S81	K112	9981	1	699	69.75	16992	37.61	0.883	26.471	128	14.15	nein	0	ja	100	0.76	75.76	323.74	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S82	K121	9966	1	523	52.06	7668	16.96	0.979	31.116	38	4.17	nein	0	ja	100	0.7	69.70	274.00	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S83	K231	9944	1	145	14.07	1948	4.28	1.080	36.050	-	0.00	nein	0	ja	100	0.51	50.51	204.91	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S84	K221	9938	1	34	2.91	568	1.23	0.541	9.749	21	2.16	nein	0	nein	0	1	100.00	116.04	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S85	K122	9930	1	389	38.59	4020	8.87	0.965	30.428	24	3.52	nein	0	ja	100	0.53	52.53	233.94	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S86	K123	9923	1	137	13.27	441	0.94	0.677	16.390	-	0.00	nein	0	ja	100	0.01	0.00	130.60	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S87	K112	9922	1	592	58.99	11329	25.07	0.950	29.726	107	7.76	nein	0	ja	100	0.63	62.63	284.17	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S88	K122	9908	1	339	33.57	2231	4.91	0.809	22.826	18	2.30	nein	0	ja	100	0.2	19.19	182.79	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S89	K121	9891	1	465	46.23	9675	12.54	0.905	27.510	23	2.23	nein	0	ja	100	0.58	57.58	246.08	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S90	K235	9842	1	7	0.20	154	0.31	2.172	89.338	2	0.22	nein	0	nein	0	1	100.00	190.06	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S91	K231	9840	1	121	11.66	6380	14.10	1.382	50.786	26	3.45	nein	0	nein	0	0.8	79.80	159.79	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S92	K112	9836	1	624	62.21	16550	36.63	0.918	28.145	99	9.27	nein	0	ja	100	0.82	81.82	318.08	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S93	K234	9793	1	192	18.79	3074	6.78	1.400	51.683	32	3.88	nein	0	nein	0	1	100.00	181.13	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S94	K112	9778	1	530	52.76	9559	21.15	0.901	27.349	51	5.60	nein	0	ja	100	0.72	71.72	278.58	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S95	K122	9768	1	219	21.51	2952	6.51	0.654	15.263	-	0.86	nein	0	ja	100	0.49	48.48	192.62	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S96	K122	9732	1	242	23.82	1399	3.07	0.766	20.743	11	2.73	nein	0	ja	100	0.58	57.58	207.93	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S97	K231	9703	1	98	9.35	1319	2.89	1.317	47.624	-	0.00	nein	0	nein	0	0.56	55.56	115.42	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S98	K231	9666	1	128	12.36	894	1.95	1.095	36.781	-	0.07	nein	0	nein	0	0.44	43.43	94.60	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S99	K112	9649	1	770	76.88	26499	58.68	0.990	31.687	232	20.40	ja	100	ja	100	0.82	81.82	469.47	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S100	K122	9600	1	306	30.25	4086	9.02	0.870	25.837	1	0.07	nein	0	ja	100	0.44	43.43	208.61	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S101	K122	9594	1	318	31.46	2304	5.07	0.829	23.802	11	1.22	nein	0	ja	100	0.41	40.40	201.96	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S102	K121	9575	1	471	46.83	7408	16.38	0.830	23.851	39	3.59	nein	0	ja	100	0.57	56.57	247.22	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S103	K112	9543	1	533	53.07	9927	21.96	0.947	29.550	78	7.97	nein	0	ja	100	0.58	57.58	270.13	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S104	K121	9501	1	532	52.96	6335	14.00	0.917	28.106	31	4.17	nein	0	ja	100	0.6	59.60	258.84	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S105	K123	9481	1	134	12.96	1615	3.54	1.122	38.128	17	1.65	nein	0	nein	0	0.5	49.49	105.79	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S106	K123	9465	1	31	2.61	82	0.15	2.104	86.030	-	0.22	nein	0	nein	0	1	100.00	189.01	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S107	K121	9455	1	519	51.66	7191	15.90	0.924	28.433	64	7.11	nein	0	ja	100	0.56	55.56	258.66	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S108	K234	9428	1	89	8.44	718	1.56	1.635	63.150	18	2.80	nein	0	nein	0	1	100.00	175.95	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S109	K121	9413	1	456	45.33	6919	15.30	0.925	28.496	30	4.81	nein	0	ja	100	0.58	57.58	251.51	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S110	K231	9409	1	27	2.21	298	0.63	0.725	18.718	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	121.56	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S111	K112	9406	1	868	86.73	31662	70.12	1.056	34.893	270	27.73	ja	100	ja	100	0.86	85.86	505.33	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S112	K122	9400	1	434	43.12	4780	10.56	0.906	27.554	26	2.44	nein	0	ja	100	0.53	52.53	236.19	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S113	K231	9376	1	95	9.05	2295	5.05	1.204	42.115	-	0.00	nein	0	ja	100	0.76	75.76	231.97	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S114	K231	9372	1	67	6.23	889	1.94	0.965	30.458	0	0.79	nein	0	nein	0	1	100.00	139.42	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S115	K232	9371	1	5	0.00	211	0.43	0.392	2.469	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	102.90	7	Geburtsaeuser
S116	K122	9362	1	82	7.74	1256	2.75	1.421	52.698	18	2.08	nein	0	ja	100	1	100.00	265.27	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S117	K112	9314	1	510	50.75	9581	21.19	0.941	29.291	54	6.11	nein	0	ja	100	0.69	68.69	276.03	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S118	K231	9303	1	113	10.85	1549	3.40	1.136	38.792	-	0.00	nein	0	nein	0	0.87	86.87	139.91	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S119	K112	9299	1	582	57.99	10576	23.40	0.855	25.134	57	5.24	nein	0	ja	100	0.61	60.61	272.37	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S120	K123	9281	1	147	14.27	1906	4.19	1.245	44.125	-	0.00	nein	0	ja	100	0.58	57.58	220.16	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S121	K123	9267	1	107	10.25	2027	4.46	1.464	54.782	8	1.01	nein	0	ja	100	0.55	54.55	225.04	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S122	K232	9257	1	7	0.20	373	0.79	0.365	1.156	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	102.15	7	Geburtsaeuser
S123	K232	9252	1	8	0.30	1022	2.23	0.361	0.981	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	103.51	7	Geburtsaeuser
S124	K231	9229	1	163	15.88	2483	5.47	1.135	38.733	2	0.12	nein	0	nein	0	0.75	74.75	134.95	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S125	K232	9199	1	8	0.30	677	1.47	0.341	0.000	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	101.77	7	Geburtsaeuser
S126	K122	9180	1	288	28.44	2201	4.84	0.760	20.460	11	1.44	nein	0	ja	100	0.38	37.37	192.56	5	Grundversorger_ohne_Endversorgung
S127	K112	9158	1	692	69.05	12770	28.26	0.934	28.930	95	7.26	nein	0	ja	100	0.82	81.82	315.31	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S128	K232	9077	1	8	0.30	977	2.13	0.372	1.518	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	103.95	7	Geburtsaeuser
S129	K112	9059	1	648	64.62	13901	30.77	1.047	34.459	25	2.08	nein	0	ja	100	0.87	86.87	318.80	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S130	K231	9038	1	129	12.46	3365	7.42	1.094	36.728	3	1.01	nein	0	nein	0	0.62	61.62	119.23	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S131	K231	9007	1	58	5.33	656	1.42	0.942	29.326	-	0.00	nein	0	nein	0	0.53	52.53	88.60	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S132	K232	9003	1	8	0.30	601	1.30	0.379	1.869	-	0.00	nein	0	nein	0	1	100.00	103.47	7	Geburtsaeuser
S133	K112	8963	1	589	58.69	10711	23.70	1.272	45.413	8	1.29	nein	0	ja	100	0.79	78.79	307.89	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S134	K231	8912	1	141	13.67	2465	5.43	1.203	42.085	-	0.00	nein	0	nein	0	0.46	45.45	106.64	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S135	K231	8902	1	82	7.74	1134	2.48	1.298	46.697</											

Au besoin, les autorités d'approbation peuvent s'adresser au gestionnaire tarifaire SwissDRG à des fins de vérification de la plausibilité (r.zeram dini@ecc-hsk.info) ou à l'analyste de données (l.glaus@ecc-hsk.info).

Répertoire des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
AM	Assurance-maladie
BM	Benchmark
BR	Baserate
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEN	Coûts d'exploitation nets
CM	Case mix
CMI	Indice de case mix
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DM	Distance de Manhattan
DP P	Assuré demi-privé ou privé (patients cas)
DRG	Diagnosis related groups
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalières (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)
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 [®]	Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations
TAF	Tribunal administratif fédéral
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Liste des figures

Figure 1 : Couverture régionale.....	7
Figure 2: Date de livraison des données ITAR_K©	9
Figure 3 : Part des déductions normatives pour l'enseignement universitaire et la recherche	11
Figure 4 : Certification REKOLE®	12
Figure 5 : Répartition des tarifs négociés 2022 en comparaison avec le benchmark l'année tarifaire 2023	16
Figure 6 : Répartition des tarifs négociés 2022 selon les clusters HSK en comparaison avec le benchmark 2023	17
Figure 7 : Nombre de cas moyen et coûts pour les hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée	18
Figure 8 : Distribution des cas traités années des données 2021.....	19
Figure 9 : Hôpitaux efficients selon les catégories OFS.....	20
Figure 10 : Benchmark HSK versus hôpital le plus avantageux.....	21
Figure 11 : Choix du percentile	22
Figure 12 : Case mix du BM HSK par catégorie OFS.....	23
Figure 13 : Valeur du benchmark HSK	26
Figure 14 : Coûts par cas par cluster PCA.....	32
Figure 15 : Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)	34
Figure 16 : Baserates HSK définitifs à partir de 2022.....	35
Figure 17 : Baserates HSK négociés pour 2023.....	35
Figure 18 : Distance de Manhattan – modèle unidimensionnel	37
Figure 19 : Distance de Manhattan – modèle tridimensionnel.....	38

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Aperçu des procédures des benchmarking pour les soins somatiques aigus</i>	5
<i>Tableau 2 : Catégorie OFS</i>	8
<i>Tableau 3 : Frais supplémentaires LCA</i>	11
<i>Tableau 4 : Plausibilité des données des hôpitaux</i>	13
<i>Tableau 5 : Schema du calcul des coûts d'exploitation</i>	14
<i>Tableau 6 : Nombre de cas au benchmark dans l'année des données 2021</i>	18
<i>Tableau 7 : Légende pour la figure 13 valeur benchmark HSK</i>	26
<i>Tableau 8 : Facteurs pour la formation de clusters</i>	30
<i>Tableau 9 : Résultats de la formation de clusters</i>	31
<i>Tableau 10 : BM HSK, partie 1 : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM PCA</i>	40
<i>Tableau 11 : BM HSK, partie 2 : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM PCA</i>	41

Bibliographie

- CDS (2019, 06. 27). *Examen de l'économicité*. Récupéré sur <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- DGS-ZH. (2020, 07. 16). *Direction générale de la santé (DGS) de Zurich (Gesundheitsdirektion Zürich)*. Récupéré sur Communiqué de presse : Les coûts par cas zurichois baissent à nouveau en 2019 (Zürcher Fallkosten sinken 2019 erneut): <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2020/07/zuercher-fallkosten-sinken-2019-erneut.html>
- Giancotti, M. e. (2017, 03. 29). *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search*. Récupéré sur <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
- Haslebacher, K. (2015, février). *Classification des hôpitaux : nouvel algorithme pour la comparaison entre établissements*. Récupéré sur l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS): <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/soziale-sicherheit/securite-sociale-chss-2-2015---reforme-prevoyance-vieillesse-202.html>
- OFSP (2020, 09. 23). *Publication des coûts par cas des hôpitaux 2018*. Récupéré sur 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>
- TAF (2015, 04. 27). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-2283/2013 - 11.04.2014 / C-3617/2017 - 27.04.2015: <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/jurisprudence/entscheiddatenbank-bvger.html>
- TAF (2018, 04. 12). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-2921/2014-12.4.2018: <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/jurisprudence/entscheiddatenbank-bvger.html>
- TAF (2019, 05. 15). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-4374 | 2017, C-4461 | 2017: <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/jurisprudence/entscheiddatenbank-bvger.html>
- TAF (2022, 08 17.). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-5102/2019 - 17.08.2022: <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/jurisprudence/entscheiddatenbank-bvger.html>
- TAF (2022, 08. 17). *Base de données des arrêts du TAF*. Récupéré sur TAF C-5086/2019 - 17.08.2022: <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/jurisprudence/entscheiddatenbank-bvger.html>
- WIG (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