
Communauté d'achat HSK Benchmark SwissDRG Année tarifaire 2021

Données de l'année: 2019

Publication: septembre 2020

Synthèse

Pour calculer le 25^e percentile en tant que valeur de référence pour le benchmark (BM), la Communauté d'achat HSK a obtenu 151 données ITAR_K[®] de 164 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, 135 hôpitaux ont été intégrés au benchmark.

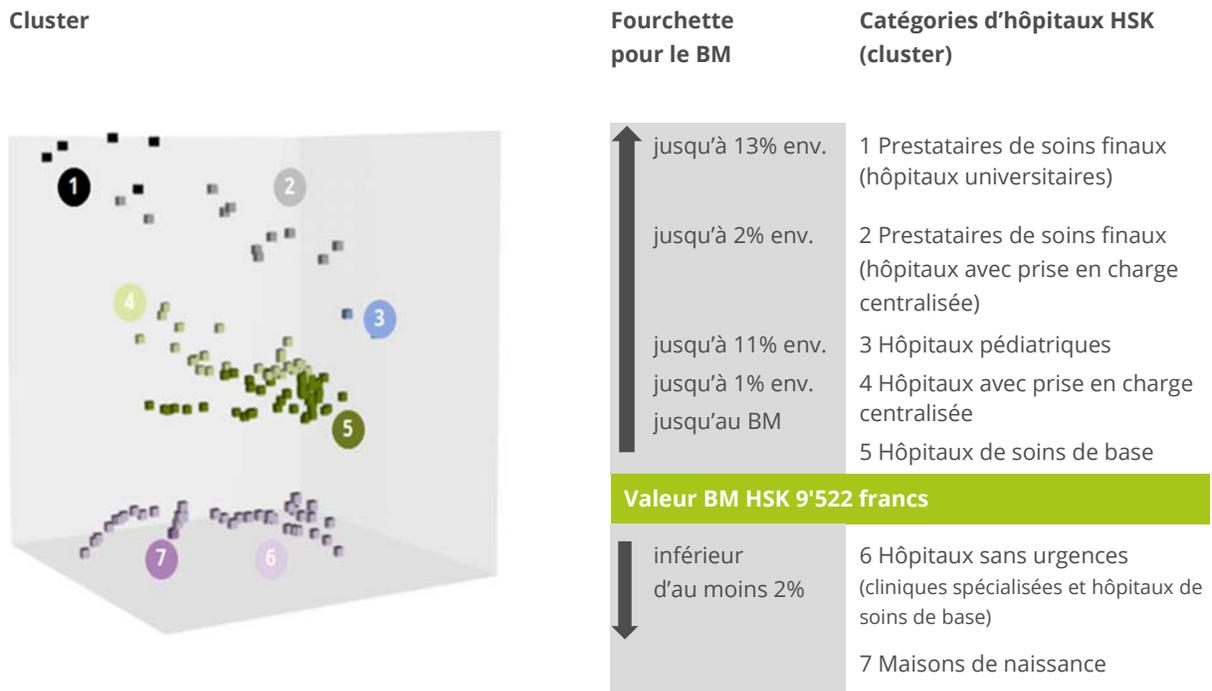
Le benchmark HSK est basé sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national: 26 cantons, 87 pour cent du case-mix. Toutes les catégories OFS ont été prises en compte.

La valeur du benchmark basée sur les coûts d'exploitation pour l'année tarifaire 2021 est de 9'522 francs sur le 25^e percentile.

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

- 1^{er} niveau: calcul de la valeur du benchmark basée sur les comparaisons des coûts d'exploitation (comme mentionné ci-dessus)
- 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:



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
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.....	7
2.1 Principes fondamentaux méthodologie	7
2.2 Hôpitaux inclus.....	7
2.3 Critères d'exclusion.....	8
2.4 Couverture régionale.....	8
2.5 Couverture par catégorie OFS.....	9
2.6 Evaluation.....	9
2.7 Transparence des données	9
2.7.1 Vérification de la plausibilité des données	10
2.7.2 Conclusion de la vérification de la plausibilité des données	14
2.8 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM	15
2.9 Choix du percentile.....	16
2.10 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée	22
3. Benchmark HSK: résultats et évaluations	25
3.1 Percentile valeur du benchmark.....	25
3.2 Niveau 2 de la détermination des prix.....	26
3.2.1 Formation de clusters: données, méthode et résultats.....	26
3.2.2 Calcul de la fourchette de prix	29
3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)	31
3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2020	31
3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2021	31
4. Récapitulatif.....	32
Annexe.....	33
Validation par la distance de Manhattan (DM).....	33
Validation au moyen de la PCA.....	34
BM HSK: hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA.....	35
Répertoire des abréviations.....	37

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** (1^{er} niveau = benchmark (BM, valeur de référence), 2^e 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 jugement, le tribunal considère que le référentiel benchmark pour la mesure de l'efficacité doit concrètement être fixé à un percentile bas¹.
- Dans un son arrêt du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), le TAF précise que la phase d'introduction dure tant que le Conseil fédéral n'a pas publié de comparaisons d'établissements à l'échelon national (art. 49, al. 8 LAMal). Le Conseil fédéral devrait publier ces comparaisons au mois d'août 2020. Au moment de la publication de ce document, la comparaison entre hôpitaux n'avait pas encore été publiée². Ainsi le Conseil fédéral met en œuvre l'art. 49 al. 8 LAMal, et par conséquent la phase de l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG est terminée. Tous les

¹ ATAF C-2921 | 2014-12.4.2018: «Le Tribunal a également considéré que la stabilisation des coûts poursuivie par la révision légale et le fait que les tarifs hospitaliers ne résultent pas d'une concurrence effective entre les hôpitaux parlent en faveur d'une application stricte du critère de l'efficacité des prestations fournies, soit concrètement d'une fixation d'un percentile bas».

² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankensversicherung/krankensversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html>

hôpitaux indépendamment de leur catégorie (hôpitaux universitaires, hôpitaux de soins de base, cliniques spécialisées ou maisons de naissance) sont intégrés dans un benchmarking national³.

- Le 12 février 2020, le Conseil fédéral a mis en consultation des modifications de l'OAMal visant apporter des ajouts relatifs aux principes pour le calcul des tarifs. L'adaptation dans l'art. 59c OAMal prévoit que la procédure de benchmarking doit être effectuée sans pondération en fonction du nombre de cas ou du casemix et que la valeur du benchmark doit correspondre au maximum au 25^{ème} percentile⁴.

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

En prenant septembre 2020 comme date de référence, la situation se présente de la manière suivante:

Procédure BM	Remarques
Comparaisons d'établissements nationaux standardisées	Au mois d'août 2020, la Confédération devrait publier, en collaboration avec les cantons, des comparaisons d'établissements sur la base des données des coûts 2018. Au moment de la publication de ce document, la comparaison entre hôpitaux n'avait pas encore été publiée. La Confédération satisfait ainsi l'art. 49, al. 8 LAMal. La méthode de calcul des tarifs AOS doit reposer sur les recommandations de la CDS.
BM de la Direction de la santé Zurich⁵	Comparaison dans le canton des coûts par cas (communiqué de presse du 16 juillet 2020). Le calcul des coûts ne peut être consulté. Les coûts par cas avérés des hôpitaux divergent parfois des charges d'exploitation pertinentes pour le BM resp. des coûts par cas corrigés selon CMI selon les données ITAR-K [®] des hôpitaux. L'Hôpital universitaire de Zurich, la clinique Susenberg, la clinique Lengg, l'hôpital pédiatrique et les maisons de naissance ne sont pas compris dans la comparaison des coûts. La Direction de la santé de Zurich ne publie aucune mesure de l'efficacité.
BM de l'Association SpitalBenchmark (H+)	Etablit son propre benchmarking. Les résultats pour l'année tarifaire 2021 sont publiés sur le site Internet de l'association.
BM tarifsuisse	Le BM de tarifsuisse pour l'exercice tarifaire 2020 repose sur les données de 142 hôpitaux et s'inscrit à 9'485 francs sur la base du 25 ^e percentile. Etat août 2020: le BM de l'exercice tarifaire 2021 n'a pas encore été publié.

³ Jusqu'à la date de la finalisation du document (04.09.2020) les comparaisons de coûts des hôpitaux n'ont pas encore été publiés.

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifermittlung.html>

⁵ Source: Direction de la santé, Zurich ; <http://www.gd.zh.ch>

**Autorité de
surveillance des prix**

Pour la détermination de la valeur du benchmark, le Surveillant des prix a utilisé pour la première fois les données ITAR-K⁶ des hôpitaux (et plus les données de l'OFS) de l'année 2018⁶. Pour l'année tarifaire 2020, la valeur du benchmark s'élève à 9'349 francs (100 pour cent incl. les coûts d'utilisation des immobilisations -CUI- et le renchérissement, 134 hôpitaux incl. maisons de naissance et hôpitaux universitaires). La valeur de référence du Surveillant des prix correspond au 20^e percentile, non pondéré (ou en fonction du nombre d'hôpitaux).

⁶ <https://blog.preisueberwacher.ch/post/2020|07|03|newsletter-3-2020>

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 2021, le 25^e percentile est conservé pour la valeur du benchmark. À ce stade, tous les hôpitaux sont inclus, quelle que soit leur catégorie ou leur localisation. Les hôpitaux dont les données sont peu plausibles ou mises à disposition tardivement respectivement n'ont pas été envoyées et les hôpitaux dont le casemix est inférieur à 100 sont exclus.

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 postes de médecins assistants
- 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) 2019.1

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 164 hôpitaux de soins somatiques aigus figurant sur les listes cantonales, 135 hôpitaux ont pu être pris en compte pour le benchmark, soit 3 de plus que l'année précédente.

2.3 Critères d'exclusion

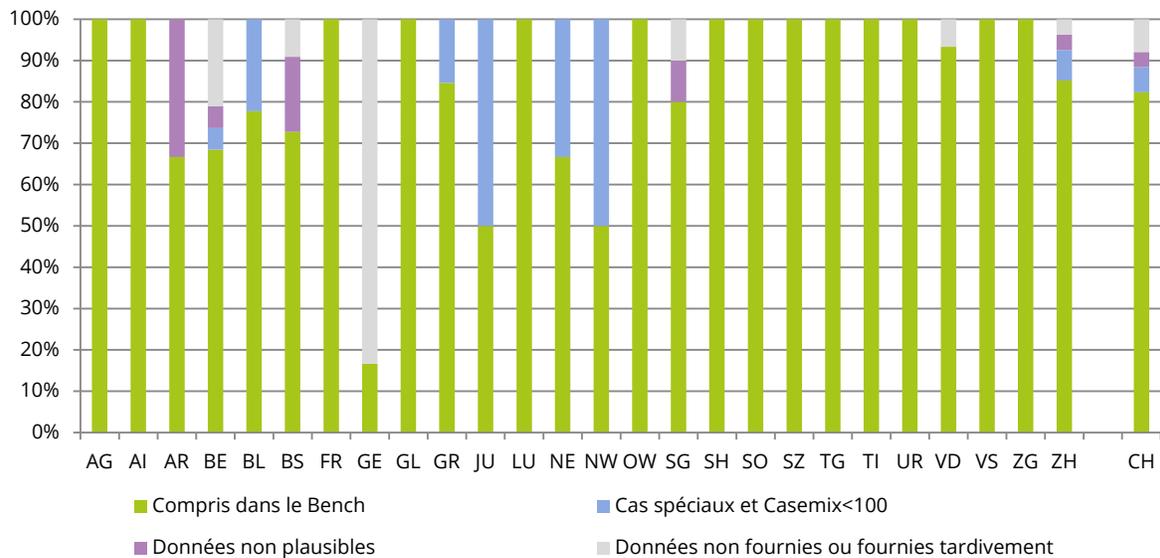
Ne sont pas pris en compte dans le benchmark:

- 8 hôpitaux et maisons de naissance ayant un casemix <100
- 13 hôpitaux n'ayant communiqué aucune donnée au 14 août 2020 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)
- 4 hôpitaux avec des données non plausibles
- 2 hôpitaux ont fourni des données qui ne correspondent pas à une année entière d'activité.

2.4 Couverture régionale

Tous les cantons sont inclus dans le benchmark. A l'échelon national, le degré de couverture est de 82 pour cent (année précédente: 86 pour cent) et dans 14 cantons, il est de 100 pour cent (année précédente: 12 cantons). Les deux hôpitaux mentionnés ci-haut avec des données ne couvrant pas une année entière d'activité se trouvent sous «Données non plausibles».

Fig.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 l'année précédente)
K112	Prise en charge centralisée Niveau de soins 2	37	(comme l'année précédente)
K121 - K123	Soins de base Niveau de soins 3-5	48	(année précédente 44)
K231	Autres cliniques spécialisées en chirurgie	24	(année précédente 26)
K232	Autres cliniques spécialisées en gynécologie néonatalogie	4	(année précédente 5)
K233	Autres cliniques spécialisées en pédiatrie	3	(comme l'année précédente)
K234	Autres cliniques spécialisées en gériatrie	3	(comme l'année précédente)
K235	Diverses cliniques spécialisées	9	(année précédente 8)
K221	Clinique de réadaptation avec mandat de prestations en soins somatiques aigus	2	(année précédente 1)
Total		135	(année précédente 132)

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 87 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 10^e 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, la transparence a diminué cette année, car HSK a exclu 17 hôpitaux pour des raisons de données non plausibles et de retard de livraison. Pour les mêmes raisons, 9 hôpitaux ont été exclus l'année dernière.

2.7.1 Vérification de la plausibilité des données

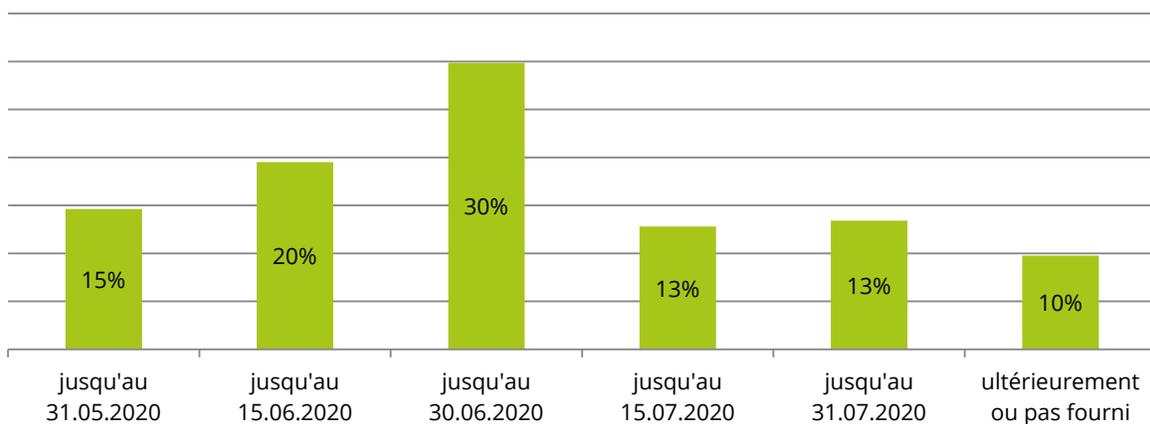
Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les hôpitaux appliquent REKOLE® «Comptabilité de Gestion à l'hôpital» (Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations). Une application systématique des standards REKOLE® améliore la transparence et la comparabilité des coûts d'exploitation 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 2019 sont déterminantes pour les comparaisons d'établissements de l'année tarifaire 2021. HSK contrôle l'exhaustivité, l'exactitude et la compréhensibilité des données sur la base des éléments suivants:

Délai de fourniture

Le délai de fourniture n'a pas d'incidence substantielle sur la vérification des données. Toutefois, une fourniture à temps (avant le **31 mai au plus tard** conformément aux accords 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 35 pour cent des hôpitaux (56 hôpitaux) ont fourni leurs données jusqu'au 15 juin 2020 (année précédente 49 pour cent, 75 hôpitaux). HSK espère que cette diminution significative du nombre d'ITAR-K® livrés au 15 juin sera une exception qui est probablement due au COVID-19. HSK demande à ses partenaires tarifaires de fournir 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). Dans le projet de modification de l'OAMal, le Conseil fédéral prévoit des déductions pour les fournisseurs de prestations qui fournissent leurs données sur les prestations et les coûts avec retard, pas du tout ou insuffisamment⁷.

Fig.2 Date de fourniture des données ITAR_K®



⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifermittlung.html>

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 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.

Pour HSK, il n'est pas compréhensible que certains hôpitaux remettent en question, dans le cadre des négociations ou des procédures de fixation, la méthode de calcul du coût des capitaux, qui est clairement définie dans l'art. 10a de l'OCP.

Cependant, 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. Pour cette raison deux cliniques ont été exclues du benchmarking. En outre, les CUI sont comparés aux données fournies par les hôpitaux à l'OFS pour la statistique hospitalière. 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 réductions 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 7.5 pour cent, soit 823 francs par cas ou 767 francs avec correction du CMI. Par rapport à l'année précédente, cela correspond à une hausse de 3.2 pour cent par cas respectivement de 2.1 pour cent avec correction du CMI. Cette hausse relativement élevée démontre l'intensité des investissements entrepris les années dernières par les hôpitaux et cliniques. L'activité d'investissement supplémentaire planifiée dans le domaine hospitalier stationnaire s'accroîtra encore à l'avenir et HSK la reprendra 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.).

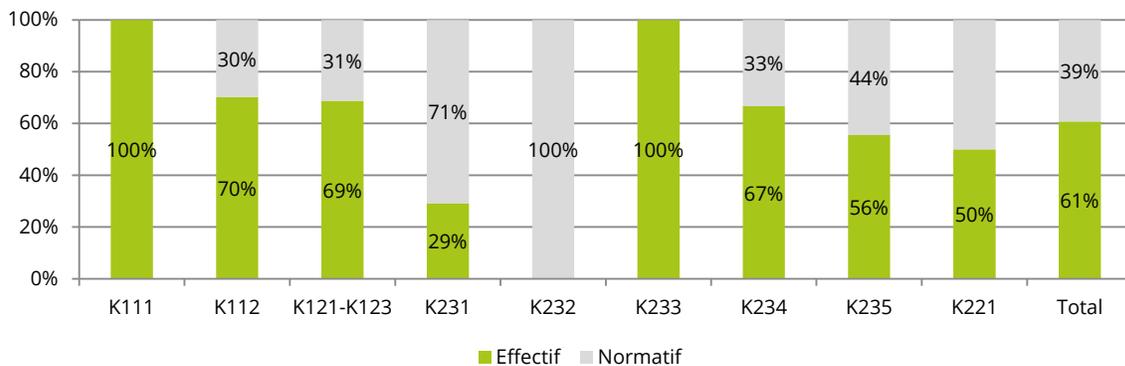
Enseignement universitaire et recherche

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 hôpitaux ne font pas de dissociation entre la formation et la recherche dans leur rapport sur les unités de coût.
- Les méthodes de calcul des coûts de la formation et de la recherche universitaires sont souvent inconnues. HSK ne sait pas s'il s'agit de coûts réels 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 61 pour cent des hôpitaux (année précédente: 58 pour cent) dans le benchmark – dont tous les hôpitaux universitaires – HSK a intégré les coûts effectifs dans le benchmark. L'utilisation d'une approche normative auprès de 39 pour cent (année précédente 42 pour cent) des hôpitaux n'a pas affecté la valeur BM pour l'année 2019 (l'effet l'année précédente était à hauteur de 27 francs sur la valeur BM).

Fig.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 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 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 427 francs par cas LCA.

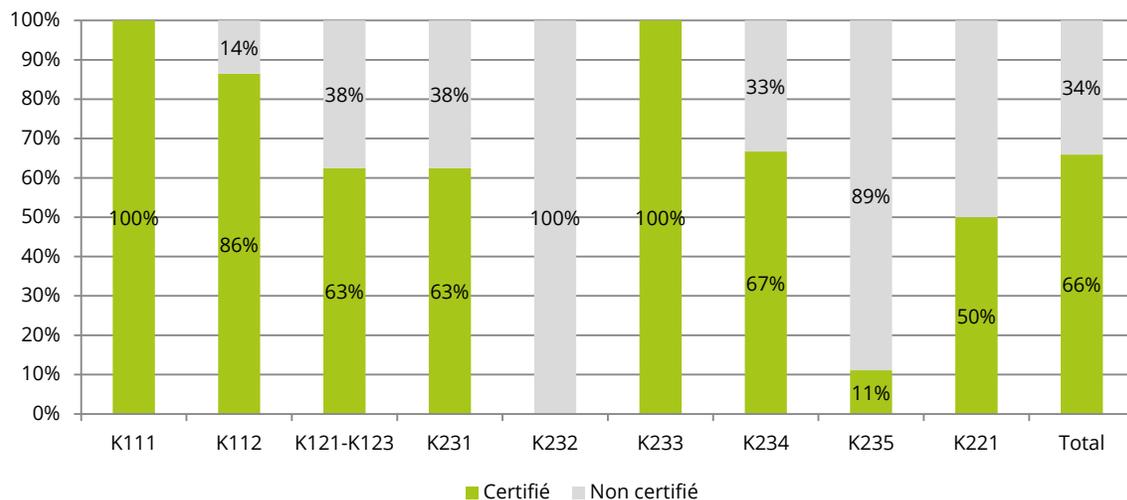
C'est pourquoi HSK utilise comme minimum pour le benchmark les approches normatives selon les indications susmentionnées (voir 2.8). Le calcul différent $ITAR_K^{\circ}$ | HSK a les répercussions suivantes sur le benchmark:

Frais supplémentaires LCA	ITAR_K [°]		Calcul HSK ⁸		Différence Total AM (cas baserate)
	LCA seulement	Total AM	LCA seulement	Total AM	
Coûts par cas	CHF 427	CHF 83	CHF 915	CHF 179	CHF 96
Coûts corrigés selon CMI	CHF 357	CHF 78	CHF 765	CHF 166	CHF 88

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 2021 HSK a exclu 2 établissements du benchmark n'ayant pas une certification REKOLE[®] et dont les données n'étaient pas plausibles. Sur les 135 hôpitaux inclus dans le benchmark, 66 pour cent (89 hôpitaux) sont certifiés REKOLE[®] (années précédente 65 pour cent, 86 hôpitaux). Parmi les hôpitaux de soins de base, 40 pour cent des hôpitaux ne pas sont certifiés (18 hôpitaux). HSK exige que tous les hôpitaux soient certifiés.

Fig.4 Certification REKOLE[®]



⁸ 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).

2.7.2 Conclusion de la vérification de la plausibilité des données

Sur les 164 données ITAR-K® attendus, la Communauté d'achat HSK en a reçu 151:

- 13 hôpitaux ont fourni des données tardivement, voire pas de données
- 16 hôpitaux ont été exclus du benchmark:
 - 8 hôpitaux et maisons de naissance ont un casemix inférieur à 100
 - 4 hôpitaux ont des données non plausibles et deux hôpitaux ont fourni des données qui ne couvrent pas une année entière d'activité-
- 2 hôpitaux considérés comme des cas spéciaux (CSP Nottwil et clinique Lengg).
- 135 hôpitaux ont été intégrés dans le benchmark. Sur ces 135, des corrections normatives ont été apportées d'une part pour 120 hôpitaux, pour la déduction des coûts des prestations supplémentaires des assurés ayant une assurance complémentaire (année précédente 118 hôpitaux) et d'autre part pour 53 hôpitaux pour les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche (année précédente 56 hôpitaux).

Hôpitaux ...	Sans corrections	Avec corrections	Dans le BM	Pas dans le BM
Avec des données plausibles	9	126	135	
Correction pour patients LCA	15	120	135	
Correction pour enseignement et recherche	82	53	135	
Avec un case-mix <100				8
Sans données plausibles				6
Sans fourniture de données ou livraison tardive				13
Cas spéciaux*				2
Total			135	29

*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 style="margin-left: 40px;"> <tr> <td><75 lits:</td> <td>0,8%</td> </tr> <tr> <td>>75 lits:</td> <td>1,5 %</td> </tr> <tr> <td>>125 lits:</td> <td>3,5%</td> </tr> <tr> <td>Hôpitaux universitaires:</td> <td>effectives</td> </tr> </table>	<75 lits:	0,8%	>75 lits:	1,5 %	>125 lits:	3,5%	Hôpitaux universitaires:	effectives
<75 lits:	0,8%								
>75 lits:	1,5 %								
>125 lits:	3,5%								
Hôpitaux universitaires:	effectives								
./. 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	HSK applique dans l'ensemble l'approche de la CDS ⁹ : <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. ▪ la part en pourcent des CUI varie fortement selon les hôpitaux. ▪ les CUI présentées ont pu être rendues plausibles par HSK via la comptabilité des investissements (livraison des données OFS). 								
= coûts d'exploitation pertinents pour le BM HSK									

⁹ 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.

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. Cependant, le TAF considère dans un jugement que la mesure doit être définie de manière stricte¹⁰.

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

Dans un arrêt, le TAF somme¹¹ 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 manœuvre considérable. La phase d'introduction se prolonge donc. Comme déjà mentionné au point 1.1 ci-dessus, le Conseil fédéral devrait publier à la fin août 2020 les comparaisons entre hôpitaux pour l'année tarifaire 2020 sur la base de l'échange de données CDS (année de données 2018). Au moment de la publication de ce document, la comparaison entre hôpitaux n'avait pas encore été publiée.

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. En outre, le Conseil fédéral prévoit actuellement de définir une directive pour la valeur correcte du percentile, dans le cadre de la consultation relative à la modification de l'OAMal. L'art. 59c bis, paragraphe 1 OAMal, dispose que «on sélectionne comme valeur de référence les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité du fournisseur de prestations qui correspond **au maximum** au 25^e percentile calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations»¹². Le 25^e percentile comme seuil de référence pour calculer l'efficiency de la fourniture de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire est par conséquent justifié. HSK fixe une mesure de l'efficiency basse pour les raisons suivantes:

- Dans son arrêt du 12 avril 2018 (C-2921 | 2014), le TAF constate que la mesure de l'efficiency 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'efficiency 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

¹⁰ TAF C-2921 | 2014-12.4.2018 loc. cit.

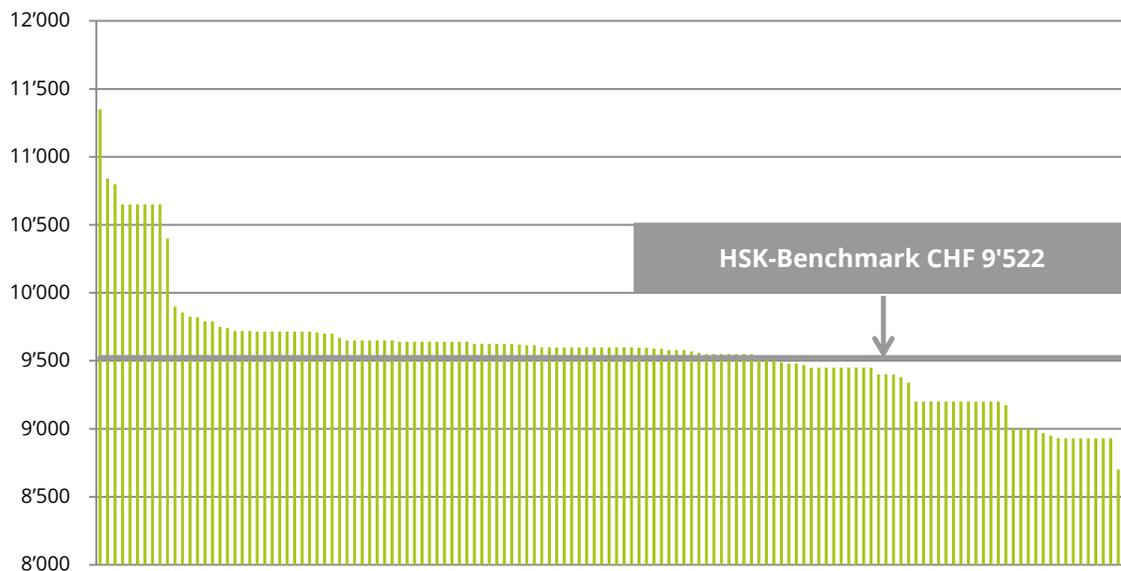
¹¹ TAF C-4374 | 2017, C-4461 | 2017- 15.05.2019

¹² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifermittlung.html>

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).

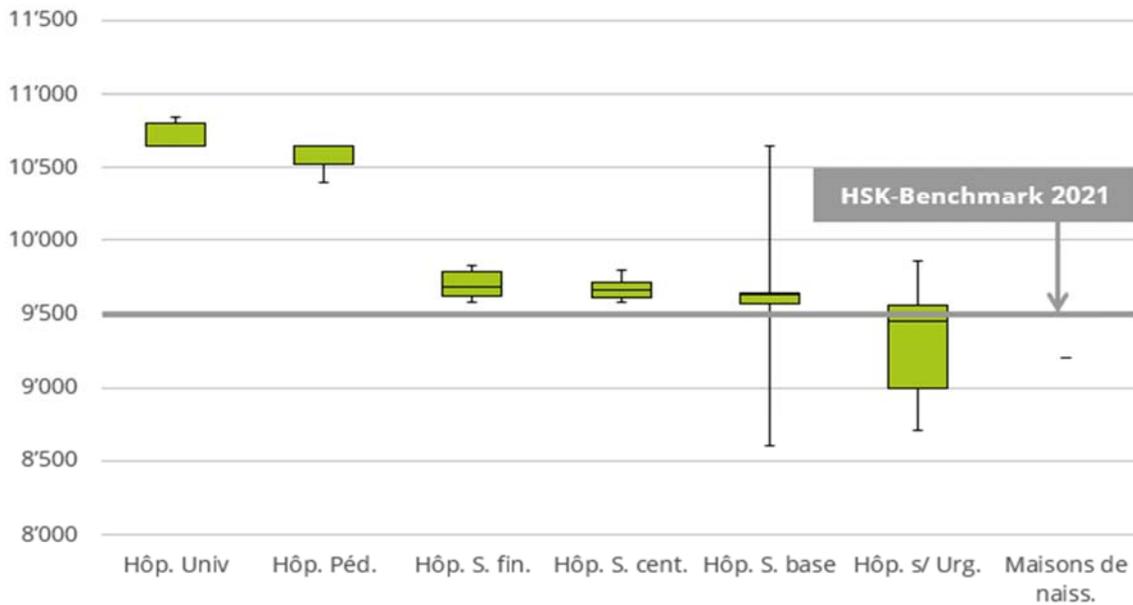
- En conséquence de cette procédure à deux niveaux, nombre d'hôpitaux bénéficient aujourd'hui déjà, en raison de leurs spécificités (par ex. prestations de réserve élevées, part élevée de patients complexes, intensité de la formation et du perfectionnement) de tarifs différenciés. La figure 5 illustre la répartition des tarifs négociés de l'année tarifaire 2020 en comparaison avec le benchmark. 90 hôpitaux, soit 65 pour cent de tous les tarifs négociés, sont au-dessus de la valeur du benchmark.

Fig.5 Répartition des tarifs négociés 2020 en comparaison avec le benchmark 2021



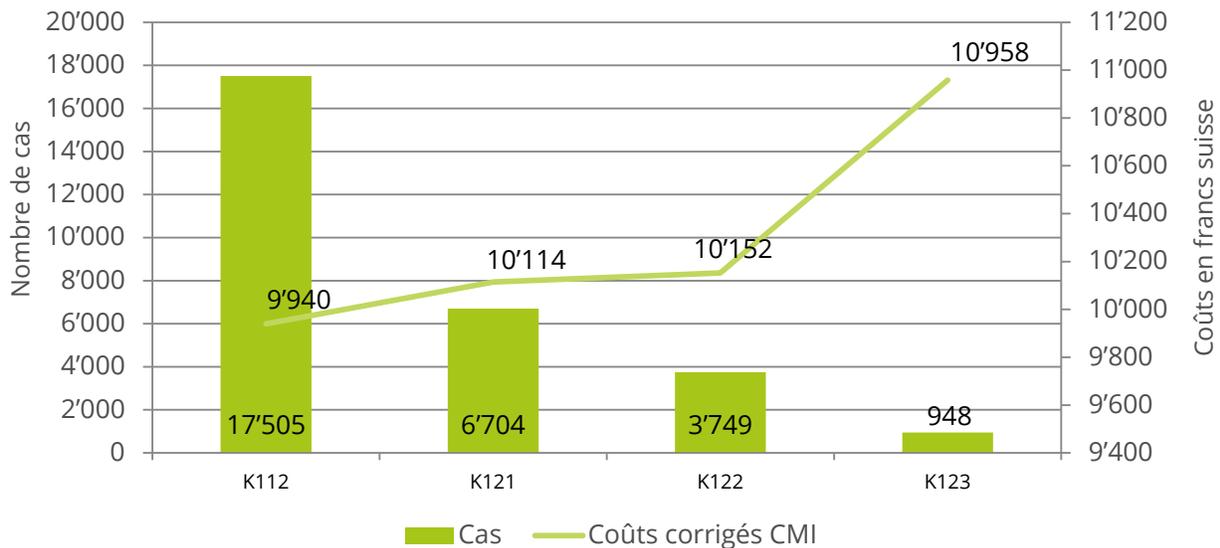
- Compte tenu de la différenciation des prix, le choix du 25^e percentile ne signifie pas que 75 pour cent des hôpitaux sont systématiquement inefficients. Les inefficiences n'expliquent plutôt qu'une partie des différences de coûts. Comme mentionné précédemment, les tarifs actuels négociés, par ex. 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 2020 sur la base des clusters HSK. Les hôpitaux universitaires ont par exemple des baserates supérieures en moyenne d'env. 1'200 francs par rapport au benchmark. Les baserates des 3 hôpitaux pédiatriques spécialisés sont env. 1'000 francs plus élevés que le benchmark.

Fig.6 Répartition des tarifs négociés 2020 selon les clusters HSK en comparaison avec le benchmark 2021



- Une valeur de référence basse incite les hôpitaux ayant des coûts élevés en raison par ex. de faibles taux d'occupation, de défaut de spécialisation ou d'une structure de prestations pas optimale (nombre de cas bas vs. 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.

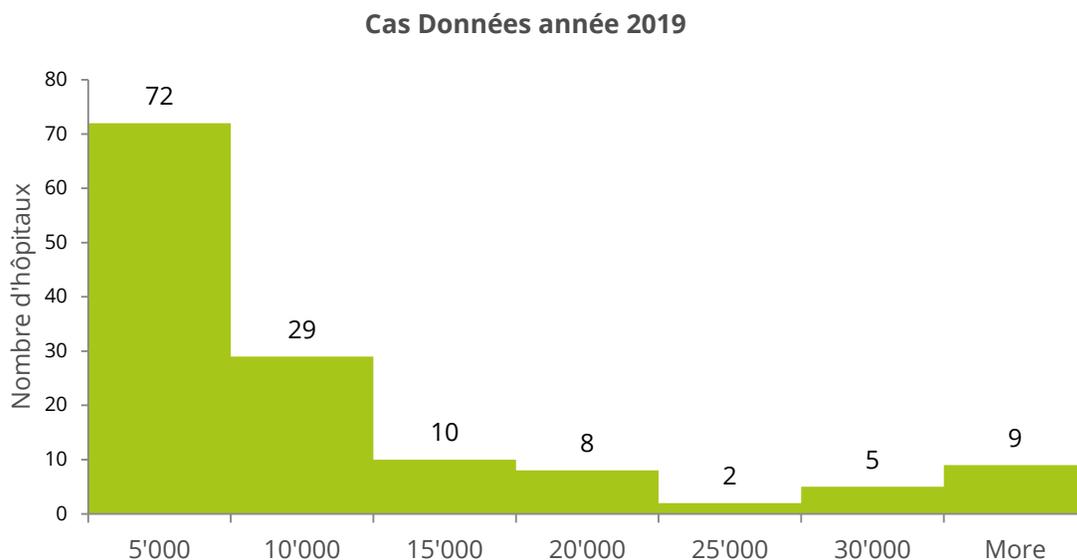
Fig.7 Nombre de cas moyen et coûts pour les hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée



- En outre, 50 pour cent des cliniques traitent moins de 4'300 cas par an (voir la médiane dans le tableau suivant). 72 hôpitaux 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'échelle¹³. 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 jours¹⁴. 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.

<i>Cas Données année 2019 dans le benchmark</i>	
Moyenne	8'212
Médiane	4'267
Ecart-type	10'240
Étendue	44'109
Minimum	112
Maximum	44'221
Total	1'108'568
Hôpitaux dans le benchmark	135

Fig.8 Distribution des cas traités

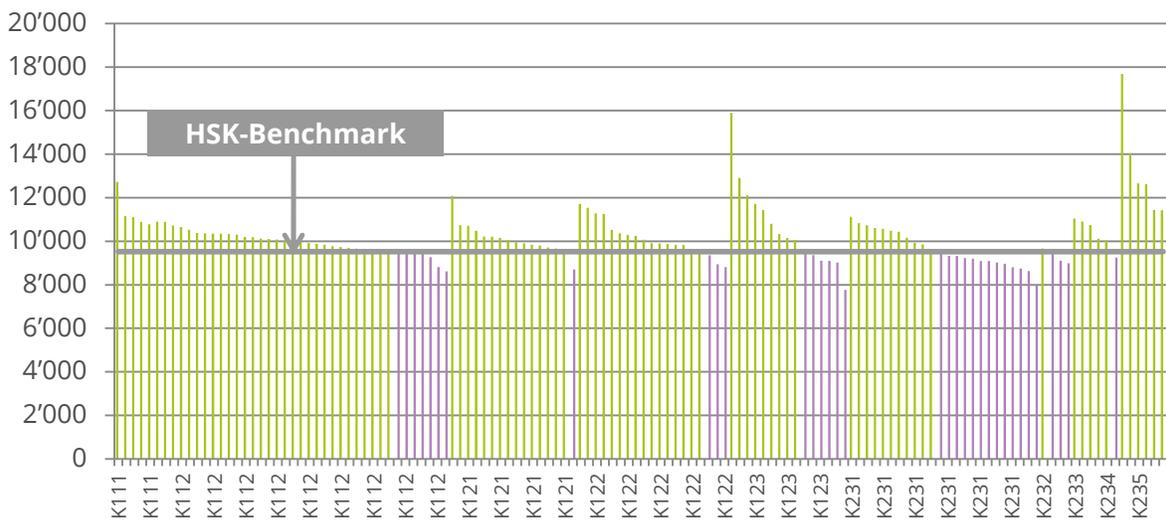


¹³ *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search (M. Gianconti et al., 2017)*

¹⁴ $Cas = \frac{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ jours} \times \text{Taux d'occupation}}{\text{Durée moyenne du séjour}}$

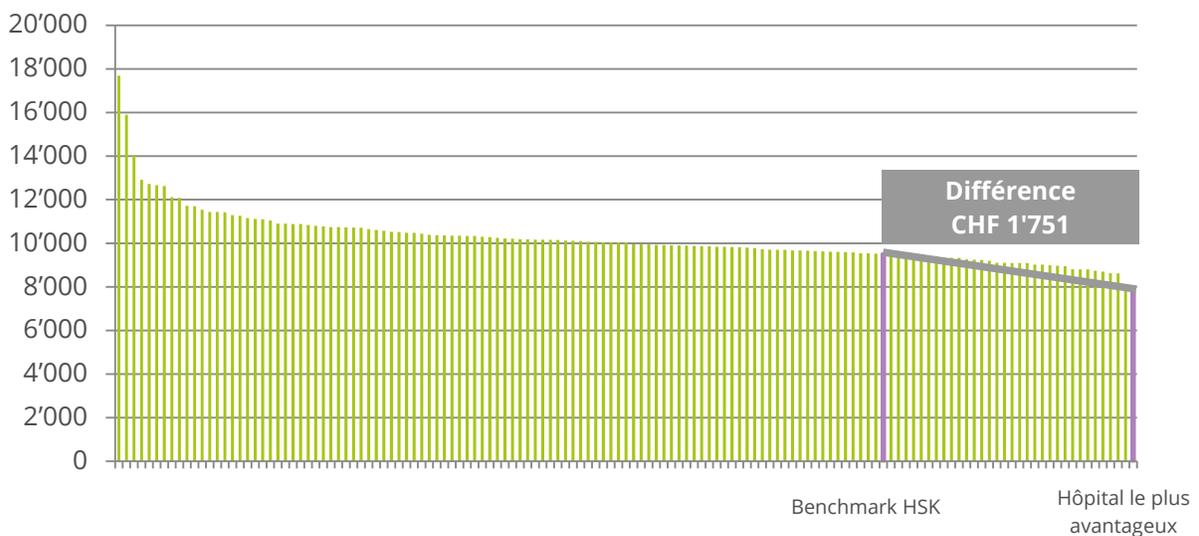
- A l'exception des hôpitaux universitaires (K111) et des hôpitaux pédiatriques (K233), toutes les catégories OFS sont représentées parmi les hôpitaux sous le benchmark (barres violettes de la fig.9). Ainsi, 15 hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée (7 hôpitaux K112 et 8 hôpitaux K121-123) fournissent leurs prestations de manière plus avantageuse que la valeur du benchmark. De plus, 2 hôpitaux K112 présentent une différence marginale par rapport à la valeur du benchmark avec des coûts corrigés selon CMI de 9'523 et 9'537. 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.

Fig.9 Hôpitaux efficaces selon les catégories OFS



- En outre, l'hôpital le plus avantageux du benchmark affiche des coûts par cas corrigés selon CMI de 7'771 francs, c'est-à-dire 1'751 francs ou 18 pour cent de moins que le benchmark HSK. 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.

Fig.10 Benchmark HSK versus hôpital le plus avantageux

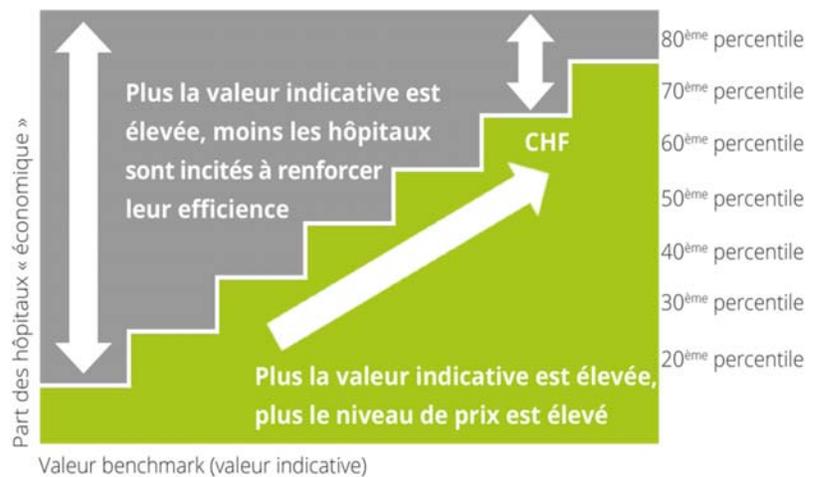


- S'il n'y a pas de concurrence effective entre hôpitaux, une mesure de l'efficacité inférieure permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficace. Les hôpitaux qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficiant encore de couverture de déficit budgétaire 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 surapprovisionnement. 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.

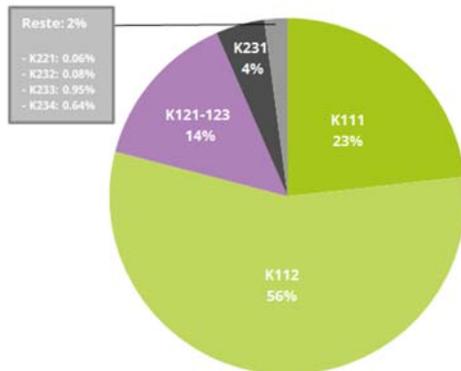
Figure 11 Choix du percentile

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 efficace. 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 casemix 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, les grands hôpitaux influencent le benchmark de manière prépondérante. Cela signifie que la valeur indicative pour les hôpitaux des autres catégories d'hôpitaux est trop élevée.

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)¹⁵.

L'étude, qui s'est achevée le 1^{er} avril 2020, examine les motifs qui justifient la pondération dans le cadre de l'évaluation comparative des hôpitaux et leur pertinence. Selon l'étude, la «*pondération en statistique appliquée est généralement comprise comme une tentative d'augmenter la représentativité d'un échantillon [...]*». Dans le benchmarking hospitalier, cela signifie que la pondération en fonction du casemix 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)¹⁶.

Le nombre d'hôpitaux dans le benchmark HSK est très élevé, avec 135 hôpitaux. Cela correspond à un casemix de 1'206'119 (88 pour cent du volume 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.

Le Conseil fédéral a prévu un procédé de benchmarking sans pondération (respectivement pondération en fonction du nombre de prestataires de soins) dans le projet de modification de l'OAMal actuellement en consultation. «*On sélectionne comme valeur de référence les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité du fournisseur de prestations qui correspond au maximum au 25^e percentile calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations*»¹⁷.

¹⁵ https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf

¹⁶ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung>

¹⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>

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 «*diluées*¹⁸» pour eux. En conséquence, les efficacités ne seraient peut-être plus visibles. La pondération en fonction du nombre de cas ou du casemix entraîne donc une «*dilution*» de l'efficacité de ces hôpitaux. Les caractéristiques d'un hôpital, telles que le niveau du casemix, 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. Cependant, 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 casemix 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 pour enfants).

Cela correspond également à la logique de la procédure d'évaluation comparative d'HSK. Une procédure en deux étapes est utilisée pour la fixation des prix: Dans la première étape, HSK effectue des comparaisons des coûts «*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 (indicateur de l'étendue de la gamme de prestations), un nombre élevé de médecins assistants comme indicateur d'une forte intensité de formation ou un statut d'hôpital de soins finaux. La pondération en fonction du casemix 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 efficace et à réaliser les économies d'échelle nécessaires.

¹⁸https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf

Le nombre de cas ou le casemix sont, avec d'autres facteurs, utiles pour la différenciation de prix lors des négociations tarifaires et non 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.

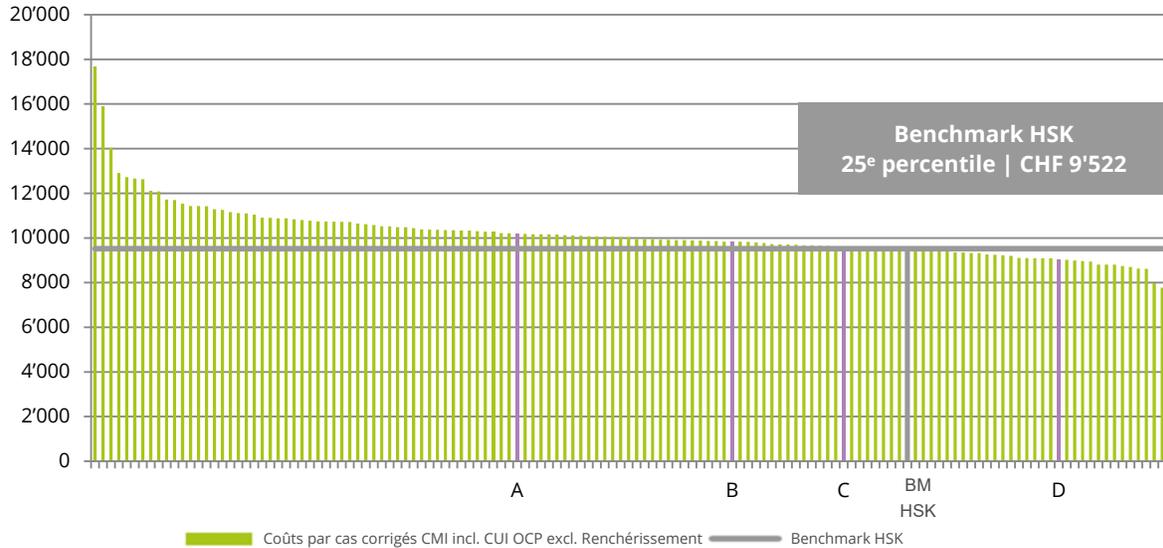
Une pondération orienterait artificiellement la valeur du benchmark en faveur des grands hôpitaux, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grands hôpitaux devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure 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 2021 est au 25^e percentile à **9'522 francs**.

Fig.13 Valeur du benchmark HSK



A	Moyenne arithmétique pondérée	CHF	10'2221
B	40 ^e percentile	CHF	9'835
C	30 ^e percentile	CHF	9'613
BM HSK	25^e percentile	CHF	9'522
D	20 ^e percentile	CHF	9'368

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 à l'année précédente, le benchmark pour l'année tarifaire 2021 enregistre une baisse (-64 francs; env. -0.7 pour cent).

- Le nombre d'hôpitaux dont les coûts par cas corrigés selon CMI inférieurs à 9'600 francs est passé de 33 à 39 (+18 pour cent), tandis que le nombre d'hôpitaux dont les coûts par cas corrigés selon CMI supérieurs à 9'600 francs est passé de 99 à 96 (-3 pour cent).
- La moyenne des coûts par cas corrigés selon CMI en dessous de la valeur du benchmark a diminué de manière significative par rapport à l'année précédente (de 9'127 à 9'054 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 2^e niveau du calcul des prix HSK met en œuvre 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 permettent à HSK de calculer des fourchettes de prix objectives et basées sur des données 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 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 et de la statistique hospitalière de l'OFS. Les critères intégrés sont affinés si nécessaire.

DRG utilisés	Evaluation
Combien de DRG un hôpital utilise-t-il en comparaison avec le catalogue SwissDRG ? Source: statistique médicale OFS	<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
	Exemple tiré du BM HSK:
	Hôpital ayant la valeur la plus basse Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	6 DRG maison de naissance 969 DRG hôpital universitaire
Nombre de cas	Evaluation
Source: données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®)	<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
	112 cas clinique spécialisée 44'221 cas hôpital universitaire

CMI	Evaluation
Source: données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®)	<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 0.37 maison de naissance 2.40 clinique spécialisée
Nombre de postes de médecins assistants (MA)	Evaluation
Le nombre de MA fournit une indication sur la fréquence de formation pour les métiers universitaires.	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital avec le nombre de MA le plus bas Hôpital avec le nombre de MA le plus élevé Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes
Source: Statistique des hôpitaux OFS calcul HSK (données 2017)	Exemple tiré du BM HSK:
	Hôpital ayant la valeur la plus basse Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	Nombre: 0 1'392 hôpital universitaire (différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)
Hôpital de soins finaux ¹⁹	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. Les hôpitaux de soins finaux concernent les catégories OFS K111 et K112. 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)

¹⁹ Suite à 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 2019.</p> <p>Source: statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2019.1</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> <table border="1"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse: 19 pour cent (hôpitaux de soins de base - K122)</td> <td>Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums</td> </tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse: 19 pour cent (hôpitaux de soins de base - K122)	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums
Hôpital ayant la valeur la plus basse: 19 pour cent (hôpitaux de soins de base - K122)	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums		
Service d'urgence reconnu	Evaluation		
<p>Source: numéro de registre SASIS (RCC)</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 44 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM.</p>		

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

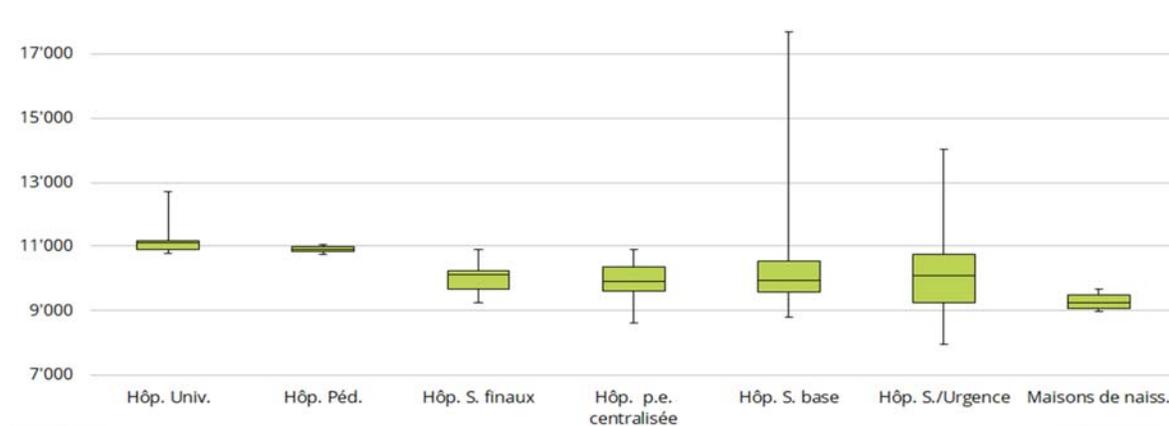
²⁰ K111: cliniques universitaires, K112: hôpitaux avec prise en charge centralisée; K121, K122 et K123, niveaux de soins de base 3-5; cliniques spécialisées: K231 (chirurgie), K232 (gynécologie | néonatalogie), K233 (pédiatrie), K234 (gériatrie), K235 (diverses cliniques spécialisées)

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.

Fig.14 Coûts par cas par cluster PCA²¹



Conclusion:

- En appliquant l'analyse en composantes principales (PCA), la comparabilité entre les hôpitaux est améliorée pour la formation 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.

3.2.2 Calcul de la fourchette de prix

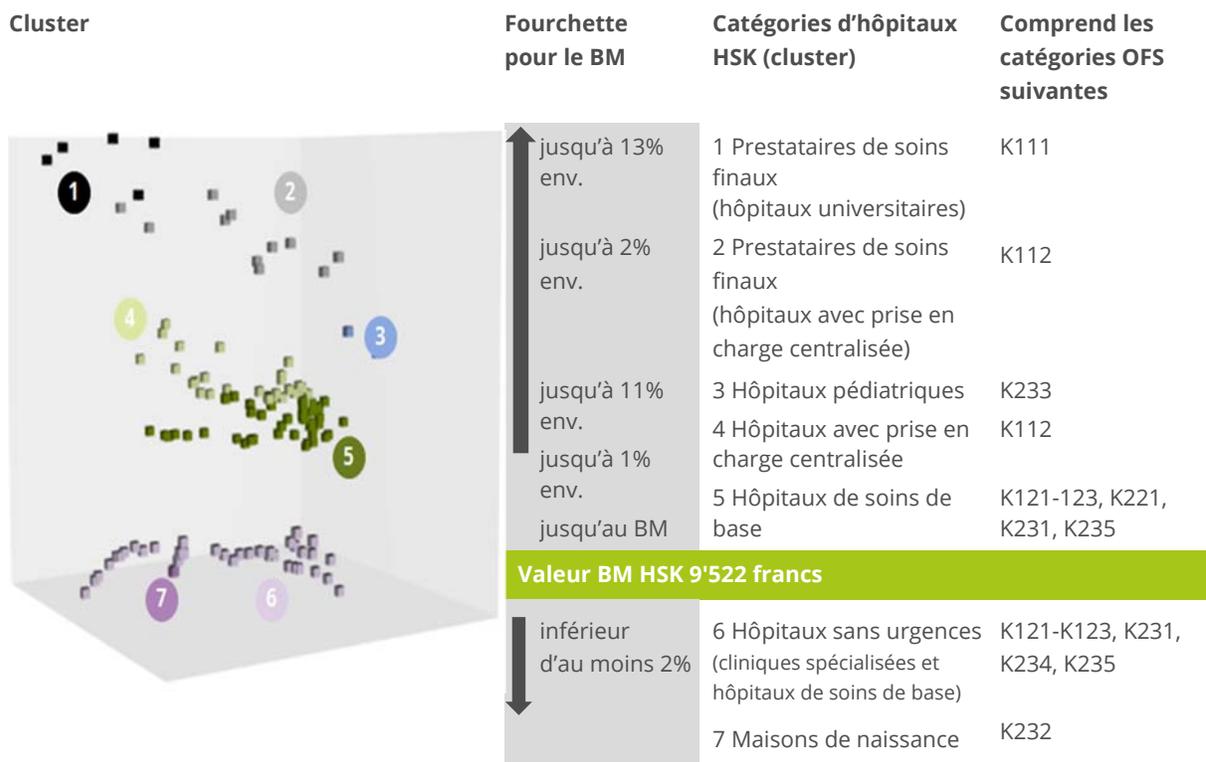
Après formation de clusters homogènes, des fourchettes de prix sont définies par cluster. La logique de ce système tarifaire est la suivante:

- S'agissant d'une différenciation des prix, les prix négociés dans chaque cluster sont comparés avec le benchmark. La figure 15 révèle où se trouve les fourchettes actuelles. Ainsi, les prix actuels négociés des hôpitaux universitaires sont en moyenne 13 pour cent plus élevés que le benchmark. Les maisons de naissance sont 3 pour cent inférieures.

²¹ 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.

- Les prix doivent être en corrélation avec les clusters. Cela signifie que les hôpitaux universitaires (cluster 1) et les hôpitaux pédiatriques (cluster 3) ont les baserates négociés les plus élevés (env. 10'718 francs et 10'657 francs en moyenne) en tant prestataires de soins maximaux. Les maisons de naissance (cluster 7) avec le CMI le plus faible et le moins de DRG utilisés affichent en moyenne les baserates les plus bas (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.
- Grâce à l'amélioration de la prise en charge des prestations dans la structure tarifaire SwissDRG, HSK a négocié avec les hôpitaux pédiatriques spécialisés pour l'année tarifaire 2020 un baserate qui s'élève en moyenne à environ 10'570 francs. Ainsi l'écart tarifaire par rapport au benchmark a diminué et passé de 16 pour cent à 11 pour cent.
- Avec la fin de la phase d'introduction de SwissDRG et le développement continu de la structure tarifaire SwissDRG, HSK souhaite réduire la différence de prix par rapport au benchmark d'env. 1'200 francs 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 efficiente. 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.

Fig.15 Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)

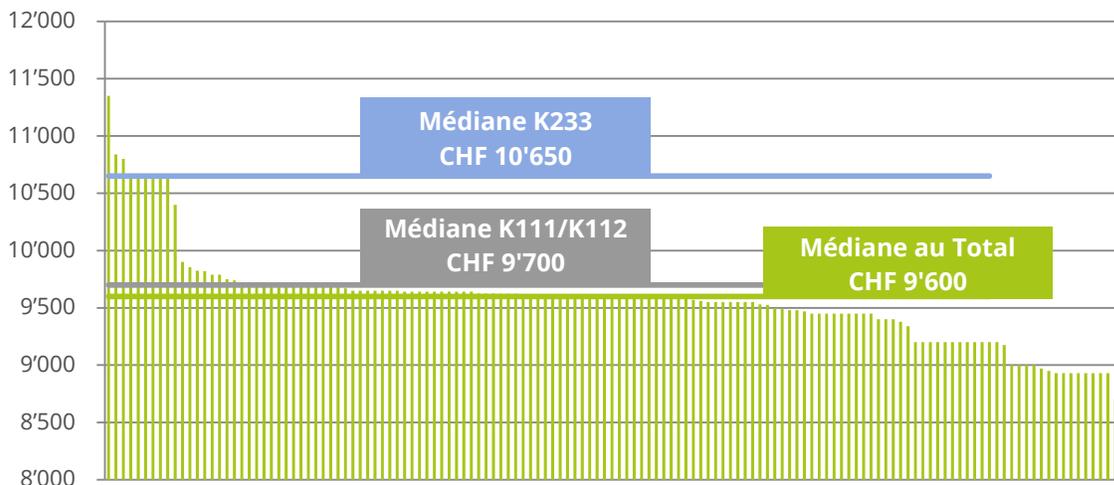


3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)

3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2020

Il existe des tarifs approuvés définitifs (ou en cours d'approbation) pour toutes les catégories d'hôpitaux depuis l'exercice tarifaire 2020. La médiane de ces tarifs est de 9'600 francs.

Fig.16 Baserates HSK définitifs à partir de 2020



3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2021

Il y a des baserates déjà convenus pour l'année 2021 pour environ 95 hôpitaux sous la forme de contrats pluriannuels, respectivement de contrats non résiliés. Pour l'année tarifaire 2021 aussi, la médiane des prix négociés est inférieure à 9'600 francs.

Fig.17 Baserates HSK négociés pour 2021



4. Récapitulatif

Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 25^e percentile.
- Elle s'élève à **9'522 francs**.

BM valable et représentatif

- Le BM HSK est représentatif car il couvre toutes les régions.
- Le BM HSK est valable en intégrant un casemix de plus de 85 pour cent.
- Le BM HSK est valable en intégrant toutes les catégories OFS.
- La valeur BM sur la base du 25^e 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 BM est plausible en comparaison avec les tarifs approuvés et définitifs 2019 | 2020 ainsi qu'avec les tarifs déjà négociés pour 2021.
- La valeur du benchmark HSK représente la première étape de la détermination des prix. La PCA sert de base pour l'accomplissement des 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. Il n'est pas normal que la transparence des données soit encore insuffisante alors qu'il s'agit de la dixième année de négociations SwissDRG.
- 85 pour cent des hôpitaux fournissent leurs données après le 31 mai 2019. Pour vérifier de manière efficace la plausibilité des données, HSK demande que les données soient fournies 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.
- Le calcul des coûts pour l'enseignement universitaire et la recherche est effectué selon des approches normatives, à l'exception des hôpitaux qui ont établi de manière plausible leurs coûts effectifs.
- 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, septembre 2020 | Groupe d'experts HSK SwissDRG

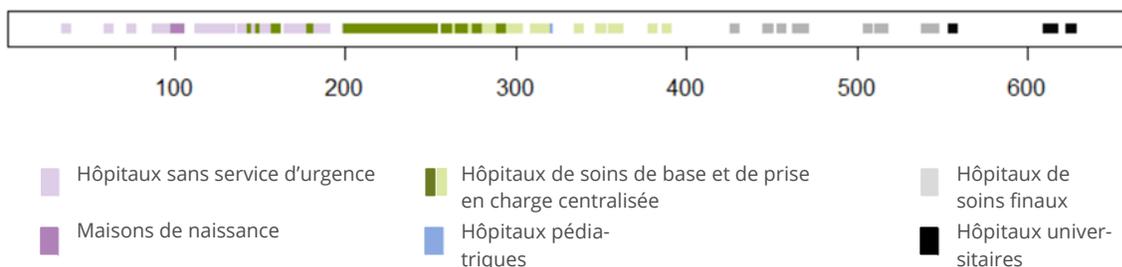
Annexe

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 disparités²². 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 différence apparaît nettement entre les grands hôpitaux universitaires (points noirs sur la barre de chiffres à droite) et les hôpitaux avec prise en charge centralisée (sur la barre de chiffres entre 428 et 525) d'une part, et le reste des hôpitaux d'autre part. Les hôpitaux de soins de base et de prise en charge centralisée se trouvent surtout entre 122 et 388. Les 3 hôpitaux pédiatriques se répartissent entre 300 et 359. Les maisons de naissance sont groupées autour de 100 alors que les hôpitaux sans service d'urgence se répartissent avant 202.

Fig.18 Distance de Manhattan



La méthode révèle également la très grande fourchette des différentes valeurs, qui peut aller jusqu'à plus de 90 pour cent. 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 70 pour cent. C'est-à-dire, en réduisant à une seule dimension la dispersion des données (MD), on perd 30 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.

²² Kris Haslebacher; *loc. cit.*

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 fig.15).

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 85 pour cent environ est obtenue en trois dimensions, ce qui signifie qu'une pertinence significative en ce qui concerne le groupement est atteinte.

A l'aide de la représentation tridimensionnelle, les sept clusters suivants peuvent être déterminés: noir ❶, gris clair ❷, bleu ❸, vert clair ❹ et vert ❺ ainsi que violet clair ❻ et violet foncé ❼.

Le cluster gris foncé ❶ est plus étroitement lié au cluster gris clair ❷ qu'aux autres. Un hôpital de ce cluster s'approche fortement du cluster ❷.

De même, les clusters violets ❻ et ❼ sont plus proches des clusters verts ❹ et ❺ que des autres. Le cluster bleu ❸ se démarque clairement des clusters verts et s'éloigne dans la profondeur du cluster gris clair ❷, même s'il évolue au même niveau. Par rapport aux années précédentes, les clusters gris foncé ❶ et gris clair ❷ se sont rapprochés les uns des autres. Les deux clusters verts ❹ et ❺ ne doivent pas être séparés de manière tranchante l'un de l'autre. A l'horizontale, le cluster vert clair ❹ se rapproche du cluster gris clair ❷ de par sa structure et sa répartition ; à la verticale, les deux clusters sont toutefois clairement éloignés l'un de l'autre.

Le cluster violet clair ❻ s'étend à l'horizontale dans le bord inférieur du graphique, avec une nette séparation spatiale des clusters ❶ à ❺. Le cluster violet foncé ❼ est quant à lui une ramification plus compacte, mieux séparée et s'écartant de l'horizontale du cluster violet clair ❻.

La suppression de la variable «quotient de la durée de séjour» a essentiellement eu pour effet que les clusters ❹, ❺ et ❻ sont un peu moins étendus à l'horizontale et qu'il en résulte parfois l'impression de sous-groupes pouvant presque être séparés au sein des différents clusters.

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

HSK Benchmark Datenjahr 2019

S p i t a l	BFS	BR HSK Inkl. ANK	HSK- BM	Manhattan-Distanz											Cluster				
				1		2		3		4		5		6		7		Total Punkte	
				969 Max. 6 Min.	44'221 Max. 112 Min	2.40 Max. 0.37 Min.	1'392 Max. 0 Min.	1 Ja 0 Nein		1 Ja 0 Nein	1 Ja 0 Nein		1 Ja 0 Nein						
S1	K235	17687	1	34	2.91	641	1.20	0.765	19.56	34	2.44	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	226.11	5 Grundversorger_mit_Notfall
S2	K123	15899	1	157	15.68	688	1.31	0.785	20.51	11	0.79	0	-	1.00	100.00	0.27	9.47	147.75	5 Grundversorger_mit_Notfall
S3	K235	14043	1	18	1.25	142	0.07	2.046	82.58	3	0.22	0	-	-	-	1.00	100.00	184.11	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S4	K123	12909	1	127	12.56	298	0.42	0.868	24.59	7	0.50	0	-	1.00	100.00	0.25	7.41	145.49	5 Grundversorger_mit_Notfall
S5	K111	12725	1	941	97.09	40'446	91.44	1.229	42.39	1'287	92.46	1	100.00	1.00	100.00	0.91	88.58	611.96	1 Universitätsspital_Endversorgung
S6	K235	12662	1	68	6.44	828	1.62	0.749	18.75	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	126.82	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S7	K235	12628	1	84	8.10	1'342	2.79	0.637	13.25	-	-	0	-	-	-	0.49	37.45	61.59	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S8	K123	12112	1	86	8.31	170	0.13	0.619	12.35	4	0.29	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	221.08	5 Grundversorger_mit_Notfall
S9	K121	12084	1	472	48.39	5'561	12.35	1.225	42.19	1	0.07	0	-	-	-	0.64	56.06	159.07	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S10	K123	11719	1	44	3.95	191	0.18	1.649	63.05	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	167.18	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S11	K122	11702	1	366	37.38	3'415	7.49	0.804	21.48	14	1.01	0	-	1.00	100.00	0.51	39.26	206.62	5 Grundversorger_mit_Notfall
S12	K122	11536	1	402	41.12	4'867	10.78	0.785	20.56	37	2.66	0	-	1.00	100.00	0.80	75.62	250.73	5 Grundversorger_mit_Notfall
S13	K123	11433	1	167	16.72	695	1.32	0.833	22.90	-	-	0	-	1.00	100.00	0.90	87.65	228.59	5 Grundversorger_mit_Notfall
S14	K235	11432	1	93	9.03	790	1.54	0.698	16.25	-	-	0	-	-	-	0.58	48.15	74.97	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S15	K235	11423	1	21	1.56	209	0.22	2.388	99.40	2	0.14	0	-	-	-	1.00	100.00	201.32	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S16	K122	11287	1	226	22.85	2'879	6.27	0.690	15.86	12	0.86	0	-	-	-	0.60	50.62	96.46	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S17	K122	11259	1	462	47.35	4'267	9.42	1.166	39.30	-	-	0	-	1.00	100.00	0.77	71.69	267.76	5 Grundversorger_mit_Notfall
S18	K111	11155	1	900	92.83	39'543	89.39	1.568	59.05	1'067	76.65	1	100.00	1.00	100.00	0.98	97.30	615.23	1 Universitätsspital_Endversorgung
S19	K231	11119	1	147	14.64	1'359	2.83	1.082	35.13	-	-	0	-	-	-	0.72	65.43	118.03	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S20	K111	11106	1	952	98.23	38'001	85.90	1.418	51.66	1'392	100.00	1	100.00	1.00	100.00	0.92	89.54	625.34	1 Universitätsspital_Endversorgung
S21	K233	11043	1	316	32.19	3'236	7.08	0.764	19.49	52	3.74	1	100.00	1.00	100.00	0.50	38.27	300.78	3 Kinderspitäler
S22	K233	10906	1	386	39.46	4'830	10.70	0.778	20.17	123	8.84	1	100.00	1.00	100.00	0.51	39.81	318.98	3 Kinderspitäler
S23	K112	10904	1	767	79.02	19'067	42.97	1.080	35.07	350	25.14	1	100.00	1.00	100.00	0.72	64.93	447.13	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S24	K111	10885	1	894	92.21	35'569	80.38	1.345	48.07	624	44.83	1	100.00	1.00	100.00	0.92	90.59	556.08	1 Universitätsspital_Endversorgung
S25	K112	10882	1	681	70.09	17'190	38.72	0.861	24.27	197	14.15	0	-	1.00	100.00	0.72	65.12	312.36	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S26	K231	10833	1	70	6.65	670	1.27	0.859	24.16	11	0.79	0	-	-	-	1.00	100.00	132.86	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S27	K123	10804	1	243	24.61	1'431	2.99	0.691	15.92	19	1.36	0	-	1.00	100.00	0.24	6.17	151.06	5 Grundversorger_mit_Notfall
S28	K111	10775	1	969	100.00	44'221	100.00	1.431	52.33	1'070	76.87	1	100.00	1.00	100.00	0.97	96.73	625.93	1 Universitätsspital_Endversorgung
S29	K233	10741	1	427	43.72	5'815	12.93	0.866	24.54	199	14.30	1	100.00	1.00	100.00	0.71	64.04	359.52	3 Kinderspitäler
S30	K121	10741	1	431	44.13	7'707	17.22	0.718	17.23	191	13.72	0	-	1.00	100.00	0.57	46.30	238.60	5 Grundversorger_mit_Notfall
S31	K231	10726	1	199	20.04	4'106	9.05	1.431	52.33	77	5.53	0	-	-	-	0.88	85.60	172.55	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S32	K112	10719	1	542	55.66	9'677	21.68	0.908	26.61	104	7.47	0	-	1.00	100.00	0.80	75.31	286.73	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S33	K121	10711	1	368	37.59	3'162	6.91	0.827	22.59	35	2.51	0	-	-	-	0.56	45.93	215.54	5 Grundversorger_mit_Notfall
S34	K112	10650	1	461	47.25	10'479	23.50	1.054	33.76	61	4.38	0	-	1.00	100.00	0.93	91.28	300.17	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S35	K231	10611	1	208	20.98	5'827	12.96	1.091	35.58	-	-	0	-	-	-	0.65	56.44	125.95	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S36	K231	10578	1	75	7.17	583	1.07	0.674	15.08	-	-	0	-	-	-	0.30	13.58	36.89	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S37	K112	10525	1	482	49.43	9'152	20.49	0.890	25.68	65	4.67	0	-	1.00	100.00	0.93	91.56	294.84	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S38	K122	10521	1	438	44.86	3'537	7.76	0.896	26.01	34	2.44	0	-	-	-	0.62	53.09	234.16	5 Grundversorger_mit_Notfall
S39	K121	10478	1	243	24.61	6'921	15.44	0.711	16.89	29	2.08	0	-	-	-	0.76	70.37	129.39	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S40	K231	10477	1	81	7.79	1'734	3.68	1.176	39.76	2	0.14	0	-	-	-	0.80	75.31	126.68	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S41	K231	10438	1	145	14.43	1'769	3.76	1.073	34.71	-	-	0	-	-	-	0.71	64.20	117.10	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S42	K112	10380	1	564	57.94	11'211	25.16	0.858	24.11	154	11.06	0	-	1.00	100.00	0.68	60.77	279.05	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S43	K122	10372	1	266	27.00	1'595	3.36	0.695	16.10	38	2.73	0	-	1.00	100.00	0.72	65.43	214.63	5 Grundversorger_mit_Notfall
S44	K112	10364	1	691	71.13	17'448	39.30	1.400	50.79	53	3.81	0	-	1.00	100.00	0.96	94.89	359.93	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S45	K112	10351	1	528	54.21	8'668	19.40	0.895	25.97	-	-	0	-	1.00	100.00	0.61	52.22	251.79	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S46	K112	10348	1	569	58.46	10'764	24.15	0.901	26.23	104	7.47	0	-	1.00	100.00	0.96	95.16	311.48	4 Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S47	K123	10334	1	117	11.53	353	0.55	0.557	9.30	8	0.57	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	221.94	5 Grundversorger_mit_Notfall
S48	K112	10332	1	865	89.20	27'288	61.61	1.124	37.19	429	30.82	1	100.00	1.00	100.00	0.97	96.71	515.53	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S49	K112	10304	1	733	75.49	20'605	46.46	1.042	33.19	277	19.90	1	100.00	1.00	100.00	0.84	80.32	455.36	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S50	K122	10284	1	266	27.00	2'107	4.52	0.721	17.38	20	1.44	0	-	1.00	100.00	0.64	55.56	205.90	5 Grundversorger_mit_Notfall
S51	K122	10245	1	134	13.29	2'822	6.14	1.900	75.36	30	2.16	0	-	1.00	100.00	0.59	49.07	246.03	5 Grundversorger_mit_Notfall
S52	K121	10218	1	465	47.66	5'853	13.02	0.844	23.45	31	2.23	0	-	1.00	100.00	0.61	51.85	238.21	5 Grundversorger_mit_Notfall
S53	K121	10211	1	455	46.63	6'988	15.59	0.852	23.82	67	4.81	0	-	1.00	100.00	0.66	57.61	248.46	5 Grundversorger_mit_Notfall
S54	K112	10191	1	734	75.60	28'621	64.63	0.989	30.59	317	22.77	1	100.00	1.00	100.00	0.80	75.15	468.75	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S55	K112	10186	1	720	74.14	16'821	37.88	0.911	26.75	267	19.18	1	100.00	1.00	100.00	0.76	70.21	428.17	2 Zentrumsversorger_Endversorgung
S56	K235	10171	1	28	2.28	216	0.24	1.966	78.65	7	0.50	0	-	-	-	1.00	100.00	181.68	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S57	K231	10163	1	86	8.31	1'305	2.70	0.754	19.00	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	130.01	6 Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S58	K121	10157	1	456	46.73	6'894	15.38	0.729	17.79	74	5.32	0	-	1.00	100.00	0.64			



Spital	BFS	BR HSK Indl./ANK	Manhattan-Distanz														Cluster			
			1		2		3		4		5		6		7		Total	Nr.	Bezeichnung	
			952 Max.	43380 Max.	2,312 Max.	1392 Max.	1 Ja	1 Ja	1 Max.	Punkte	8 Min.	133 Min	0,359 Min.	0 Min.	0 Nein	0 Nein	0,245 Min.			Punkte
			Angesteuerte DRG	Punkte	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	AA-Stellen	Punkte	Endversorgungs-spital	Punkte	Notfall	Punkte	Erreichung Mindestfall-zahlen	Punkte				
S76	K122	9893	1	320	32.61	3'803	8.37	0.918	27.06	1	0.07	0	-	-	-	0.77	71.60	139.71	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S77	K112	9881	1	718	73.94	19'778	44.59	1.003	31.28	256	18.39	0	-	1.00	100.00	0.85	81.78	349.97	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S78	K122	9871	1	356	36.34	2'822	6.14	0.766	19.60	22	1.58	0	-	1.00	100.00	0.57	46.71	210.38	5	Grundversorger_mit_Notfall
S79	K231	9862	1	101	9.87	858	1.69	1.186	40.24	1	0.07	0	-	-	-	0.97	95.88	147.75	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S80	K112	9839	1	497	50.99	10'147	22.84	0.852	23.81	82	5.89	0	-	1.00	100.00	0.74	68.21	271.74	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S81	K121	9838	1	521	53.48	7'578	16.93	0.955	28.88	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.86	82.84	286.29	5	Grundversorger_mit_Notfall
S82	K122	9834	1	325	33.13	3'195	6.99	0.967	29.49	30	2.16	0	-	1.00	100.00	0.69	62.14	233.90	5	Grundversorger_mit_Notfall
S83	K122	9826	1	500	51.30	4'343	9.59	1.020	32.08	41	2.95	0	-	1.00	100.00	0.48	35.98	231.90	5	Grundversorger_mit_Notfall
S84	K121	9798	1	541	55.56	7'977	17.83	0.871	24.78	86	6.18	0	-	1.00	100.00	0.78	73.02	277.36	5	Grundversorger_mit_Notfall
S85	K112	9777	1	761	78.40	26'147	59.02	0.946	28.46	284	20.40	1	100.00	1.00	100.00	0.83	78.68	464.97	2	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S86	K112	9729	1	561	57.63	9'065	20.30	0.939	28.12	87	6.25	0	-	1.00	100.00	0.75	68.95	281.25	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S87	K235	9711	1	10	0.42	560	1.02	0.727	17.70	6	0.43	0	-	-	-	1.00	100.00	119.56	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S88	K121	9706	1	459	47.04	7'190	16.05	0.822	22.36	50	3.59	0	-	1.00	100.00	0.84	79.72	268.76	5	Grundversorger_mit_Notfall
S89	K112	9697	1	623	64.07	16'454	37.05	1.184	40.14	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.93	91.95	337.38	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S90	K232	9668	1	8	0.21	337	0.51	0.368	-	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	100.72	7	Geburtshäuser
S91	K121	9667	1	395	40.39	6'047	13.46	0.835	23.02	-	-	0	-	1.00	100.00	0.64	55.75	232.61	5	Grundversorger_mit_Notfall
S92	K112	9658	1	574	58.98	10'167	22.80	0.950	28.63	108	7.76	0	-	1.00	100.00	0.71	63.58	281.75	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S93	K112	9641	1	531	54.52	9'943	22.29	0.884	25.40	78	5.60	0	-	1.00	100.00	0.88	85.54	293.35	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S94	K231	9631	1	120	11.84	6'184	13.77	1.382	49.91	48	3.45	0	-	-	-	0.80	75.31	154.27	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S95	K121	9614	1	509	52.23	5'737	12.75	0.909	26.65	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.77	71.48	267.28	5	Grundversorger_mit_Notfall
S96	K112	9609	1	820	84.53	25'842	58.33	1.026	32.41	304	21.84	0	-	1.00	100.00	0.93	91.26	388.37	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S97	K122	9592	1	430	44.03	4'712	10.43	0.871	24.77	34	2.44	0	-	1.00	100.00	0.64	55.40	237.07	5	Grundversorger_mit_Notfall
S98	K122	9588	1	344	35.10	2'476	5.36	0.709	16.81	32	2.30	0	-	1.00	100.00	0.19	-	159.57	5	Grundversorger_mit_Notfall
S99	K235	9539	1	29	2.39	112	-	2.400	100.00	3	0.22	0	-	-	-	1.00	100.00	202.60	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S100	K112	9537	1	797	82.14	16'079	36.20	1.064	34.27	216	15.52	1	100.00	1.00	100.00	0.84	80.06	448.18	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S101	K112	9523	1	547	56.18	10'054	22.54	0.818	22.17	73	5.24	0	-	1.00	100.00	0.64	55.38	261.51	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S102	K112	9522	1	830	85.57	35'434	80.08	1.068	34.48	415	29.81	1	100.00	1.00	100.00	0.87	83.37	513.31	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S103	K112	9498	1	544	55.87	9'784	21.93	0.918	27.05	111	7.97	0	-	1.00	100.00	0.69	61.73	274.55	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S104	K123	9489	1	214	21.60	1'819	3.87	0.766	19.58	4	0.29	0	-	1.00	100.00	0.23	4.94	150.27	5	Grundversorger_mit_Notfall
S105	K112	9463	1	646	66.46	12'414	27.89	0.906	26.50	101	7.26	0	-	1.00	100.00	0.73	67.05	295.16	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S106	K231	9454	1	79	7.58	1'094	2.23	0.906	26.48	2	0.14	0	-	-	-	0.83	78.40	114.83	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S107	K232	9423	1	8	0.21	900	1.79	0.378	0.53	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	102.53	7	Geburtshäuser
S108	K112	9419	1	621	63.86	15'046	33.86	0.930	27.67	129	9.27	0	-	1.00	100.00	0.73	66.67	301.33	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S109	K123	9355	1	247	25.03	1'097	2.23	0.852	23.81	22	1.58	0	-	1.00	100.00	0.41	27.16	179.81	5	Grundversorger_mit_Notfall
S110	K122	9350	1	325	33.13	2'319	5.00	0.854	23.92	17	1.22	0	-	1.00	100.00	0.50	38.80	202.07	5	Grundversorger_mit_Notfall
S111	K231	9330	1	95	9.24	1'818	3.87	1.221	41.97	10	0.72	0	-	1.00	100.00	0.97	95.88	251.68	5	Grundversorger_mit_Notfall
S112	K231	9325	1	91	8.83	1'323	2.75	1.332	47.46	-	-	0	-	-	-	0.74	68.15	127.18	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S113	K112	9261	1	858	88.47	32'311	73.00	1.023	32.23	386	27.73	1	100.00	1.00	100.00	0.88	85.03	506.46	2	Zentrumsversorger_Endversorgung
S114	K234	9247	1	200	20.15	2'667	5.79	1.559	58.61	54	3.88	0	-	-	-	1.00	100.00	188.43	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S115	K231	9227	1	149	14.85	2'048	4.39	1.165	39.24	-	-	0	-	1.00	100.00	0.70	62.83	221.31	5	Grundversorger_mit_Notfall
S116	K231	9198	1	66	6.23	1'314	2.73	0.855	24.00	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	132.95	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S117	K123	9105	1	116	11.42	1'885	4.02	1.573	59.30	14	1.01	0	-	1.00	100.00	0.80	75.31	251.05	5	Grundversorger_mit_Notfall
S118	K232	9101	1	8	0.21	826	1.62	0.396	1.39	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	103.22	7	Geburtshäuser
S119	K123	9095	1	161	16.10	1'985	4.25	1.252	43.51	-	-	0	-	1.00	100.00	0.65	56.79	220.64	5	Grundversorger_mit_Notfall
S120	K231	9092	1	78	7.48	2'218	4.77	1.221	41.99	-	-	0	-	1.00	100.00	0.67	59.26	213.50	5	Grundversorger_mit_Notfall
S121	K231	9090	1	22	1.66	367	0.58	0.657	14.24	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	116.48	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S122	K221	9024	1	47	4.26	545	0.98	0.641	13.43	30	2.16	0	-	1.00	100.00	0.20	1.23	122.06	5	Grundversorger_mit_Notfall
S123	K231	9021	1	141	14.02	3'034	6.62	1.031	32.63	14	1.01	0	-	-	-	0.74	67.90	122.18	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S124	K232	8990	1	6	-	524	0.93	0.386	0.90	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	101.84	7	Geburtshäuser
S125	K231	8965	1	84	8.10	1'109	2.26	1.235	42.66	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	153.02	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S126	K122	8946	1	221	22.33	6'189	13.78	0.672	15.00	-	-	0	-	-	-	0.70	63.37	114.48	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S127	K122	8808	1	379	38.73	6'634	14.79	0.705	16.62	28	2.01	0	-	1.00	100.00	0.56	45.68	217.83	5	Grundversorger_mit_Notfall
S128	K112	8806	1	613	63.03	13'666	30.73	1.041	33.13	29	2.08	0	-	1.00	100.00	0.90	87.76	316.74	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S129	K231	8804	1	46	4.15	735	1.41	0.914	26.86	7	0.50	0	-	-	-	0.65	57.20	90.13	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S130	K231	8743	1	52	4.78	698	1.33	0.817	22.11	-	-	0	-	-	-	0.70	62.96	91.18	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S131	K121	8702	1	496	50.88	7'238	16.16	1.122	37.10	38	2.73	0	-	-	-	0.74	67.90	174.77	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S132	K231	8627	1	166	16.61	2'643	5.74	1.123	37.17	-	-	0	-	-	-	0.75	68.89	128.41	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S133	K112	8615	1	613	63.03	9'987	22.39	1.275	44.64	18	1.29	0	-	1.00	100.00	0.89	85.87	317.21	4	Zentrumsversorger_ohne_Endversorgung
S134	K231	7974	1	97	9.45	1'058	2.14	1.468	54.13	29	2.08	0	-	-	-	1.00	100.00	167.80	6	Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall
S135	K221	7771	1	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	#NV	-	Nicht im Clustering

Pour des raisons de protection des données, les hôpitaux BM ne sont pas cités.

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

Répertoire des abréviations

AM	Assurance-maladie
BM	Benchmark
BR	Baserate
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEN	Coûts d'exploitation nets
CM	Casemix
CMI	Indice de casemix
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)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PCA	Principal Component Analysis
RCC	Numéro de registre SASIS
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