
Benchmark TARPSY

Année tarifaire 2021

Données de l'année d'exercice 2019

Publication : 9 novembre 2020

Synthèse

La Communauté d'achat HSK a calculé son benchmark TARPSY pour l'année tarifaire 2021 :

- 73 hôpitaux ont envoyé des données ITAR_K® et des données TARPSY pertinentes ;
- Après vérification de la plausibilité de ces données, 62 hôpitaux ont été intégrés dans la procédure de benchmarking ;
- Toutes les catégories d'hôpitaux et tous les cantons sont représentés ;
- La valeur du benchmark basée sur les coûts (également benchmark ou BM) au 40^{ème} percentile s'élève à **673 francs**.

La Communauté d'achat HSK s'appuie sur un mécanisme de calcul des prix à deux niveaux pour sa détermination des prix :

- 1^{er} niveau : Détermination des prix de base calculés, corrigés par le DM (DM = Daymix), d'après les données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®) et les calculs des tarifs d'HSK avec détermination subséquente de la valeur de benchmark.
- 2^{ème} niveau : Négociations tarifaires individuelles en tenant compte des particularités des hôpitaux révélées par les données. A cette étape, des groupes homogènes (clusters) sont créés sur la base de variables.

Dans l'optique d'une différenciation des prix, la Communauté d'achat HSK utilise les cinq clusters ainsi constitués, puis établit l'écart de chaque cluster par rapport au benchmark :

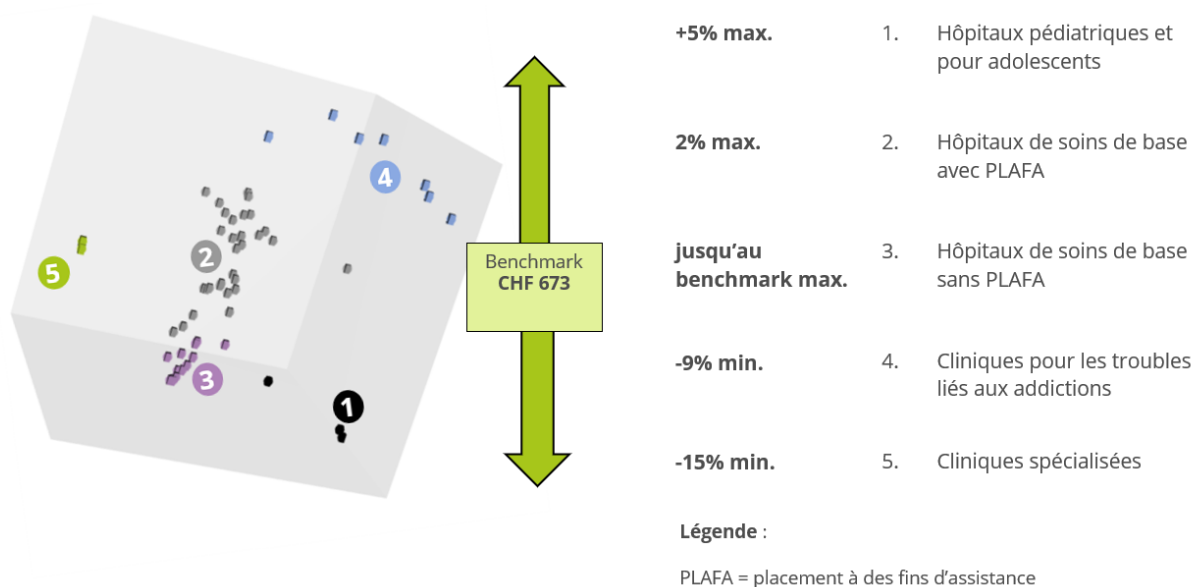


Figure 1 : Différenciation des prix par cluster

Cette procédure de calcul des prix par étape permet à la Communauté d'achat HSK de réunir les conditions, données à l'appui, d'une mise en œuvre orientée solution de l'autonomie tarifaire au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Contenu

Synthèse	2
1. Contexte	4
1.1 Lignes directrices pour la procédure de benchmarking.....	4
1.2 Procédure de benchmarking de la Communauté d'achat HSK	5
2. Bases de données	6
2.1 Transparence des données	6
2.2 Livraison des données.....	6
2.3 Bases de données	8
2.3.1 Certification REKOLE®	8
2.3.2 Version TARPSY	9
2.3.3 Rémunérations supplémentaires (RS)	10
2.4 Vérification de la plausibilité des données	11
2.5 Hôpitaux exclus.....	12
2.6 Hôpitaux inclus.....	13
2.7 Couverture régionale.....	14
3. Benchmark TARPSY	15
3.1 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark	15
3.2 Déductions complémentaires	17
3.2.1 Enseignement universitaire et recherche.....	17
3.2.2 Prestations supplémentaires pour les patients LCA	18
3.3 Détermination du percentile	19
3.4 Benchmark TARPSY	20
4. Clustering	21
4.1 Contexte	21
4.2 Objectif	21
4.3 Ensemble de données analysées.....	21
4.4 Méthodologie	23
4.5 Résultats du clustering.....	25
4.6 Clusters HSK	25
4.7 Les clusters HSK comme base des négociations	28
5. Récapitulatif.....	29
6. Annexe	30

1. Contexte

1.1 Lignes directrices pour la procédure de benchmarking

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) précise que la procédure de benchmarking doit être basée sur les coûts relevés par étude complète et donc en fonction d'une valeur de référence nationale.

Les principales conditions-cadre du TAF sont :

- Mécanisme de calcul des prix à deux niveaux : 1^{er} niveau = benchmark en tant que valeur de référence, 2^{ème} niveau = négociations de prix individuelles.
- Le benchmark doit être considéré comme une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les hôpitaux.
- La procédure de benchmarking doit par principe être fondée sur les coûts (charges d'exploitation des hôpitaux ou services psychiatriques pertinentes pour le benchmarking).
- L'objectif du benchmark est d'inclure un volume comparatif aussi grand que possible et représentatif pour tous les hôpitaux. Il doit notamment être exempt de distorsions liées à la concurrence.
- Les données de coûts et de prestations pertinentes pour le benchmarking doivent être calculées selon une méthode unique, de façon aussi précise et réaliste que possible.
- Une procédure de benchmarking avec présélection de certains hôpitaux ou retraits pour cause de manque de transparence n'est pas autorisée.
- Plus le nombre d'hôpitaux intégrés dans le benchmark est faible, plus les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark doivent être calculés avec précisions.
- Le benchmark doit se baser autant que possible sur des chiffres effectifs plutôt que sur des valeurs normatives.
- Le benchmark doit idéalement être calculé en fonction d'une valeur de référence nationale.
- Le benchmark ne peut être fixé pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark n'ont pas été collectés de manière conforme à la LAMal.
- Dans un jugement, le TAF considère que la mesure de l'efficacité du benchmark doit concrètement être fixée à un percentile bas¹.
- Conformément à l'arrêt du TAF du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), la phase d'introduction d'une structure tarifaire nationale dure tant que le Conseil fédéral n'a pas publié de comparaisons entre hôpitaux à l'échelon national (art. 49, al. 8, LAMal).²

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 Dans le domaine des soins somatiques aigus, le Conseil fédéral a publié pour la première fois des données d'exploitation fin septembre 2020.

1.2 Procédure de benchmarking de la Communauté d'achat HSK

La Communauté d'achat HSK a de nouveau mené sa propre procédure de benchmarking pour l'année tarifaire 2021. La procédure de benchmarking de HSK s'appuie sur les deux niveaux suivants :

1^{er} niveau	▪ Détermination des prix de base calculés, corrigés par le DM, d'après les données fournies par les hôpitaux (ITAR_K®) et conformément aux calculs des tarifs de HSK ▪ Calcul de la valeur du benchmark
2^{ème} niveau	▪ Négociations tarifaires individuelles avec les hôpitaux pour parvenir à une comparabilité la plus objective possible de tous les hôpitaux sur la base des caractéristiques des patients et structurelles ▪ Constitution de clusters (groupes d'hôpitaux) homogènes pour définir des fourchettes de prix et justifier les différences de prix par rapport à la valeur du benchmark ▪ Le prix de base doit refléter les particularités de l'hôpital ▪ Les inefficiences ne peuvent être financées par les prix de base (art. 49, al. 1, LAMal)

2. Bases de données

2.1 Transparence des données

Le TAF précise que lors de la fixation des prix et de l'examen de l'économicité, toutes les données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux sont prises en considération. Par conséquent, la Communauté d'achat HSK exige des hôpitaux la version ITAR_K® complète, y compris la présentation des coûts du domaine hospitalier ambulatoire. En complément de ces bases de données, HSK a également besoin des données de base déterminantes pour TARPSY.

Les coûts des cliniques forensiques qui ont été présentés dans des unités de coûts distincts ont été exclus de la procédure de benchmarking.

2.2 Livraison des données

Au printemps 2020, la Communauté d'achat HSK a demandé aux hôpitaux de lui transmettre avant **fin mai 2020** leurs données ITAR_K® avec les données de base TARPSY conformément à la version 3.0, ainsi que leurs rémunérations complémentaires conformément à l'accord contractuel.

Par rapport à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), qui prévoit en principe la mise à disposition du calcul des coûts à partir du 30 avril (art. 9 al. 5 OCP), HSK a donc accordé un délai plus long aux hôpitaux. Il convient également de mentionner que le projet d'amendement de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit même la possibilité d'effectuer des déductions pour les fournisseurs de prestations qui envoient leurs données de prestations et de coûts tardivement, dans une qualité insuffisante ou ne les envoient pas.

Les documents demandés doivent être communiqués à la Communauté d'achat HSK dans les délais et conformément aux termes du contrat afin que la plausibilité puisse être vérifiée dans un laps de temps approprié. Vu la situation tendue au printemps 2020 dans le contexte de la pandémie de COVID-19, certains hôpitaux n'ont pas pu communiquer leurs données dans les temps, voire pas du tout.

Pour que HSK puisse calculer un benchmark représentatif, il a fallu repousser le délai de transmission des données au 30 août 2020, ce qui a retardé par contrecoup la définition et la publication de la valeur du benchmark.

La figure suivante montre que seuls 65 pour cent des hôpitaux pris en compte dans la procédure de benchmarking ont remis leurs bases de données dans les délais.

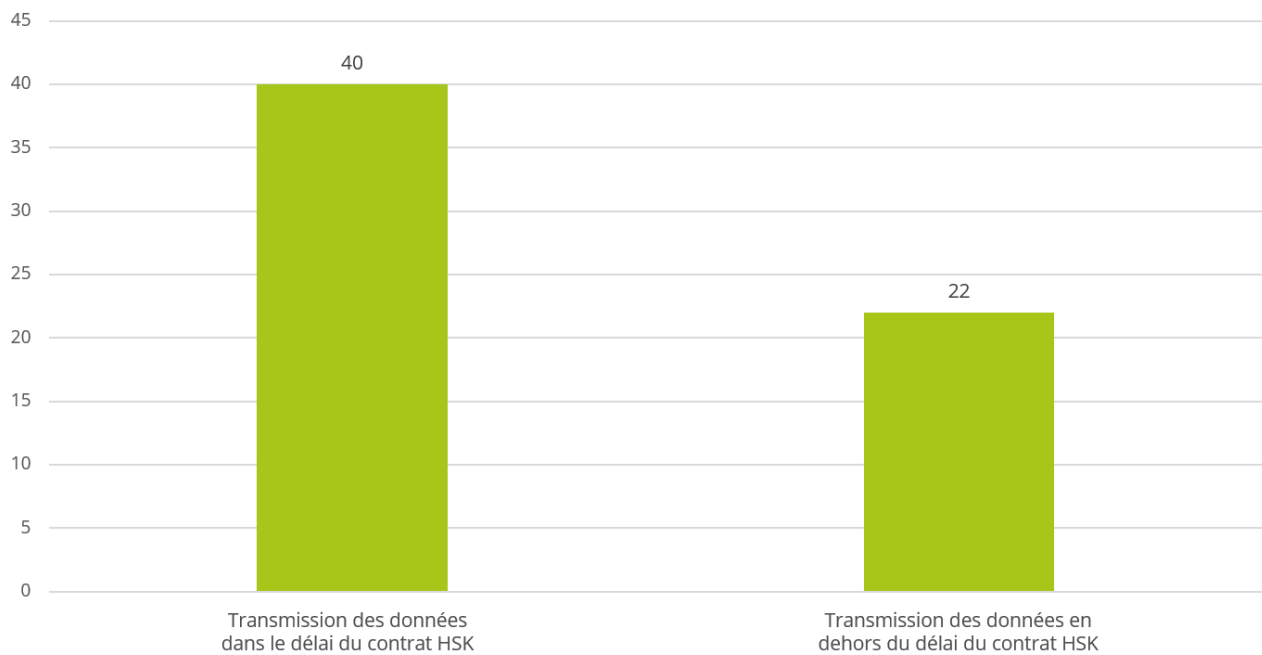


Figure 2 : Aperçu des données communiquées

La Communauté d'achat HSK attend des hôpitaux qu'ils lui remettent les bases de données dans les délais impartis et conformément aux termes du contrat.

2.3 Bases de données

2.3.1 Certification REKOLE®

Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, la Communauté d'achat HSK s'appuie sur les standards REKOLE® (révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations), la « Comptabilité analytique à l'hôpital ». Une application systématique de ce standard améliore la transparence et la comparabilité des charges d'exploitation.

Dans leur majorité, les hôpitaux avec mandat de prestations en psychiatrie qui ont été pris en compte dans le benchmark TARPSY sont certifiés REKOLE® :

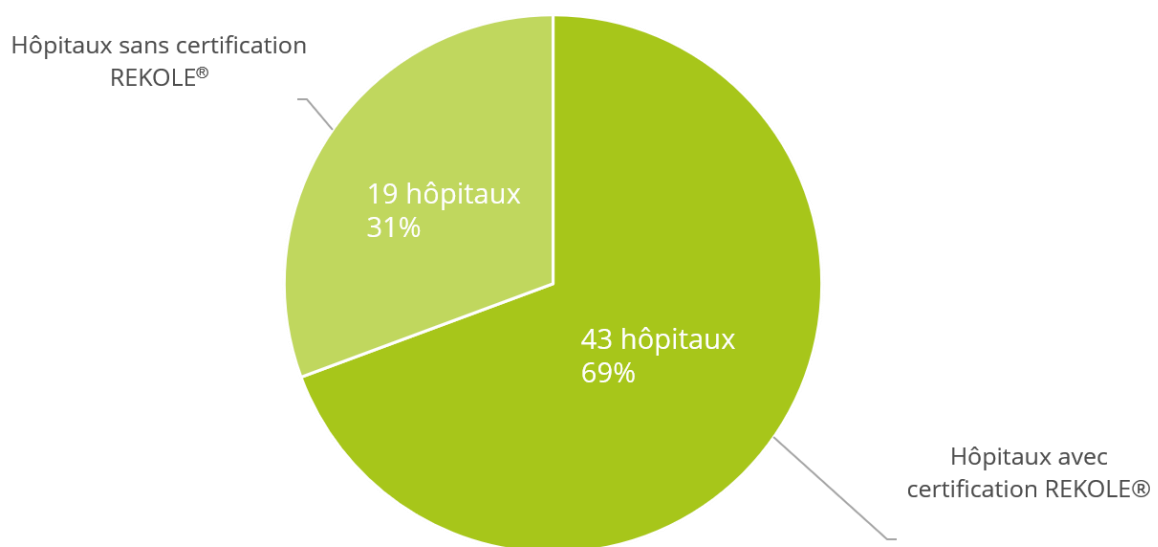


Figure 3 : hôpitaux certifiés REKOLE®

La Communauté d'achat HSK a également utilisé les coûts et les prestations des hôpitaux non certifiés REKOLE® pour son benchmark TARPSY dès lors que ces données lui étaient livrées dans le format ITAR_K® demandé.

2.3.2 Version TARPSY

La Communauté d'achat HSK a demandé aux hôpitaux de lui transmettre les données de base relevantes pour TARPSY conformément à la version TARPSY 3.0.

Au vu des modifications apportées par SwissDRG au 1^{er} janvier 2021 dans la structure tarifaire, HSK a décidé de tenir compte de cette version pour le calcul des tarifs. Les données simulées de la version de planification 2019|2021 sont donc déterminantes à cet égard.

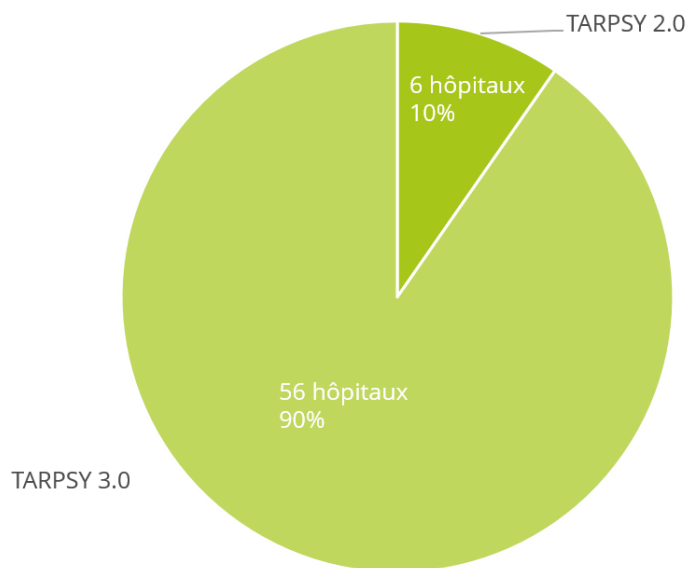


Figure 4 : Données conformes à la version TARPSY

Comme certains hôpitaux ont uniquement fourni des données de base conformes à la version TARPSY 2.0, la Communauté d'achat HSK s'est demandé si le benchmark TARPSY devait uniquement être calculé à partir des données de la version 3.0, ou s'il était possible d'admettre une forme mixte.

HSK a opté pour la forme mixte pour les raisons suivantes :

- Seules six hôpitaux ont communiqué des données de la version TARPSY 2.0.
- Les données diffèrent peu entre la version TARPSY 2.0 et la version 3.0 en raison d'une standardisation de la structure tarifaire (de façon analogue à la structure tarifaire DRG).
- Plus les hôpitaux sont nombreux, plus la validité du benchmark est bonne et représentative.

La procédure de benchmarking de la Communauté d'achat HSK s'appuie à 90 pour cent sur les données de base déterminantes de la version TARPSY 3.0.

2.3.3 Rémunérations supplémentaires (RS)

La Communauté d'achat HSK a également demandé aux hôpitaux de lui communiquer les données de base TARPSY selon la version 3.0 ainsi que les rémunérations supplémentaires. Dans la version 3.0, SwissDRG a introduit des rémunérations supplémentaires spécifiques pour la psychiatrie. Il est désormais possible de décompter les « congés | sorties d'essai » et la « prise en charge 1:1 » en plus du prix de base. Ces recettes supplémentaires doivent être considérées comme des prestations réduites dans le benchmarking (et dans le calcul tarifaire).

La Communauté d'achat HSK constate que de nombreux hôpitaux n'ont pas ou pas entièrement communiqué les « congés | sorties d'essai » simulées et la « prise en charge 1:1 » dans le cadre des rémunérations supplémentaires.

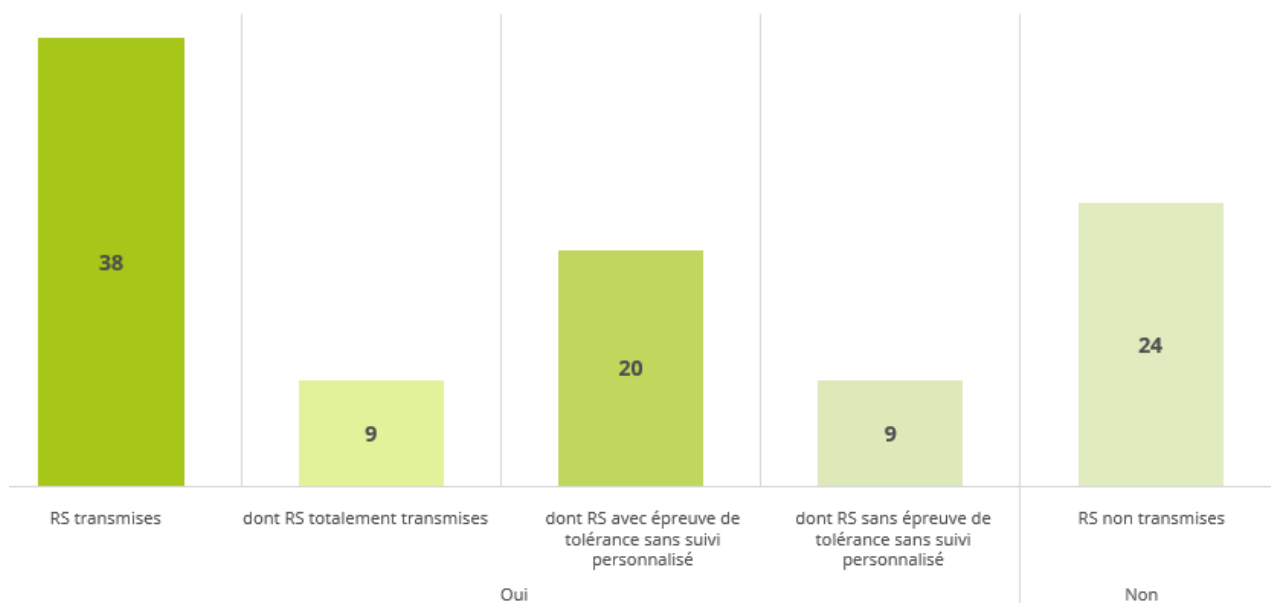


Figure 5 : Communication des rémunérations supplémentaires

Dans ses analyses internes, la Communauté d'achat HSK a constaté que les déductions manquantes ou insuffisantes des rémunérations supplémentaires ont eu une influence sur le benchmark TARPSY. Si les hôpitaux avaient fourni des données complètes, celui-ci aurait dû être moins élevé, et serait donc plus correct.

Dans le cadre de son mécanisme de calcul des prix à deux niveaux, HSK demandera par conséquent ces données aux hôpitaux ayant communiqué des données insuffisantes sur les rémunérations supplémentaires ou n'ayant fourni aucune donnée, ou procédera à une déduction normative lors du calcul des tarifs.

2.4 Vérification de la plausibilité des données

Les données ITAR_K® de l'exercice 2019, les données de base TARPSY de la version 3.0 (et 2.0) et les rémunérations supplémentaires simulées pour la psychiatrie selon le catalogue des forfaits par cas SwissDRG ont été vérifiées par la Communauté d'achat HSK quant à leur exhaustivité, leur exactitude et leur clarté.

En font partie les situations suivantes :

▪ Rapprochement de la comptabilité financière et de la comptabilité analytique	
▪ Comparaison entre le relevé de l'unité finale d'imputation et le relevé ITAR_K®	
▪ Comparaison systématique avec les années précédentes	
▪ Données de base déterminantes TARPSY pour les cas 2019	▪ Nombre de cas TARPSY 2019 ▪ Nombre de jours de soins décomposables, <u>sans</u> jours de soins supplémentaires conformément aux dispositions transitoires ▪ Nombre d'absences d'une durée supérieure à 24 heures ▪ Nombre de jours de vacances ▪ Daymix, calculé sur la base des jours de soins décomposables, <u>sans</u> jours de soins supplémentaires conformément aux dispositions transitoires ▪ Indice Daymix, calculé sur la base de la version TARPSY 3.0 ▪ Rémunérations supplémentaires simulées selon SwissDRG, version 3.0 TARPSY

Lors de la vérification de la plausibilité des données de base TARPSY qui ont été communiquées, il a été noté ce qui suit :

- Le nombre de jours de soins décomposables pour l'année tarifaire 2021 a fait l'objet de calculs divergents ;
- Le Daymix (DM) établi à partir des jours de soins et du Daymix Index (DMI) n'a pas été calculé de manière uniforme par les hôpitaux ;
- Les données simulées des rémunérations supplémentaires pour les « congés | sorties d'essai » et la « prise en charge 1:1 » ne sont ni complètes, ni plausibles.

La Communauté d'achat HSK estime que les données de base TARPSY qui ont été communiquées par les hôpitaux ne présentent pas encore une qualité satisfaisante.

2.5 Hôpitaux exclus

L'exhaustivité et la plausibilité des données fournies sont évaluées par hôpital ou livraison de données. Compte tenu des critères d'exclusion sur la base de l'exhaustivité et de la plausibilité des données, onze hôpitaux n'ont pu être pris en compte dans la procédure de benchmarking.

Raisons	Nombre d'hôpitaux
▪ Données ITAR_K [®] manquantes	4
▪ Données ITAR_K [®] non plausibles	3
▪ Début de l'activité au cours de l'exercice 2019	2
▪ Cliniques spécialisées (clinique Somosa ³ à Winterthour et clinique du sommeil à Bad Zurzach ⁴)	2
Total	11

³ La clinique Somosa est à la fois un foyer pour adolescents et une clinique psychiatrique. Le financement est réparti entre l'assureur | le canton et | ou le tribunal des mineurs | l'APEA, | les autorités.

⁴ La clinique du sommeil dispose exclusivement d'un mandat de prestations dans le domaine des troubles du sommeil.

2.6 Hôpitaux inclus

62 hôpitaux (contre 61 l'année précédente) ayant un mandat de prestations en psychiatrie stationnaire ont été pris en compte dans le benchmark TARPSY 2021. Les hôpitaux étaient issus des catégories OFS (Office fédéral de la statistique) suivantes :

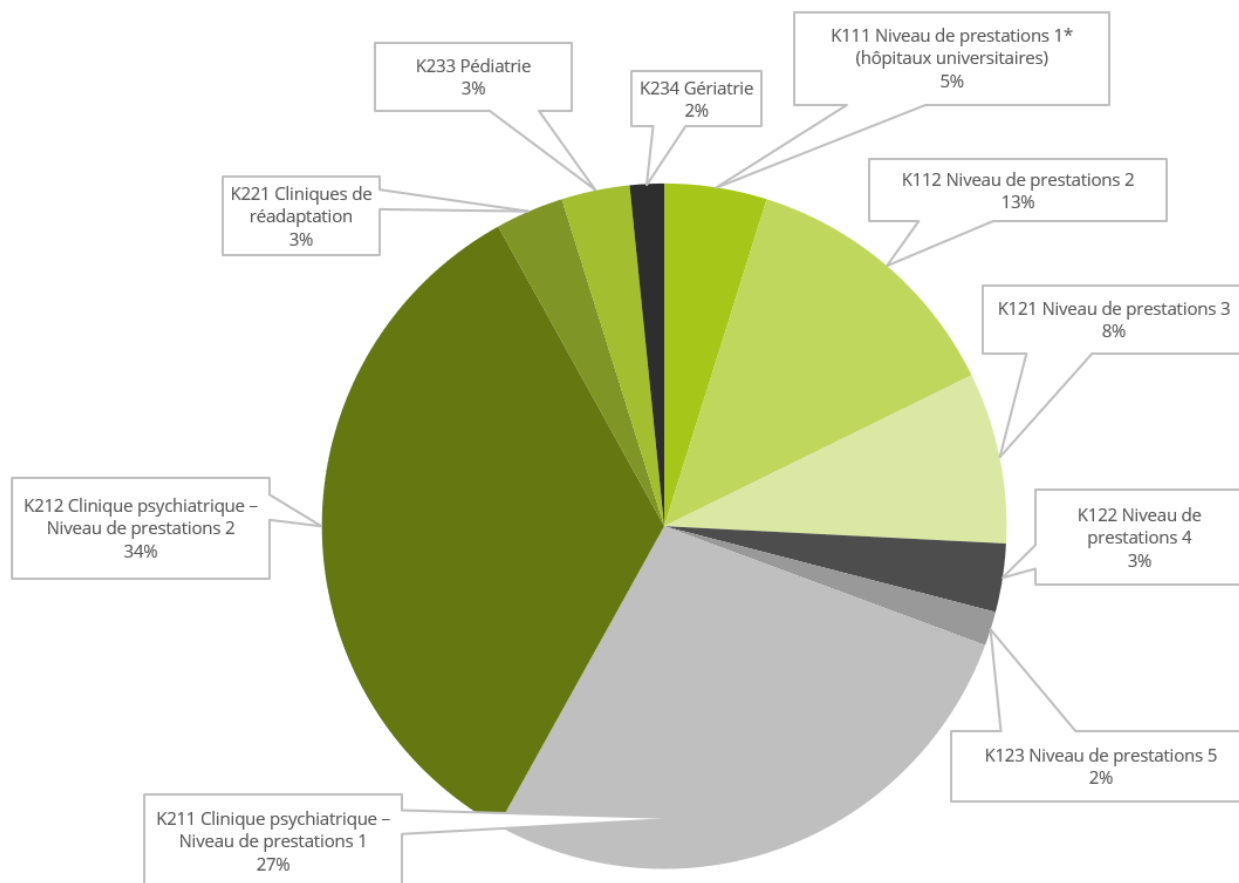


Figure 6 : Répartition des hôpitaux selon les catégories OFS

Le benchmark TARPSY représente par conséquent des hôpitaux de toutes les catégories d'hôpitaux OFS.

2.7 Couverture régionale

Le benchmark TARPSY 2021 comprend tous les cantons avec des hôpitaux disposant d'un mandat de prestations en psychiatrie :

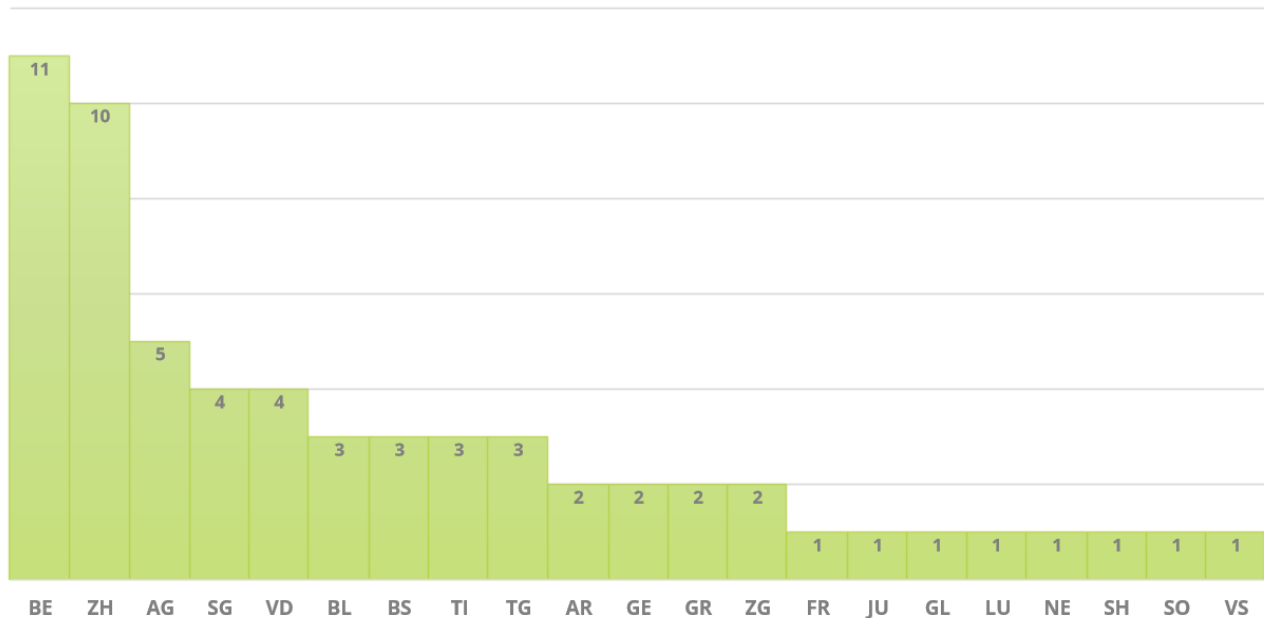


Figure 7 : Couverture régionale

Le benchmark TARPSY comprend tous les cantons⁵ et 85 pour cent des hôpitaux.

⁵ Dans 4 cantons (AI, NW, OW, SZ, UR) il n'existe aucune clinique psychiatrique.

3. Benchmark TARPSY

3.1 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark

Le calcul s'effectue selon la méthode suivante :

Schéma de calcul	Remarques
Total des coûts selon la comptabilité analytique CE (calcul unitaire)	
./. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Données de l'hôpital (OCP)
./. Produit du groupe de compte 65	Données de l'hôpital conformément aux consignes ITAR_K® et consignes TAF
+ Imputation produit du groupe de compte 66	En cas de gestion avec réduction des coûts dans le centre de coûts, données de l'hôpital
./. Honoraires médicaux Assurés complémentaires	Données de l'hôpital
= Coûts d'exploitation nets I (CEN)	
./. Déduction subsidiaire au titre de l'enseignement universitaire et de la recherche	Déduction effective, mais au minimum normative selon le pourcentage de charges de personnel ci-dessous, hors honoraires médicaux, le cas échéant par rapport au nombre de lits exploités : < 75 lits : 0,8% > 75 lits : 1,5% > 125 lits : 3,5% Hôpitaux universitaires : effective
./. Prestations d'intérêt général	Données de l'hôpital, car 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	Application des recommandations de la CDS ⁶ : 67 francs par jour DP P (Assurés demi-privé privé) si la déduction effective est plus faible que la valeur normative. Sinon, la déduction se fait en fonction des indications de l'hôpital.
./. Déduction pour les rémunérations supplémentaires SwissDRG non évaluées	Données de l'hôpital
Renchérissement Coûts projetés Déductions pour manque de transparence	Non compris dans le benchmark

⁶ Recommandations de la CDS (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé) du 27 juillet 2019 relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation, compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, concernant la psychiatrie et la réadaptation.

Schéma de calcul	Remarques
Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Les CUI présentées selon l'OCP ont été rendus plausibles via la comptabilité des investissements (statistique hospitalière OFS)
= Coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (CPB) HSK	
./.. Déduction des rémunérations supplémentaires évaluées SwissDRG, TARPSY Version 3.0	Données de l'hôpital
: TARPSY Daymix Version 3.0	Données de l'hôpital
= Prix de base HSK calculé	

3.2 Déductions complémentaires

3.2.1 Enseignement universitaire et recherche

Le TAF précise que les hôpitaux doivent en principe distinguer les coûts effectifs dédiés à l'enseignement et à la recherche dans ITAR_K®. Comme ces coûts ont été jugés trop bas du point de vue de la Communauté d'achat HSK, elle a opté pour une forme mixte de déductions comme l'année précédente et comme pour les soins somatiques aigus :

- Les hôpitaux ne différencient pas l'enseignement et la recherche dans le relevé de l'unité finale d'imputation.
- Les méthodes de calcul des coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche ne sont pas connues. HSK ne sait pas s'il s'agit de coûts effectifs ou de valeurs estimées de manière approximative, ou même si les contributions cantonales ont été prises en compte en tant que coûts.
- HSK ne connaît pas la fréquence de calcul de ces coûts. Il serait déterminant de savoir si les hôpitaux recueillent chaque année les données ou s'ils appliquent les données d'une année de manière normative pour les années suivantes.
- Seuls quelques hôpitaux ont présenté les concepts de leur méthode de calcul s'agissant de l'enseignement universitaire et de la recherche.

Par conséquent, pour les hôpitaux qui présentent à ses yeux des coûts trop réduits en matière d'enseignement universitaire et de recherche, la Communauté d'achat HSK a également déduit la différence par rapport aux calculs normatifs, comme le montre le graphique ci-après :

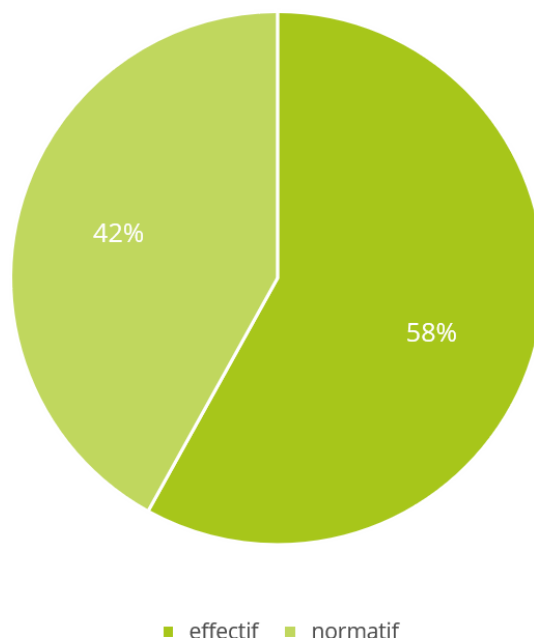


Figure 8 : Déduction pour enseignement et recherche

La Communauté d'achat HSK a intégré dans le benchmark TARPSY les coûts effectifs dédiés à l'enseignement et à la recherche de 42 pour cent des hôpitaux.

3.2.2 Prestations supplémentaires pour les patients LCA

Le TAF exige en principe la prise en compte des données effectives pour les déductions des coûts supplémentaires des personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire mais n'exclut pas une approche normative conformément aux recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (67 francs par jour demi-privé | privé).

Dans ITAR_K®, la Communauté d'achat HSK a constaté que les hôpitaux avaient opéré de faibles déductions au titre des coûts supplémentaire des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire. C'est pourquoi HSK applique une déduction normative pour les hôpitaux dont les coûts présentés au titre des prestations supplémentaires pour ces patients n'atteignent pas le niveau des recommandations de la CDS.

Pour les autres cas, la Communauté d'achat HSK utilise les données transmises par les hôpitaux.

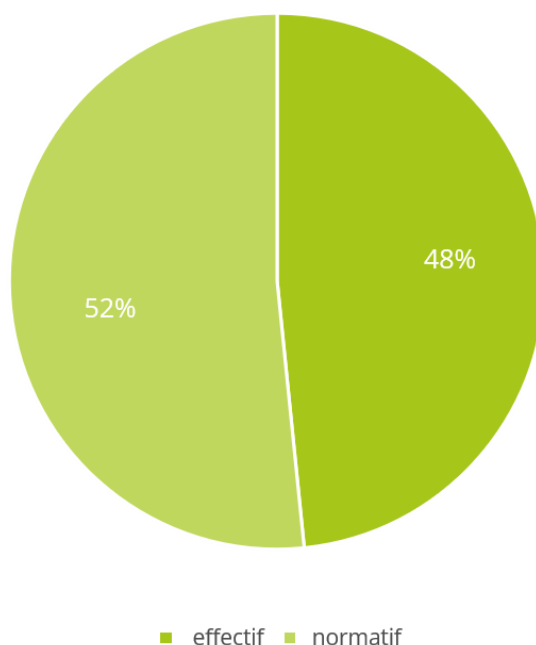


Figure 9 : Déduction au titre des prestations supplémentaires pour les patients LCA

La Communauté d'achat HSK a intégré dans le benchmark TARPSY les coûts effectifs dédiés aux prestations supplémentaires pour les patients LCA de 52 pour cent des hôpitaux.

3.3 Détermination du percentile

Selon la 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 » sur la base desquels la valeur indicative doit être définie pour fixer des tarifs.

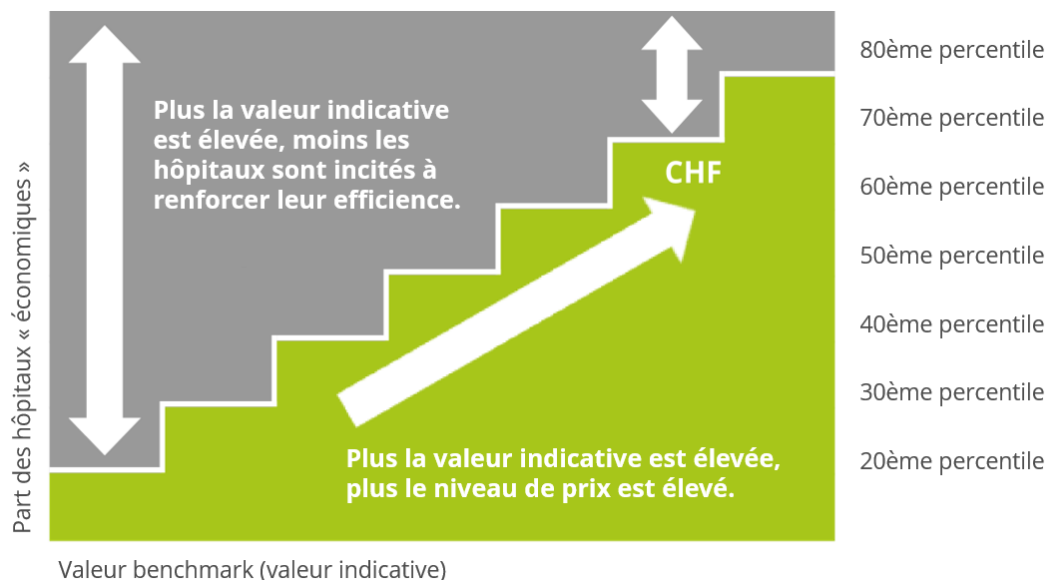


Figure 10 : Méthodologie du choix du percentile

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. Une valeur de benchmark souple a pour effet de faire monter les prix, comme le montrent les données suivantes :

Valeur	CHF
Moyenne pondérée	700
Moyenne arithmétique	686
40ème percentile – Benchmark HSK	673
30ème percentile	653
25ème percentile	342
20ème percentile	605

En raison de la phase d'introduction de la structure tarifaire TARPSY, la Communauté d'achat HSK a utilisé le 40ème percentile, comme l'année précédente.

3.4 Benchmark TARPSY

La Communauté d'achat HSK a calculé le benchmark TARPSY suivant compte tenu des coûts d'utilisation des immobilisations (sans renchérissement) pour l'année tarifaire 2021 :

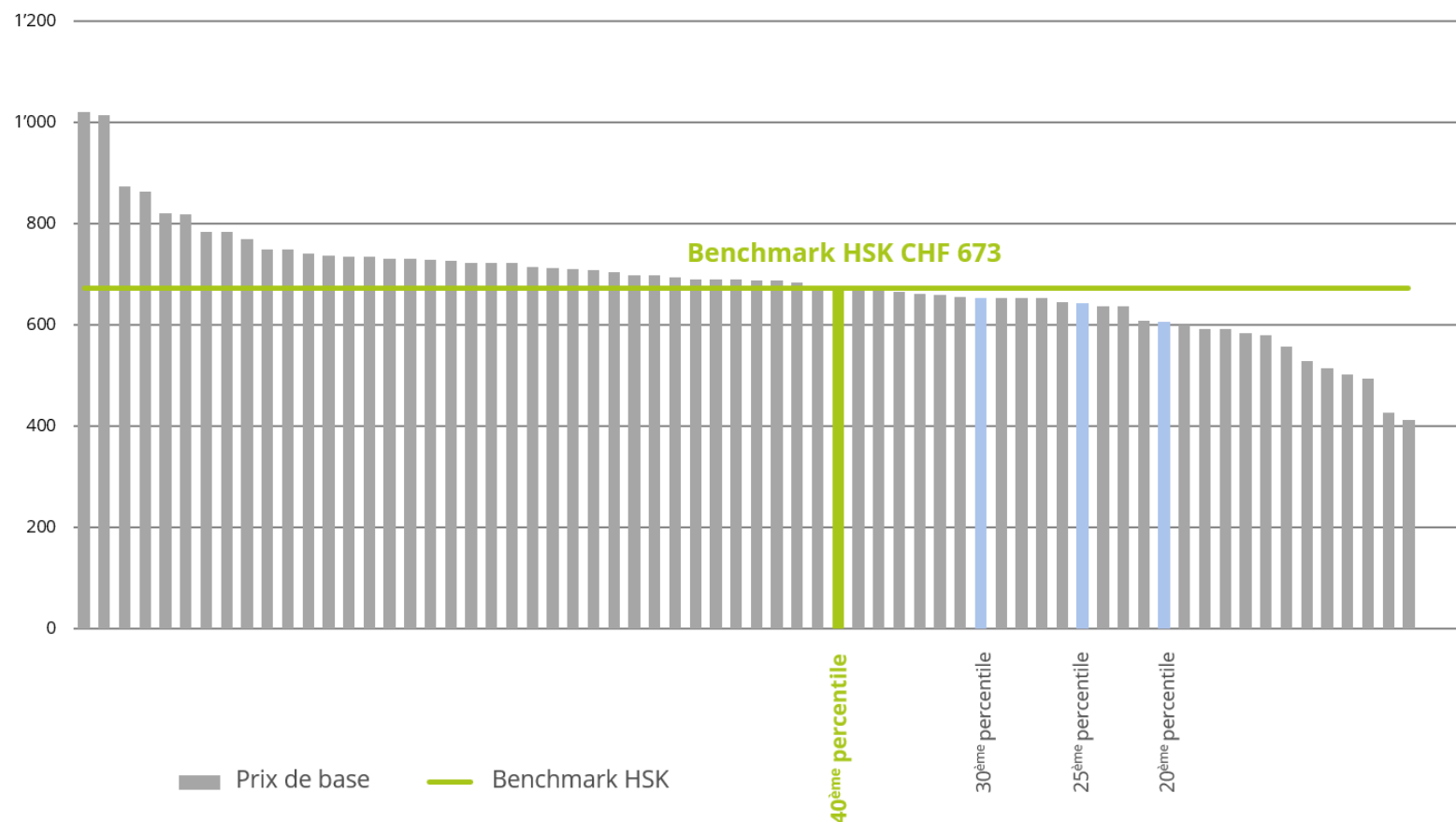


Figure 11 : Benchmark HSK TARPSY 2021

4. Clustering

4.1 Contexte

La structure tarifaire TARPSY doit augmenter la transparence et la comparabilité des prestations, des coûts et de la qualité. Elle vise à représenter les différences dans la structure des coûts de différents groupes de patients et traitements de telle sorte que les frais du traitement puissent être remboursés d'après les charges réelles. A cette fin, les pondérations des coûts sont attribuées par groupe – PCG (Psychiatric Cost Group) – et par jour. Ces pondérations des coûts subordonnées à la durée du séjour sont déterminées pour chaque groupe et multipliées par le prix de base. La complexité du traitement et, partant, les différences de coûts sont ainsi représentées de manière théorique.

4.2 Objectif

La Communauté d'achat HSK s'est fixé pour objectif de continuer – de façon analogue au benchmark de l'année tarifaire 2020 – à appliquer et à développer le clustering dans le domaine de la psychiatrie, de sorte d'identifier les différences de coûts en se basant sur des données et d'expliquer les différenciations de prix entre les hôpitaux.

Le prix pour un cas de base est essentiellement régi par les coûts, mais il favorise aussi l'efficacité. Les différences de coût dépendent en partie des inefficiences, mais aussi en partie d'autres causes.

La structure tarifaire TARPSY a été mise en place en 2018 et les différences de coûts entre les hôpitaux ne peuvent pas toutes être expliquées par les données. Des informations complémentaires et des considérations individuelles sur les hôpitaux peuvent contribuer à identifier des solutions et à renforcer l'autonomie tarifaire par les partenaires tarifaires.

4.3 Ensemble de données analysées

Durant l'année tarifaire 2019, la structure tarifaire TARPSY a été appliquée par tous les psychiatres. L'ensemble de données analysées contient uniquement les hôpitaux compris dans le benchmark (n = 62) et les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking conformément au calcul de la Communauté d'achat HSK. De plus, l'ensemble de données analysées intègre désormais des informations issues de la statistique des hôpitaux, des chiffres-clés des hôpitaux suisses et de la statistique médicale de l'OFS – datant de 2019 | 2018 | 2017 suivant leur disponibilité – ainsi que d'autres informations (comme le placement à des fins d'assistance). Par rapport aux indicateurs de la statistique médicale, HSK privilégie en principe les indicateurs calculés à partir de son modèle tarifaire et s'appuyant sur les bases de données remises par les hôpitaux. Les indicateurs de la médecine statistique permettent toutefois de vérifier la plausibilité des indicateurs calculés par HSK.

D'autres cas psychiatriques (p. ex. forensique) apparaissent toujours comme « tarif psychiatrique » dans la statistique médicale. Le Grouper TARPSY (version de tarification 2019 | 2019) s'applique toutefois à tous les cas psychiatriques indépendamment du tarif. Une valeur PCG ou TARPSY est attribuée à chaque cas psychiatrique. Les variables employées par la Communauté d'achat HSK se basent exclusivement sur les cas TARPSY.

L'ensemble de données analysées comprend les variables et prédicteurs suivants⁷, divisés en trois catégories :

1) Structure de l'hôpital

- Nombre de cas ¹⁾
- Médecins assistants en psychiatrie ²⁾
- Médecins en psychiatrie ³⁾
- Personnel soignant en psychiatrie ³⁾
- Personnel soignant | Médecins ³⁾

2) Degré de spécialisation de l'hôpital

- Nombre de PCG différents à 4 positions ^{4/5)}
- Spécialisation ^{4/5/6)}
- Spécialisation HSK ^{4/5/6)}
- Spécialisation ANQ ^{4/5/7)}

3) Patients de l'hôpital

- Placement à des fins d'assistance ⁸⁾
- Daymix Index ¹⁾
- Part de splits A par rapport à l'ensemble des cas ^{4/5)}
- Part des cas d'urgence ⁵⁾
- Part des enfants ⁵⁾
- Part des plus de 65 ans ⁵⁾
- Nombre de diagnostics secondaires chez les patients > 65 ans ⁵⁾

Les variables « médecins assistants », « médecins » et « personnel soignant » sont uniquement indiquées pour l'hôpital dans son ensemble, pas par domaine spécialisé. C'est pourquoi des calculs complémentaires ont été réalisés afin de pouvoir appliquer ces variables au domaine spécialisé Psychiatrie :

- La part psychiatrique de l'hôpital. Celle-ci est calculée en divisant le « nombre de cas psychiatriques » par le « nombre total de cas ».
- Les variables « médecins assistants », « médecins » et « personnel soignant » sont multipliés par la valeur « part psychiatrique ».
- Ces résultats font l'objet d'une pondération avec le nombre de « cas psychiatriques » de l'hôpital pour qu'il soit possible d'établir une comparaison des hôpitaux.

⁷ Sur la base des sources de données suivantes :

1) Modèle tarifaire ITAR_K®, année tarifaire 2019
2) OFS – statistique des hôpitaux, année tarifaire 2017
3) OFS – chiffres-clés des hôpitaux suisses, année tarifaire 2018
4) Grouper TARPSY de SwissDRG, version de tarification 2.0
5) OFS – statistique médicale des hôpitaux, année tarifaire 2019
6) Données HSK des responsables de négociations
7) Critères ANQ de différenciation
8) Direction de la santé Zurich, année tarifaire 2018

Les variables de spécialisation ont en outre été contrôlées, l'une selon la définition d'HSK, l'autre selon la définition de l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques). Les compositions des deux variables sont listées comme suit :

Spécialisation HSK	Spécialisation ANQ
- Addiction (> 70% de tous les cas) - Dépression (> 70% de tous les cas) - Autres	- Cliniques pour les troubles liés aux addictions (> 90% avec diagnostic F1) - Pas de cliniques pour les troubles liés aux addictions (autres)

Pour s'appuyer sur des spécialisations les plus différenciées possible, la Communauté d'achat HSK a décidé d'utiliser sa propre définition des spécialisations comme l'année précédente.

4.4 Méthodologie

Le procédé de clustering revêt un caractère exploratoire et vise à analyser si une structure déterminée apparaît dans les données. Ce procédé permet de regrouper les hôpitaux en clusters compte tenu des caractéristiques choisies pour le clustering. A cet égard, chaque cluster doit être aussi homogène que possible en soi, alors que les différents clusters doivent se distinguer au maximum les uns des autres.

La méthode de clustering utilisée est hiérarchisée, avec une procédure qui est donc basée sur la distance. Les différences et les similitudes des hôpitaux sont quantifiées comparativement sous forme de mesures de distance, compte tenu des prédictors pris en compte. Il en ressort une certaine structure dans les données, et les clusters sont constitués à partir de ces mesures de distance. Pour éviter toute distorsion du modèle, les prédictors utilisés doivent présenter le moins de corrélations possible.

Une analyse complète et descriptive de l'ensemble des données a été effectuée préalablement au clustering. Les corrélations entre les différents prédictors ont été examinées afin de s'assurer que les prédictors sélectionnés ne génèrent aucune distorsion dans le modèle.

La figure suivante met en évidence le degré de corrélation entre les prédictors. Plus la couleur (gris ou vert) est foncée, plus la corrélation (positive ou négative) est forte. Les corrélations entre ces variables et les deux variables de spécialisation ont également été scrutées. Comme prévu, la variable « pcg_4_n » affiche une forte corrélation avec les variables de spécialisation. Sinon, les corrélations ne sont pas préoccupantes.

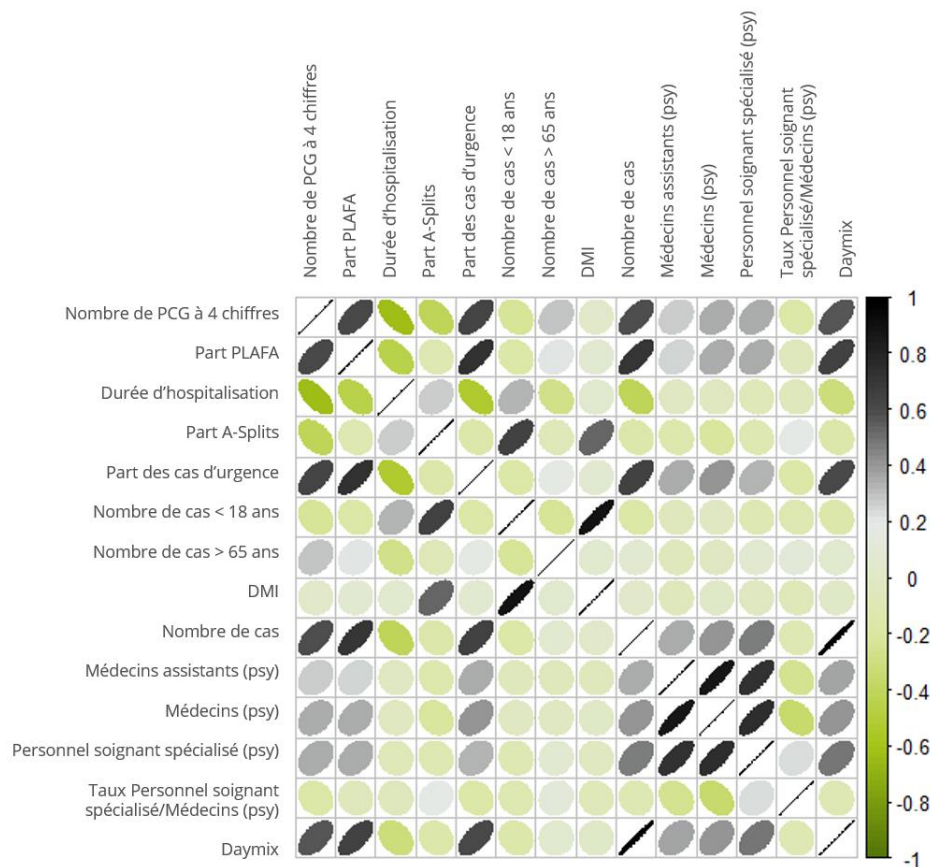


Figure 12 : Corrélations entre les variables examinées

Les clusters permettent de tirer les conclusions suivantes :

- D'une manière générale, des liens étroits apparaissent entre les différentes variables. Comme des colinéarités⁸ peuvent se produire, pour affiner le clustering l'une des deux variables fortement corrélées ($> 0,7$) doit être exclue afin d'éviter des distorsions. La figure ci-dessous conduit aux conclusions suivantes : Les variables « PCG », « PLAFA » (Placement à des fins d'assistance), « Urgence », « Cas » et « Durée de séjour » présentent de fortes corrélations entre elles.
- En ce qui concerne la « part des enfants » et la « part de splits A », il faut tenir compte du fait que les enfants sont notamment codés en tant que « split A » et que les variables affichent par conséquent une forte corrélation. Comme ces variables illustrent des cas plutôt difficiles, elles affichent également une forte corrélation positive avec le « DMI ». Le modèle doit donc prendre en considération les enfants ou la « variable Split A ».
- La variable « Age » présente peu de corrélations avec les autres variables.
- Le nombre de cas affiche une corrélation positive forte avec les variables « PCG », « PLAFA », « Daymix ». Une légère corrélation positive avec les « variables Personnel » apparaît.
- Les « variables Personnel » ne présentent que de légères corrélations avec les autres variables, mais de fortes corrélations entre elles. C'est pourquoi elles ne peuvent pas être prises en compte ensemble dans le clustering, le cas échéant.

⁸ Les vecteurs colinéaires sont des vecteurs parallèles ou antiparallèles. L'un des deux vecteurs est un multiple de l'autre.

4.5 Résultats du clustering

Le clustering a été effectué avec différentes combinaisons de prédicteurs et nombres de clusters. Comme la formation des groupes s'appuie sur les prédicteurs utilisés, le choix des prédicteurs est décisif.

L'intégration d'une variable « Personnel » (« Assistants », « Médecins » et « Soins ») en tant que prédicteur dans le modèle n'a pas abouti à de nouvelles conclusions sur la structure des données. Aucun nouveau cluster n'est identifiable, et ces variables n'ont aucune influence sur l'attribution des hôpitaux aux différents clusters. Comme il faut éviter une surspécification du modèle (prise en compte de variables non pertinentes), ces variables ne sont pas prises en considération pour le clustering.

Nous avons également essayé de regrouper deux cliniques avec une part de patients âgés supérieurs à la moyenne en utilisant la variable « 65 ans » dans un cluster. Néanmoins, ces cliniques diffèrent dans toutes les autres dimensions. Cette variante n'a pas non plus été prise en considération.

4.6 Clusters HSK

La Communauté d'achat HSK tenait à sélectionner la variante de clustering qui garantissait le maximum de clarté en termes de contenu et du point de vue statistique. Les prédicteurs de la variante choisie du clustering sont les suivants :

- Spécialisation HSK (addiction, dépression, autres)
- Placement à des fins d'assistance en tant que variable binaire (0 si < 5 pour cent, sinon 1)
- Part des enfants

Sur cette base, la Communauté d'achat HSK a pu identifier les clusters suivants :

Cluster	Nombre d'hôpitaux par cluster
▪ Cliniques pour enfants et adolescents	4
▪ Hôpitaux de soins de base avec PLAFA	31
▪ Hôpitaux de soins de base sans PLAFA (< 5%)	18
▪ Cliniques pour troubles liés aux addictions	7
▪ Cliniques spécialisées (spécialisation « dépression »)	2

Différentes représentations ont été utilisées pour valider et visualiser les résultats du clustering. Le « diagramme de silhouette » donne des indications sur la structure du cluster et montre dans quelle mesure l'attribution de l'hôpital au cluster est appropriée :

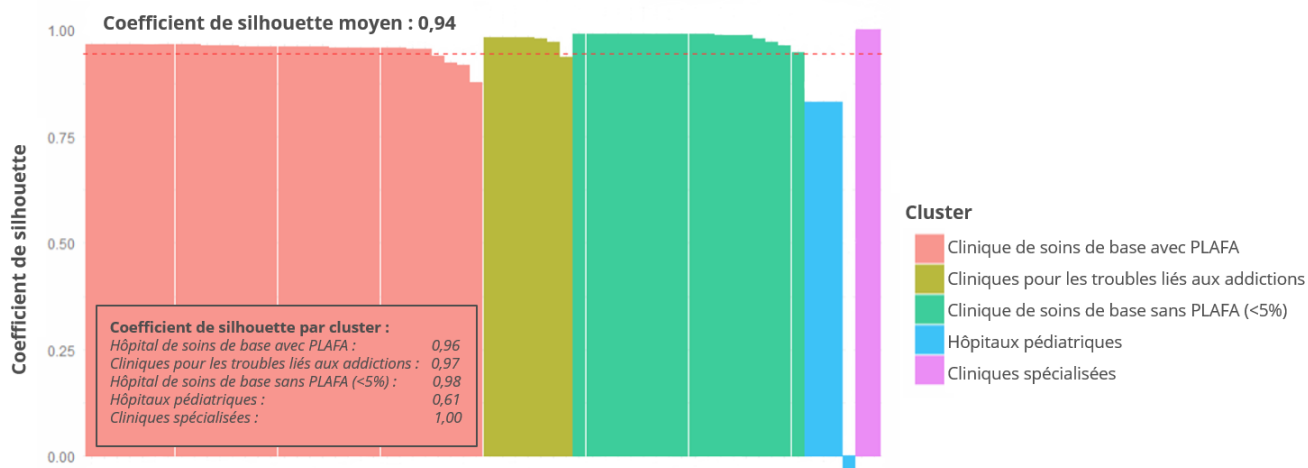


Figure 13 : Diagramme de silhouette

Le « diagramme de silhouette » est une validation du clustering, tandis que le « coefficient de silhouette » fournit des indications sur la qualité du clustering. On retrouve ces « coefficients de silhouette » pour les différents hôpitaux, les différents clusters et l'ensemble de données, constitué ici des trois prédicteurs.

Un « coefficient de silhouette » supérieur à 0,7 présente une bonne structure. Une structure affichant un coefficient 0,5 est d'un niveau raisonnable. Dans cette figure, la structure est excellente compte tenu de son « coefficient de silhouette » de 0,94. L'hôpital affichant un « coefficient de silhouette » négatif correspond à l'« Etablissement hospitalier du Nord vaudois », considéré comme un hôpital pédiatrique, alors que ce n'est pas le cas à strictement parler. D'un point de vue statistique, cet hôpital ne peut pas intégrer ce cluster.

La représentation en 3D permet de visualiser les résultats où chaque point d'un hôpital et chaque nuage de points correspond à un cluster.

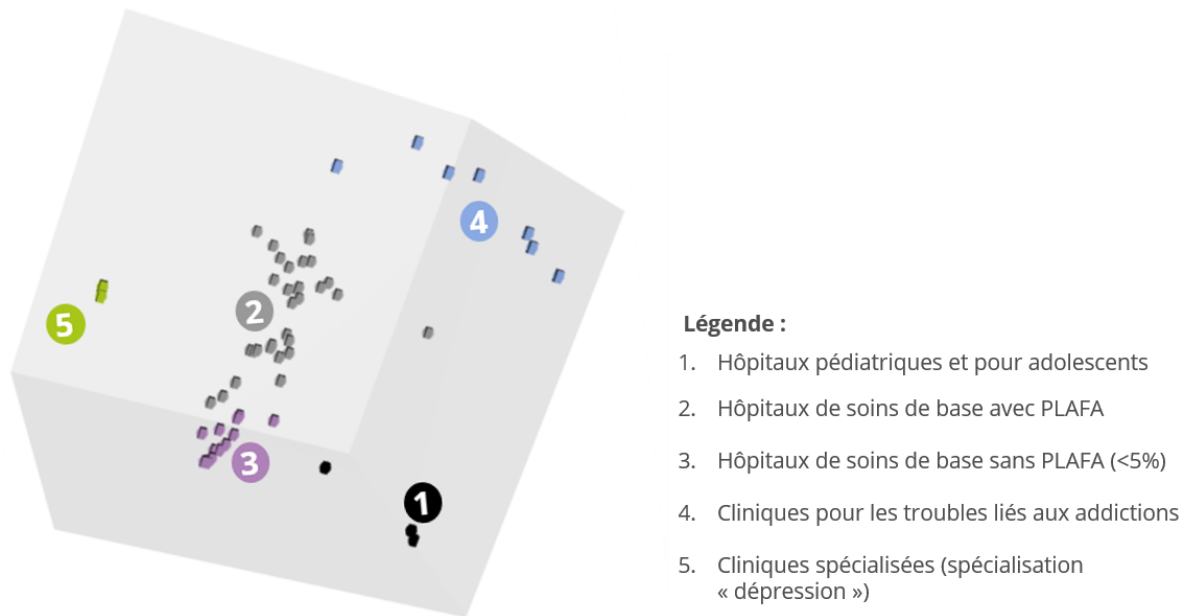


Figure 14 : Résultats du clustering TARPSY

Ce « diagramme tridimensionnel » montre que les hôpitaux se différencient parfois clairement les uns des autres compte tenu des prédicteurs utilisés. Les cliniques pour les troubles liés aux addictions (cluster 4) et les cliniques spécialisées (cluster 5) sont bien identifiables. Les hôpitaux pédiatriques et pour adolescents sont moins homogènes, mais bien identifiables (cluster 1). Le gros nuage de points au milieu est composé de tous les hôpitaux de soins de base qui se différencient bien par rapport aux autres hôpitaux. Il est toutefois plus difficile de distinguer une séparation claire entre les hôpitaux avec ou sans PLAFA.

4.7 Les clusters HSK comme base des négociations

Pour l'année tarifaire 2021, la Communauté d'achat HSK tire les conséquences suivantes des clusters formés :

- Les enseignements analytiques et méthodologiques permettent de renforcer la comparabilité des hôpitaux ;
- Les clusters présentent des caractéristiques qui justifient les différences de coûts entre les hôpitaux ;
- Chaque hôpital a été affecté à l'un de ces cinq clusters compte tenu des résultats du clustering (cf. liste en annexe) ;
- Les cinq clusters déterminés sont pris en compte dans les négociations de prix.

La Communauté d'achat HSK a donc défini pour chaque cluster un écart tarifaire par rapport au benchmark :

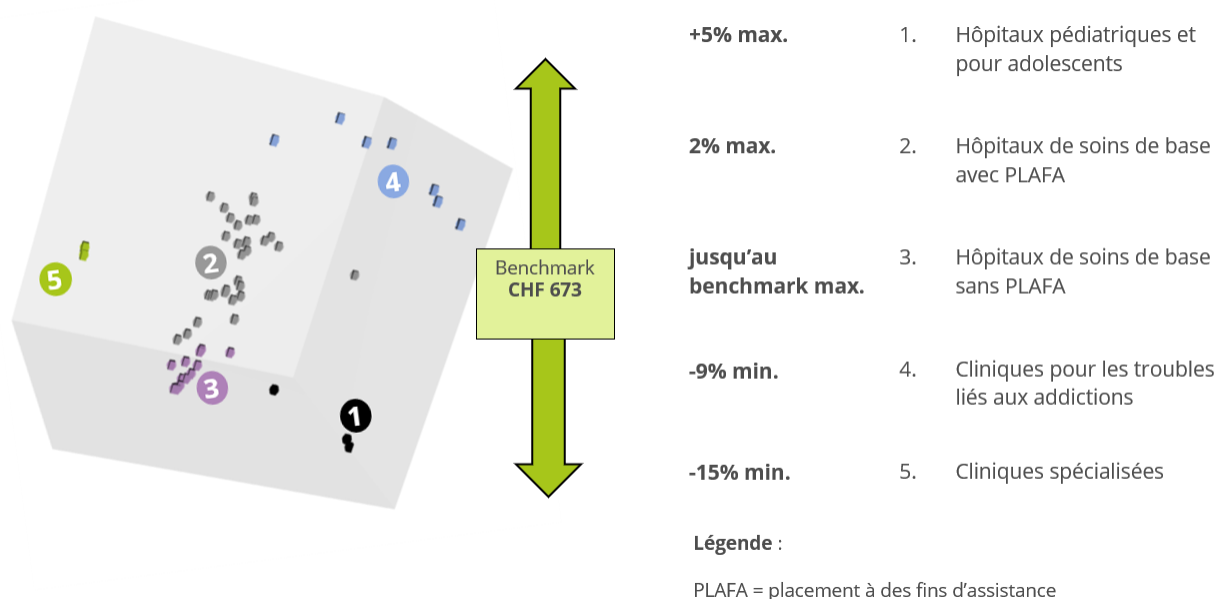


Figure 15 : Différenciation des prix par cluster

La Communauté d'achat HSK crée des conditions basées sur des données pour appréhender l'autonomie tarifaire au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entre les partenaires tarifaires.

5. Récapitulatif

Le benchmark TARPSY HSK...

- s'élève pour l'année tarifaire 2021 à **673** francs (sans renchérissement) ;
- est établi sur la base du 40^{ème} percentile ;
- est fondé sur des données pour la détermination de la valeur de référence nationale ;
- inclut tous les types d'hôpitaux psychiatriques ;
- inclut 85 pour cent de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques ;
- constitue un élément essentiel à la base du mécanisme de calcul des prix ;
- est valide et représentatif ;
- constitue, avec les clusters définis, la base des différenciations de prix basées sur des données avec les hôpitaux.

Des points faibles subsistent :

- Indication correcte des jours de soins décomposables selon TARPSY 3.0 et du calcul du DM qui en découle.
- Données manquantes sur le volume des nouvelles rémunérations supplémentaires TARPSY.
- De trop faibles déductions au titre des coûts des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire nécessitent une déduction normative, conformément à la recommandation de la CDS.
- Une différenciation trop faible des coûts dédiés à l'enseignement universitaire et à la recherche dans des unités finales d'imputation distinctes nécessite une déduction normative, hormis pour les hôpitaux dont les coûts effectifs sont jugés plausibles.
- Les prix de base basés sur les coûts des différents hôpitaux présentent toujours de fortes disparités.
- La Communauté d'achat HSK ne peut exclure que le benchmark prenne en compte des conditions inégales 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 non plus possible d'exclure que des prestations d'intérêt général qui ne doivent pas être financées au titre de la LAMal soient comprises dans les coûts pertinents du benchmarking. Et ce notamment pour les coûts visant à maintenir des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

6. Annexe

Le benchmark TARPSY inclut 62 hôpitaux avec les prix de base calculés et corrigés dpar le DM ci-après (avec CUI conformément à l'OCP, sans renchérissement, 40^{ème} percentile), affectés aux clusters selon la désignation définie⁹ :

N° ID	Prix de base HSK calculé en CHF	N° de cluster	Désignation du cluster
P1	501	1	Cliniques spécialisées (spécialisation « dépression »)
P2	590	1	Cliniques spécialisées (spécialisation « dépression »)
P3	494	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P4	532	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P5	613	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P6	652	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P7	667	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P8	677	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P9	1019	2	Cliniques pour les troubles liés aux addictions
P10	425	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P11	513	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P12	605	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P13	608	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P14	648	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P15	664	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P16	684	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P17	689	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P18	698	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P19	709	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P20	710	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P21	712	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P22	735	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P23	735	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P24	749	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P25	783	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P26	866	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P27	873	3	Hôpital de soins de base sans PLAFA
P28	412	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P29	585	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P30	600	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P31	635	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P32	637	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P33	654	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P34	656	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA
P35	656	4	Hôpital de soins de base avec PLAFA

⁹ Pour des raisons liées à la protection des données, les hôpitaux ne sont pas cités nommément, mais identifiés à l'aide d'un numéro interne.

P36	665	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P37	671	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P38	682	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P39	687	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P40	693	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P41	693	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P42	697	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P43	699	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P44	700	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P45	703	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P46	722	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P47	723	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P48	727	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P49	728	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P50	728	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P51	731	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P52	733	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P53	735	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P54	737	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P55	757	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P56	763	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P57	793	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P58	1021	4	Hôpital de soins de base avec PLAFa
P59	581	5	Hôpitaux pédiatriques
P60	768	5	Hôpitaux pédiatriques
P61	822	5	Hôpitaux pédiatriques
P62	843	5	Hôpitaux pédiatriques

Index des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BM	Benchmark Valeur du benchmark
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CE	Comptabilité analytique
CEN	Coûts d'exploitation nets
COVID-19	(anglais) Coronavirus Disease 2019
CPB	Coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DM	Daymix
DMI	Daymix Index
DP P	Assurés demi-privé privé
ITAR_K®	Modèle tarifaire intégré basé sur la comptabilité 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
PCG	Psychiatric Cost Group
PLAFA	Placement à des fins d'assistance
REKOLE®	Standards de la « Comptabilité analytique à l'hôpital »
RS	Rémunération supplémentaire
TAF	Tribunal administratif fédéral

Renseignements

En cas de question concernant le benchmark TARPSY, les autorités d'approbation peuvent s'adresser au gestionnaire tarifaire « Psychiatrie » :

- Caroline Gross, téléphone 043 340 63 56, e-mail : c.gross@ecc-hsk.info
- Marco Migliarese, téléphone 043 340 80 10, e-mail : m.migliarese@ecc-hsk.info