EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

# Communauté d'achat HSK
# Benchmark SwissDRG
# Année tarifaire 2021

## Données de l'année: 2019
## Publication: septembre 2020

# Synthèse

Pour calculer le 25e 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.

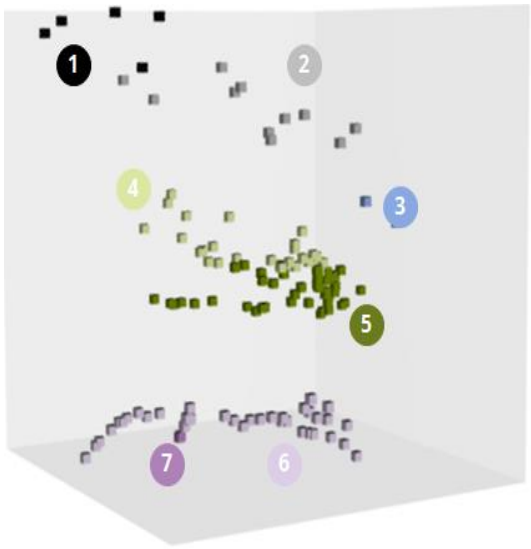
Le benchmark HSK est basé sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national: 26 cantons, 87 pour cent du case-mix. Toutes les catégories OFS ont été prises en compte.

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

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

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

Pour différencier les prix, HSK utilise les clusters qui en résultent et la fourchette de prix correspondante. Celle-ci est définie pour chaque cluster sur la base des prix actuels:




| Cluster | Fourchette pour le BM | Catégories d'hôpitaux HSK (cluster) |
|---|---|---|
| | jusqu'à 13% env. | 1 Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires) |
| | jusqu'à 2% env. | 2 Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée) |
| | jusqu'à 11% env. | 3 Hôpitaux pédiatriques |
| | jusqu'à 1% env. | 4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée |
| | jusqu'au BM | 5 Hôpitaux de soins de base |
| **Valeur BM HSK 9'522 francs** | | |
| | inférieur d'au moins 2% | 6 Hôpitaux sans urgences (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base) |
| | | 7 Maisons de naissance |

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

# Contenu

**Synthèse** ..... **2**

**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*** (1er niveau = benchmark (BM, valeur de référence), 2e niveau = négociations de prix individuelles). Il s'ensuit que la valeur BM doit être considérée comme une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les hôpitaux.
- Le benchmarking doit par principe être **fondé sur les coûts** (coûts d'exploitation des hôpitaux pertinents pour le BM). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure BM.
- Le BM doit être calculé **pour toute la Suisse** aboutissant à une valeur de référence elle aussi idéalement nationale.
- Le BM doit comprendre un **volume comparatif** le plus **grand** possible et **représentatif** pour tous les hôpitaux, afin notamment d'être exempt de distorsions à la concurrence et de parvenir à calculer de manière la plus précise et réelle les données de coûts et de prestations pertinentes pour le BM et qui doivent être comparées **selon une méthode uniforme**. Une procédure BM qui présélectionne certains hôpitaux ou groupes d'hôpitaux n'est pas admise.
- Le BM doit se baser le plus possible sur des chiffres effectifs plutôt que sur des valeurs normatives.
- Plus le nombre d'hôpitaux dans le BM est faible, plus les exigences en matière de calcul correct des coûts d'exploitation pertinents pour le BM sont élevées.
- Il n'est pas admis de fixer une valeur BM pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le BM n'ont pas été collectées **de manière conforme à la LAMal**.
- Dans un jugement, le tribunal considère que le référentiel benchmark pour la mesure de l'efficience doit concrètement être fixé à un percentile bas[1].
- 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 publiée[2]. 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'efficience des prestations fournies, soit concrètement d'une fixation d'un percentile bas».*

[2] *https://www.bag.admin.ch|bag|fr|home|versicherungen|krankenversicherung|krankenversicherung-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 national[3].

- 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 25ème percentile[4].

## 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 Zurich[5]** | 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'efficience. |
| **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 25e 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-grundsaetze-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-K© des hôpitaux (et plus les données de l'OFS) de l'année 2018[6]. 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 (baserate 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 25e 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

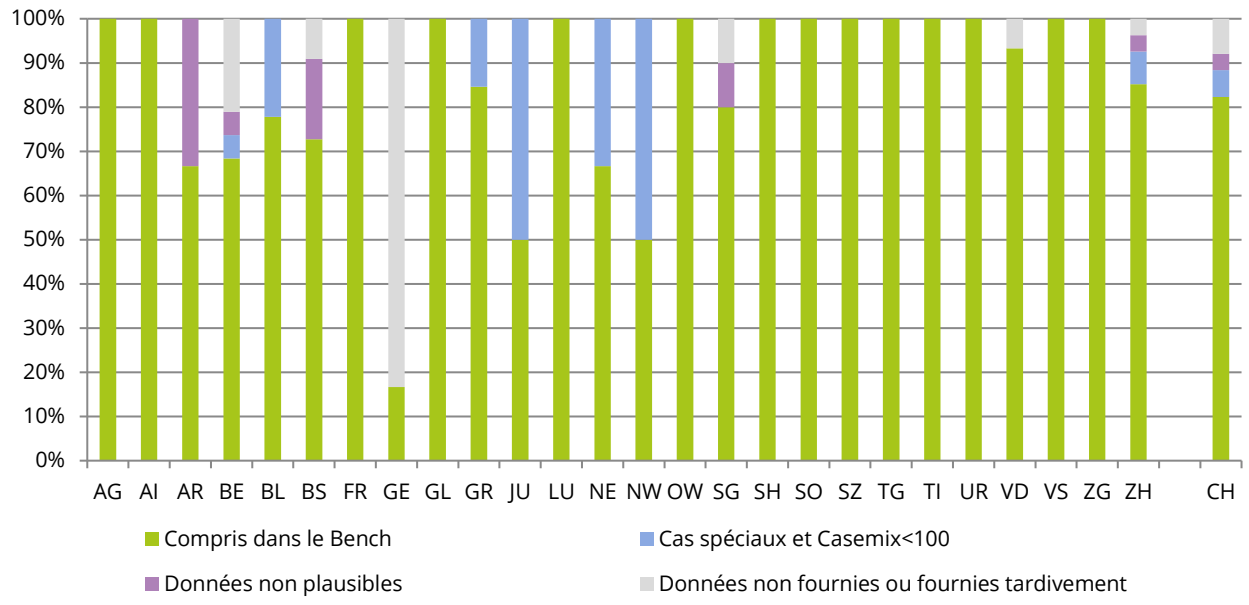
Ne sont pas pris en compte dans le benchmark:

- 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 \| néonatologie | 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 10e 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

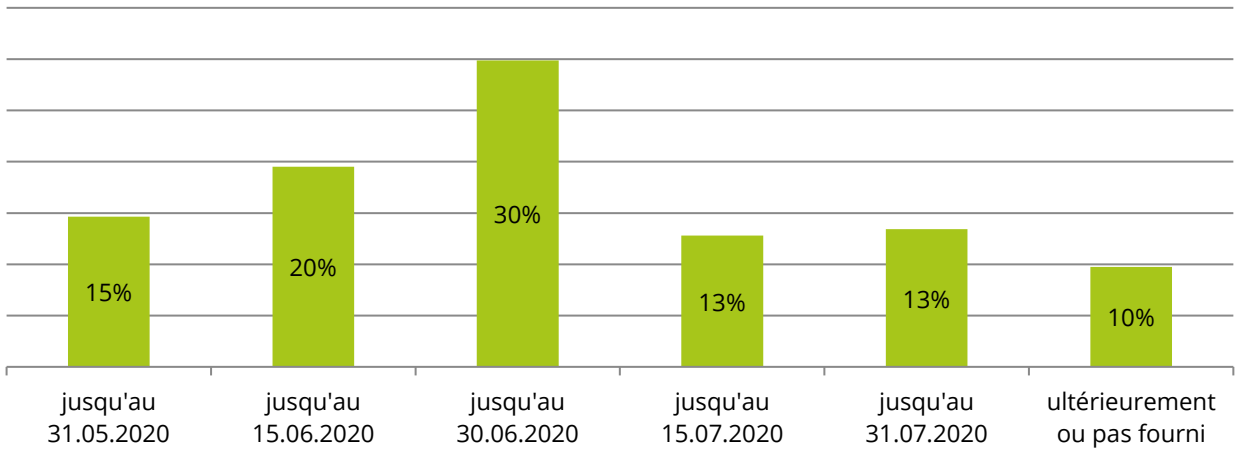
Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les hôpitaux appliquent REKOLE® «Comptabilité de Gestion à l'hôpital» (Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations). Une application systématique des standards REKOLE® améliore la transparence et la comparabilité des coûts d'exploitation 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 insuffisamment[7].

**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-grundsaetze-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 bouclement 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'efficience de l'hôpital situés en-dessous de la valeur du benchmark ou entraînent des réductions d'inefficience 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'accentuera 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.).

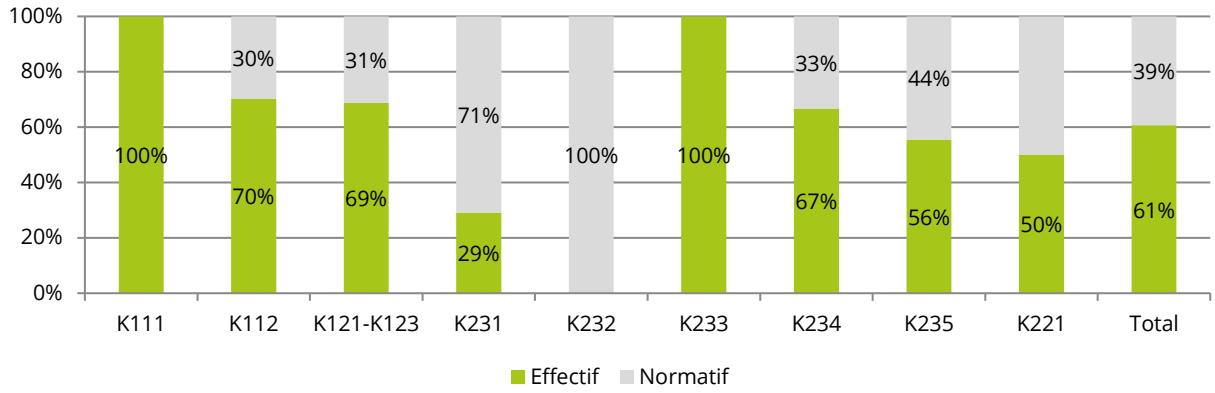
## Enseignement universitaire et recherche

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.

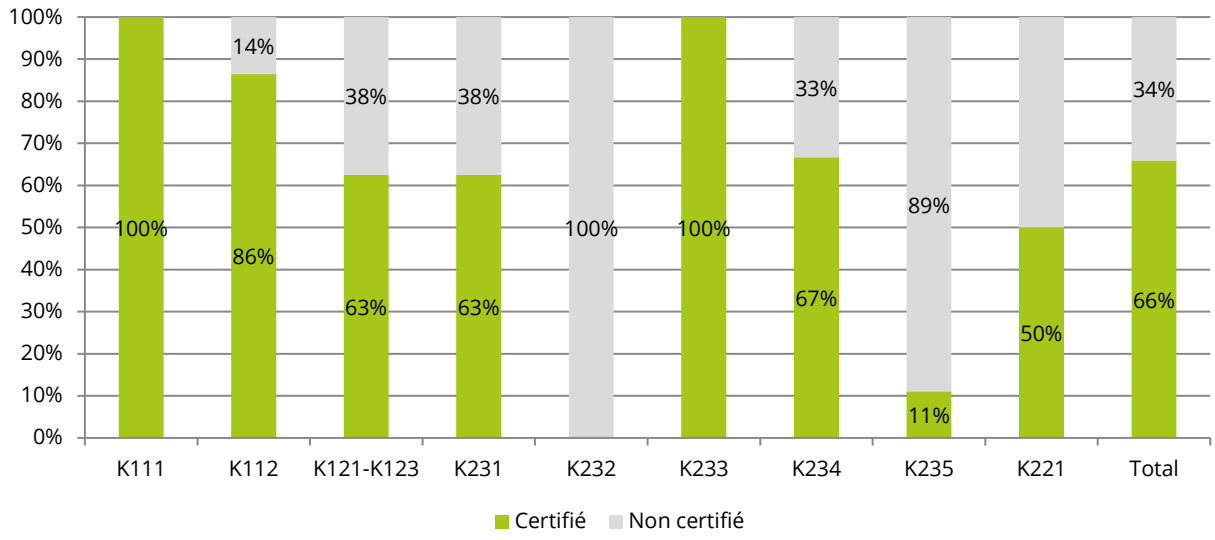
C'est pourquoi HSK utilise comme minimum pour le benchmark les approches normatives selon les indications susmentionnées (voir 2.8). Le calcul différent ITAR_K© | HSK a les répercussions suivantes sur le benchmark:

| Frais supplémentaires LCA | ITAR_K© | | Calcul HSK[8] | | Différence |
|---|---|---|---|---|---|
| | LCA seulement | Total AM | LCA seulement | Total AM | Total AM (cas\|baserate) |
| **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<br>Valeurs normatives<br><75 lits: 0,8%<br>>75 lits: 1,5 %<br>>125 lits: 3,5%<br>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 | Déduction effective mais au minimum valeurs normatives selon l'approche de la CDS[9]:<br>▪ par cas DP: 800 francs<br>▪ par cas P:1'000 francs |
| ./. Coûts non compris dans le Baserate (DRG non évalués, indemnisations complémentaires, prestations tarifées séparément) | Données des hôpitaux. |
| Renchérissement | 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 | ▪ sont exclusivement pris en compte dans le BM les CUI selon l'OCP.<br>▪ la part en pourcent des CUI varie fortement selon les hôpitaux.<br>▪ 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 stricte[10].

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

Dans un arrêt, le TAF somme[11] 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 a 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 25e percentile calculé sur le base du nombre de fournisseurs de prestations»*[12]. Le 25e percentile comme seuil de référence pour calculer l'efficience de la fourniture de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire est par conséquent justifié. HSK fixe une mesure de l'efficience basse pour les raisons suivantes:

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

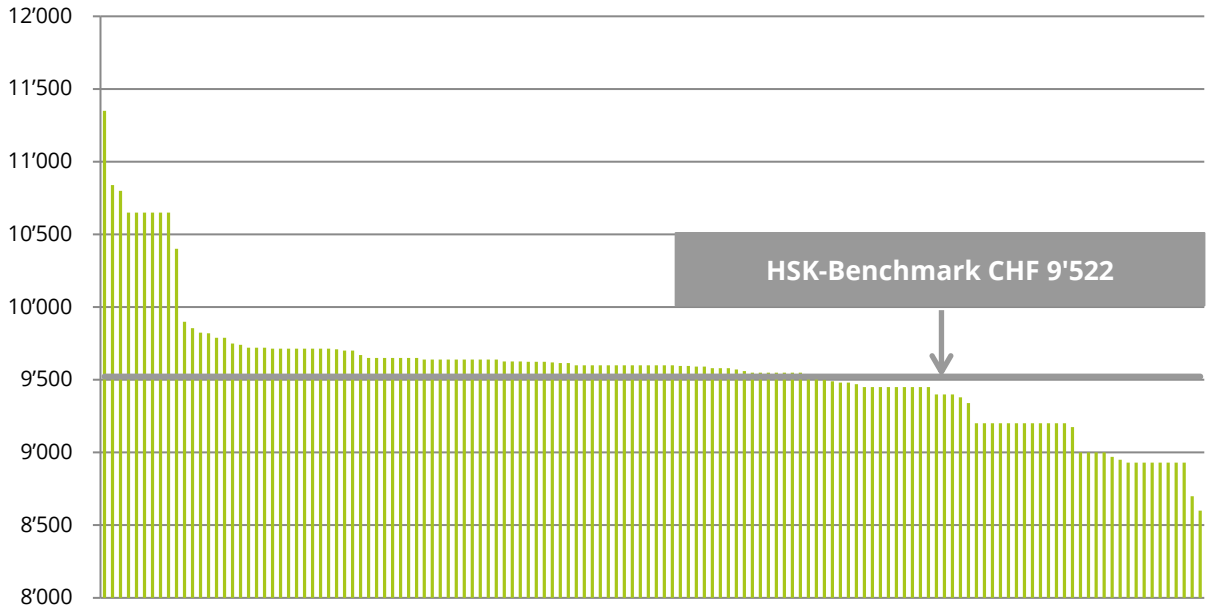
[11] *TAF C-4374|2017, C-4461|2017- 15.05.2019*

[12] *https://www.bag.admin.ch|bag|fr|home|versicherungen|krankenversicherung|krankenversicherung-revisionsprojekte|aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsaetze-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).

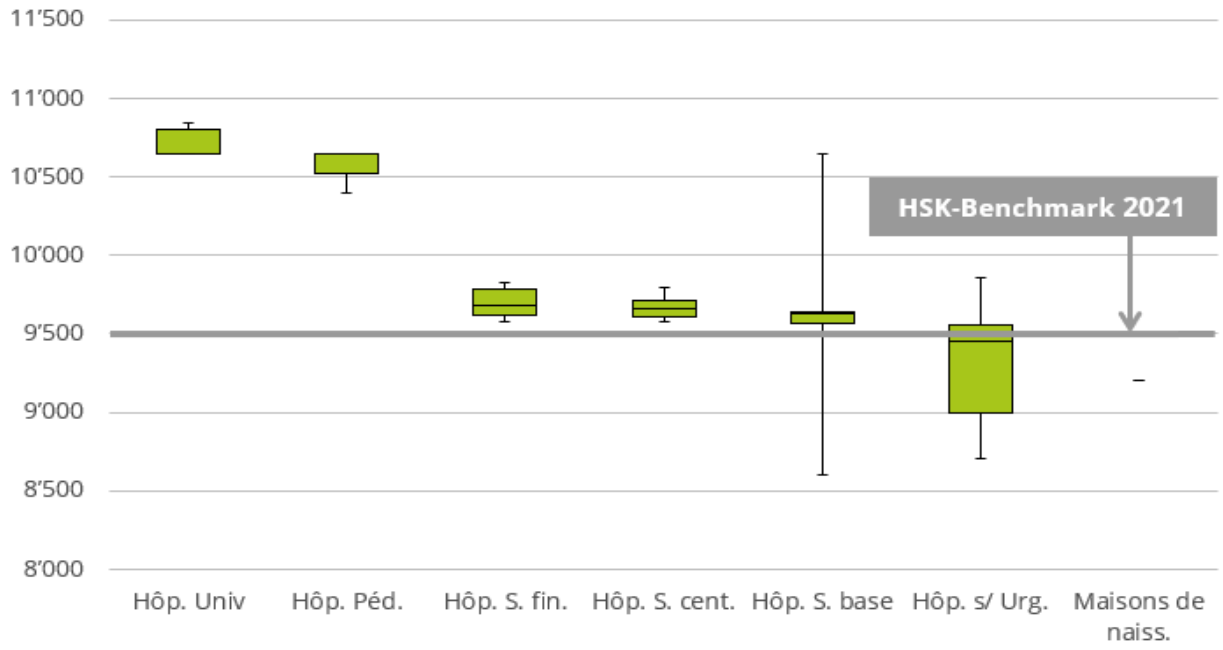
- En conséquence de cette procédure à deux niveaux, nombre d'hôpitaux bénéficient aujourd'hui déjà, en raison de leurs spécificités (par ex. prestations de réserve élevées, part élevée de patients complexes, intensité de la formation et du perfectionnement) de tarifs différenciés. La figure 5 illustre 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**



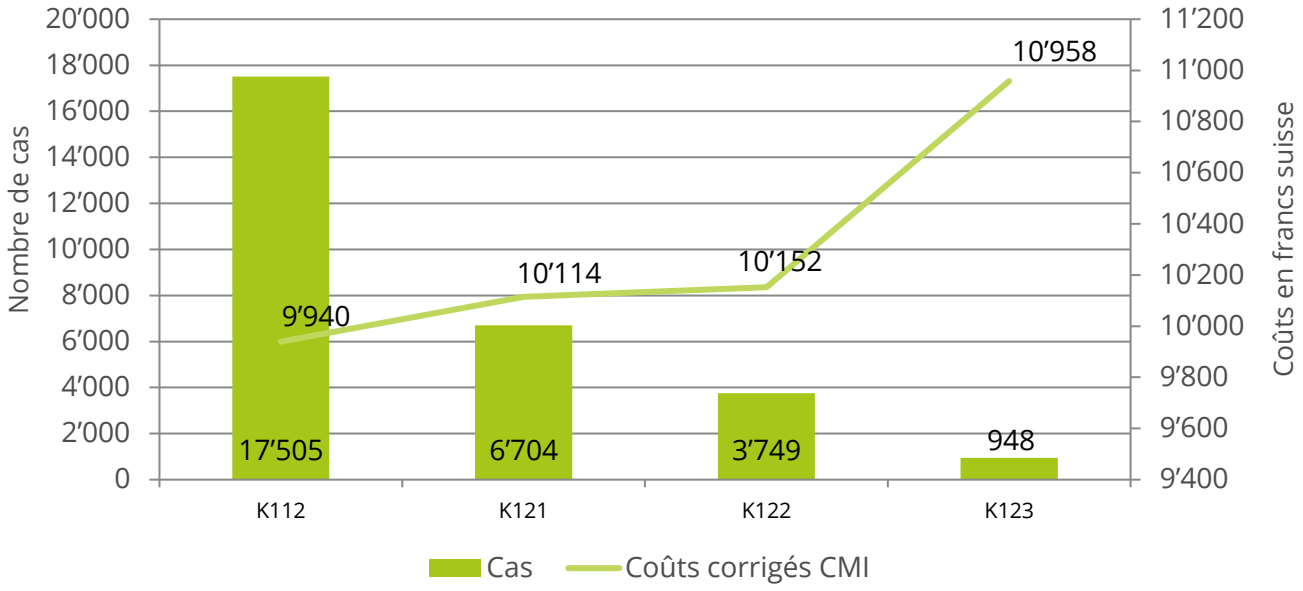

- Compte tenu de la différenciation des prix, le choix du 25$^{e}$ percentile ne signifie pas que 75 pour cent des hôpitaux sont systématiquement inefficients. Les inefficiences n'expliquent plutôt qu'une partie des différences de coûts. Comme mentionné précédemment, les tarifs actuels négociés, par 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 supérieurs 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.

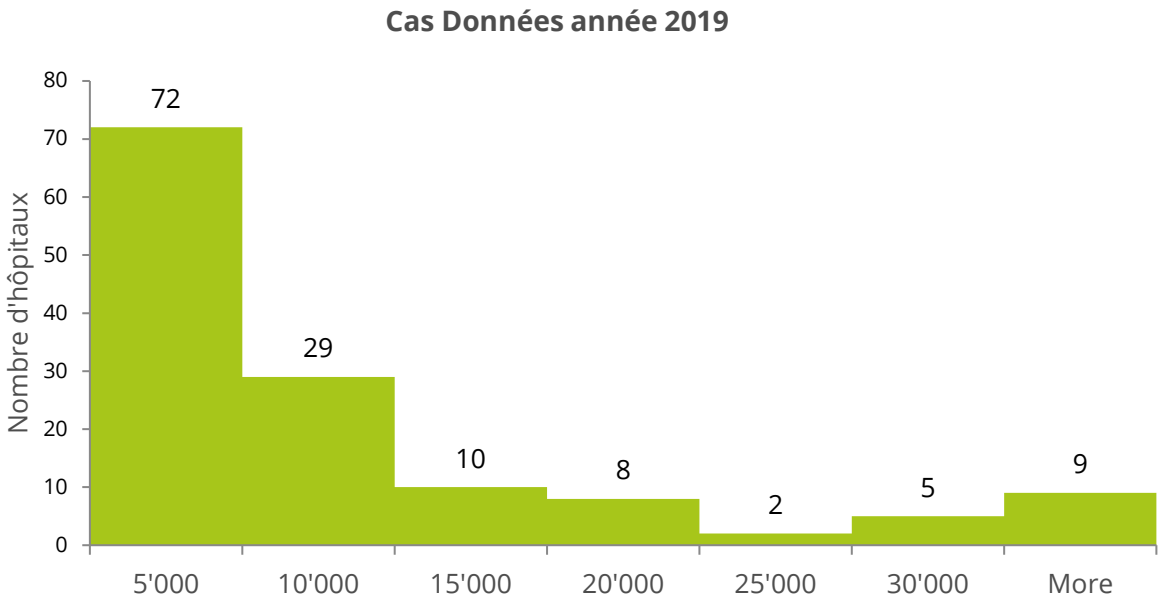
**Fig.7 Nombre de cas moyen et coûts pour les hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée**



- 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'échelle[13]. 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 jours[14]. Une concurrence accrue via un faible percentile peut conduire à une structure d'offre concentrée sur le marché des hôpitaux et à une optimisation des coûts de revient.

| *Cas Données année 2019 dans le benchmark* | |
|---|---|
| **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**

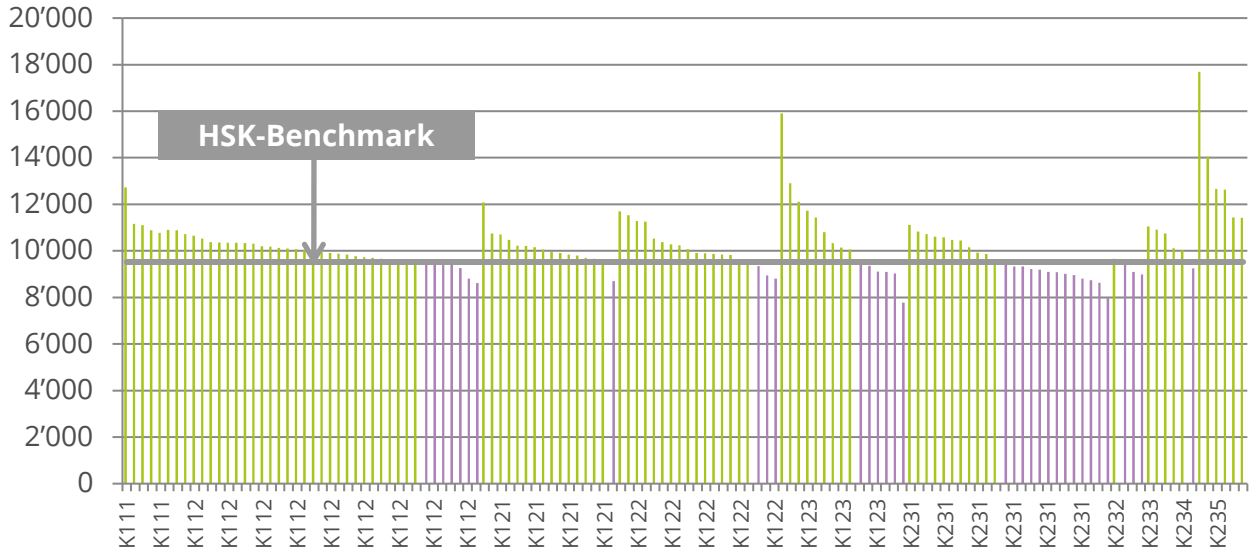



[13] *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search (M. Gianconti et al., 2017)*

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

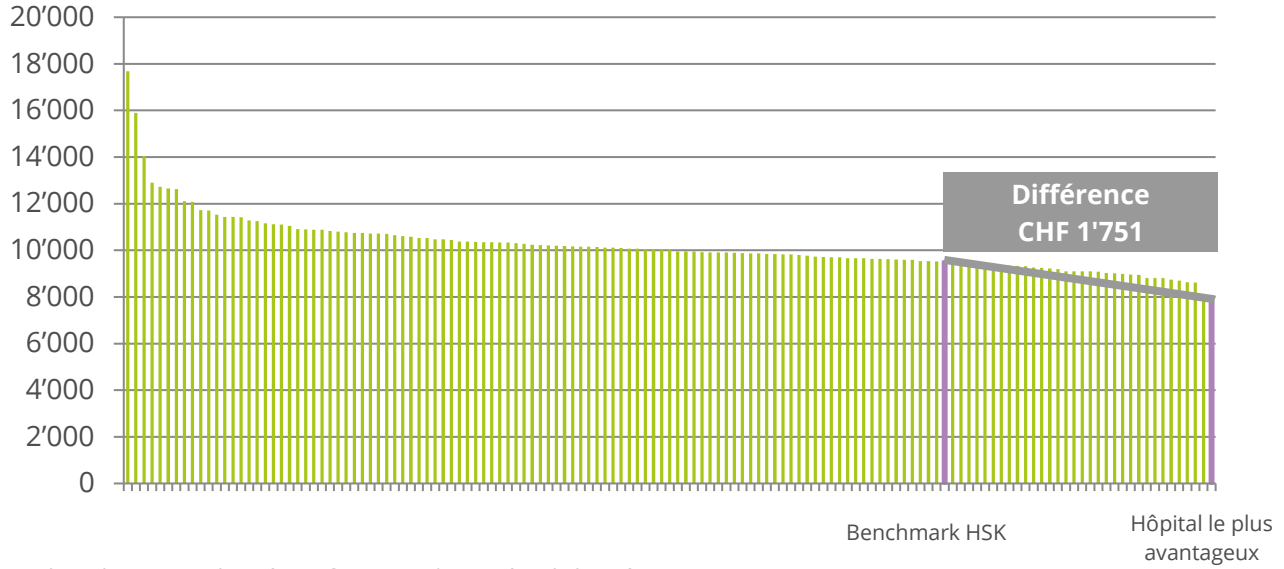
- A l'exception des hôpitaux universitaires (K111) et des hôpitaux pédiatriques (K233), toutes les catégories OFS sont représentées parmi les hôpitaux sous le benchmark (barres violettes de la fig.9). Ainsi, 15 hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée (7 hôpitaux K112 et 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 corrigées 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 efficients 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'efficience 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**

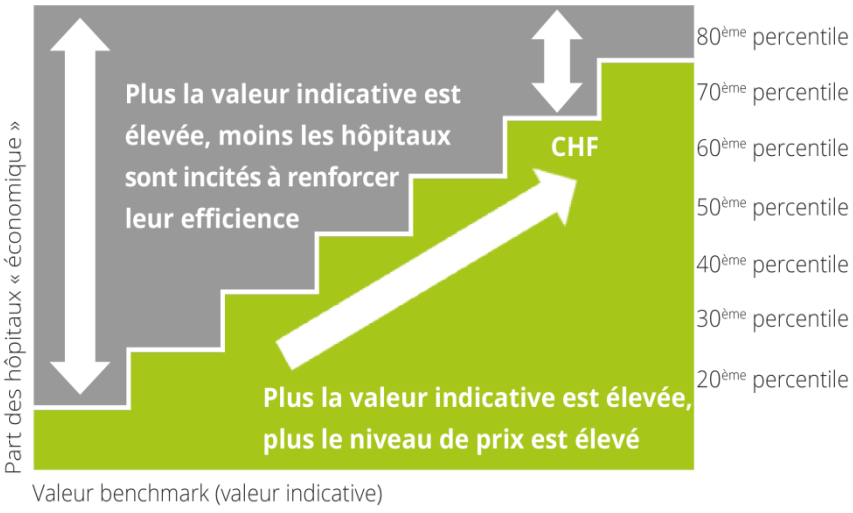


- S'il n'y a pas de concurrence effective entre hôpitaux, une mesure de l'efficience inférieure permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficiente. Les hôpitaux qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficiant encore de couverture de déficit budgétaire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

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

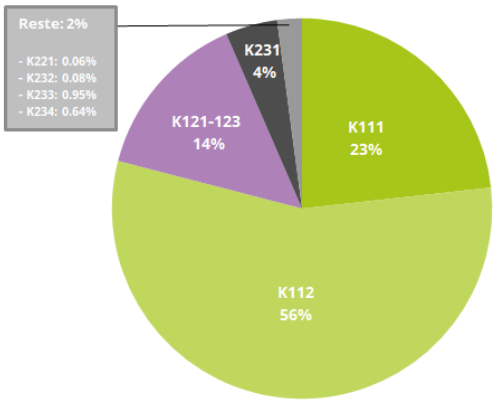
**Figure 11 Choix du percentile**

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



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

**Figure 12 Case-mix du BM HSK par catégorie OFS**




Environ 80 pour cent du volume de 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 1er avril 2020, examine les motifs qui justifient la pondération dans le cadre de l'évaluation comparative des hôpitaux et leur pertinence. Selon l'étude, la «*pondération en statistique appliquée est généralement comprise comme une tentative d'augmenter la représentativité d'un échantillon […]*». Dans le benchmarking hospitalier, cela signifie que la pondération en fonction du 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. «O*n 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 25e 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'efficience 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 efficiences seraient réduites ou «*diluées*[18]» pour eux. En conséquence, les efficiences ne seraient peut-être plus visibles. La pondération en fonction du nombre de cas ou du casemix entraîne donc une «*dilution*» de l'efficience 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 efficients et inefficients [...] 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 inefficients sans pondération sont également considérés comme inefficients après pondération. Le seul effet est la valeur de référence plus élevée qui en résulte. Par conséquent, la pondération ne peut pas éliminer les lacunes et les incertitudes du SwissDRG. Afin de tenir compte de ces lacunes et de ne pas pénaliser les hôpitaux considérés à tort comme inefficients, 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 efficiente et à réaliser les économies d'échelle nécessaires.

[18] *https://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'efficience. En effet, il s'agit de tenir compte d'une manière équivalente l'ensemble des fournisseurs de prestations quelle que soit leur taille.**

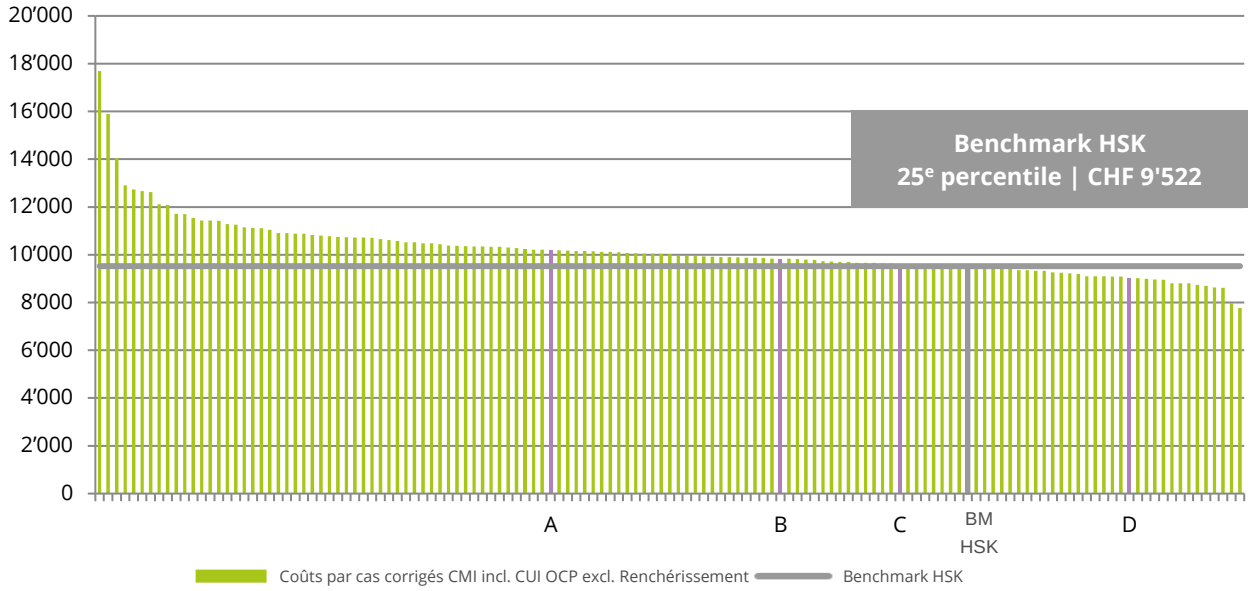
**Une pondération orienterait artificiellement la valeur du benchmark en faveur des grands hôpitaux, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grands hôpitaux devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure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

**Fig.13 Valeur du benchmark HSK**




| | | | |
|---|---|---|---|
| A | Moyenne arithmétique pondérée | CHF | 10'221 |
| B | 40e percentile | CHF | 9'835 |
| C | 30e percentile | CHF | 9'613 |
| **BM HSK** | **25e percentile** | **CHF** | **9'522** |
| D | 20e 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 2e 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 ?<br>Source: statistique médicale OFS | ▪ Hôpital avec le plus grand nombre de DRG utilisés<br>▪ Hôpital avec le plus petit nombre de DRG utilisés<br>▪ 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©) | ▪ Hôpital avec le plus grand nombre de cas<br>▪ Hôpital avec le plus petit nombre de cas<br>▪ 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©) | ▪ Hôpital avec le CMI le plus élevé<br>▪ Hôpital avec le CMI le plus bas<br>▪ 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.<br><br>Source: Statistique des hôpitaux OFS \| calcul HSK (données 2017) | ▪ Hôpital avec le nombre de MA le plus bas<br>▪ Hôpital avec le nombre de MA le plus élevé<br>▪ Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes | |
| | **Exemple tiré du BM HSK:** | |
| | Hôpital ayant la valeur la plus basse | Hôpital ayant la valeur la plus élevée |
| | Nombre: 0<br>(différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé) | 1'392 \| hôpital universitaire |

| Hôpital de soins finaux[19] | Evaluation |
|---|---|
| Un hôpital est-il prestataire de soins finaux: oui\|non?<br>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.<br>Les hôpitaux de soins finaux concernent les catégories OFS K111 et K112.<br>Source: l'estimation est effectuée par HSK. | ▪ L'hôpital est un prestataire de soins finaux<br>▪ L'hôpital n'est pas un prestataire de soins finaux<br>▪ Positionnement de l'hôpital comparé avec les valeurs |
| | **Définis par HSK comme «Hôpitaux de soins finaux»** |
| | ▪ K111 (BS: USB, BE: groupe Insel, GE: HUG, VD: CHUV, ZH: USZ)<br>▪ 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 Spitäler, SG: Hôpital cantonal de St-Gall, TG: Spital Thurgau AG, TI: Ente Ospedaliero Cantonale EOC, VS: Hôpital du Valais)<br>▪ 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 | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>Source: statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2019.1 | ▪ Hôpital ayant le plus mauvais degré d'atteinte<br>▪ Hôpitaux atteignant les prescriptions des nombres de cas minimums | |
| | Si un hôpital atteint 8 cas alors qu'un GPPH prescrit un nombre de cas minimum de 10, le degré d'atteinte du groupe sera de 80 pour cent. Lorsque l'hôpital atteint les prescriptions, le groupe reçoit une évaluation de 100 pour cent. Les GPPH avec uniquement 1 cas ou pas de cas ne sont pas pris en compte.<br>L'atteinte des nombres de cas minimums est calculée en tant que moyenne en pourcent des groupes de prestations individuels pris en compte. Si un hôpital n'a pas de cas dans les groupes de prestations contrôlés, les nombres de cas minimums sont toujours remplis à 100 pour cent. | |
| | **Exemple tiré du BM HSK:** | |
| | 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** | |
| Source: numéro de registre SASIS (RCC) | ▪ L'hôpital dispose d'un service d'urgence reconnu<br>▪ L'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu<br>90 hôpitaux disposant d'un service d'urgence reconnu et 44 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM. | |

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 |

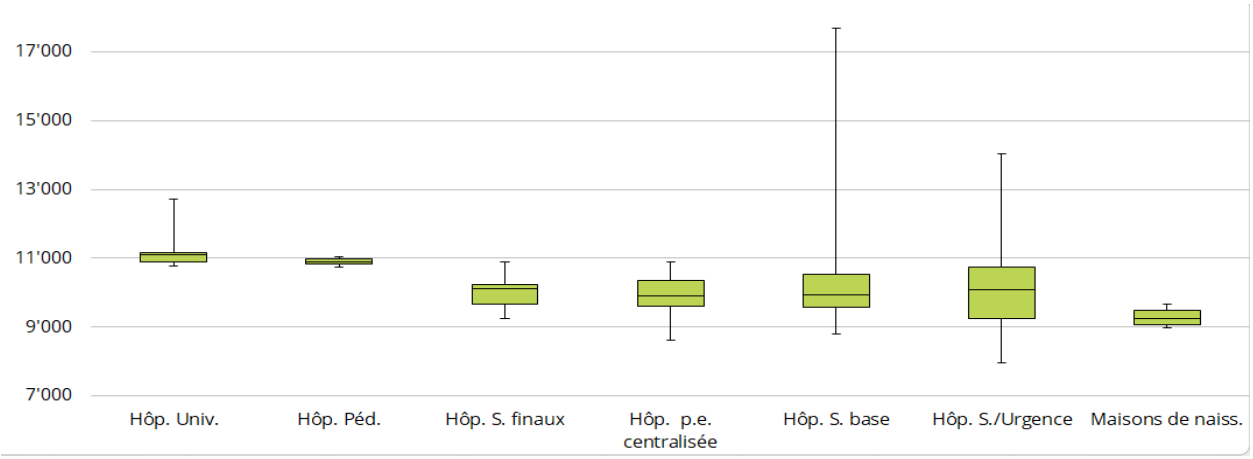
[20] *K111: cliniques universitaires, K112: hôpitaux avec prise en charge centralisée ; K121, K122 et K123, niveaux de soins de base 3-5; cliniques spécialisées: K231 (chirurgie), K232 (gynécologie|néonatologie), K233 (pédiatrie), K234 (gériatrie), K235 (diverses cliniques spécialisées)*

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 PCA[21]**




**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

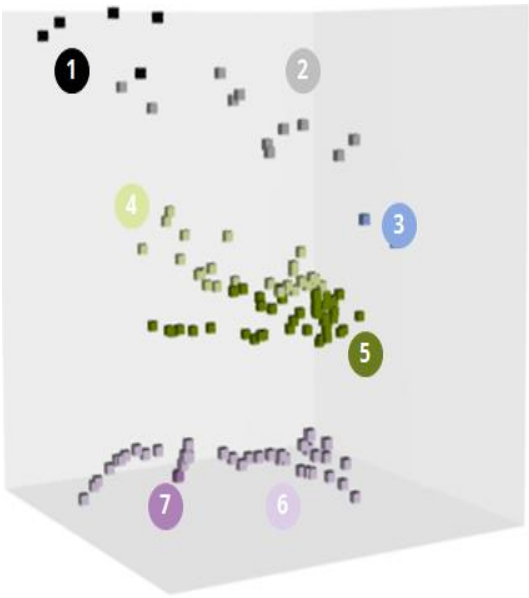
Après formation de clusters homogènes, des fourchettes de prix sont définies par cluster. La logique de ce système tarifaire est la suivante:

- 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'efficience 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 efficients par HSK.

**Fig.15 Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)**

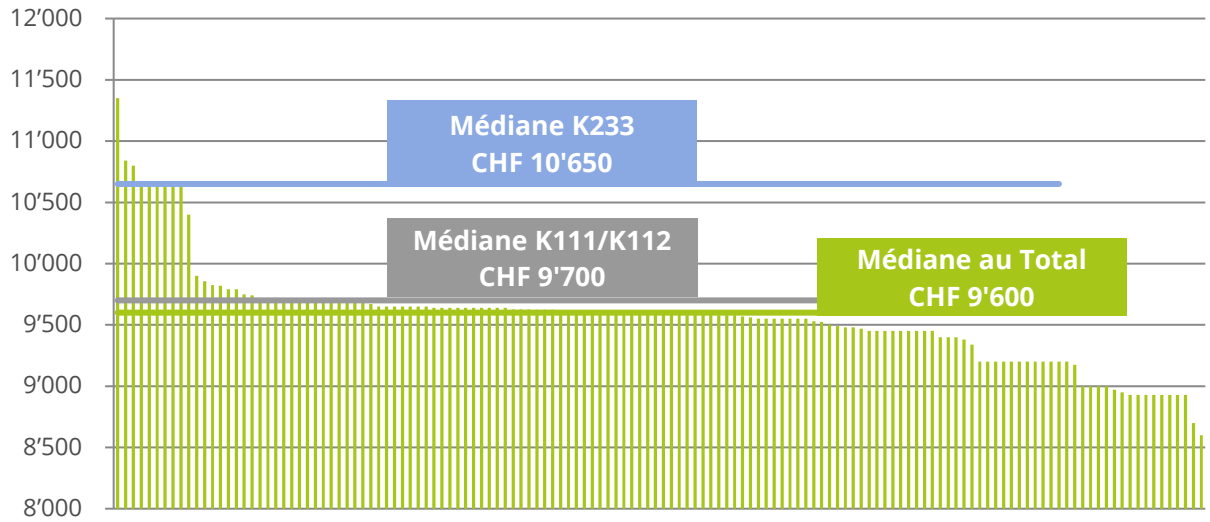
| Cluster | Fourchette pour le BM | Catégories d'hôpitaux HSK (cluster) | Comprend les catégories OFS suivantes |
|---|---|---|---|
|  | jusqu'à 13% env. | 1 Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires) | K111 |
| | jusqu'à 2% env. | 2 Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée) | K112 |
| | jusqu'à 11% env. | 3 Hôpitaux pédiatriques | K233 |
| | jusqu'à 1% env. | 4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée | K112 |
| | jusqu'au BM | 5 Hôpitaux de soins de base | K121-123, K221, K231, K235 |
| **Valeur BM HSK 9'522 francs** | | | |
| | inférieur d'au moins 2% | 6 Hôpitaux sans urgences (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base) | K121-K123, K231, K234, K235 |
| | | 7 Maisons de naissance | K232 |

## 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.

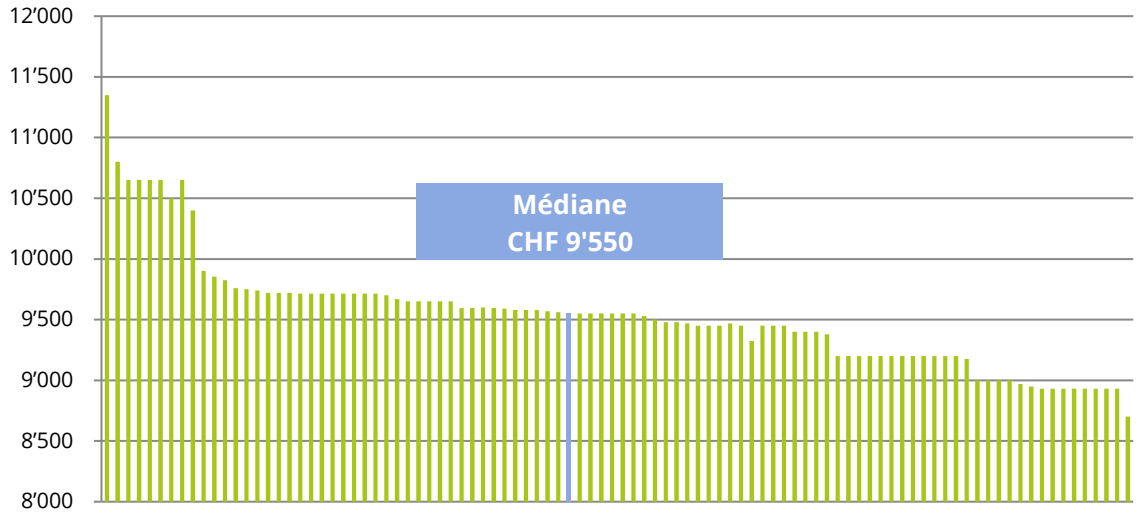
**Fig.16 Baserates HSK définitifs à partir de 2020**




### 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 25e 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 25e percentile est fondée et est adéquate pour le calcul de la valeur de référence selon l'art. 49, al. 2, cinquième phrase, LAMal.
- La valeur 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

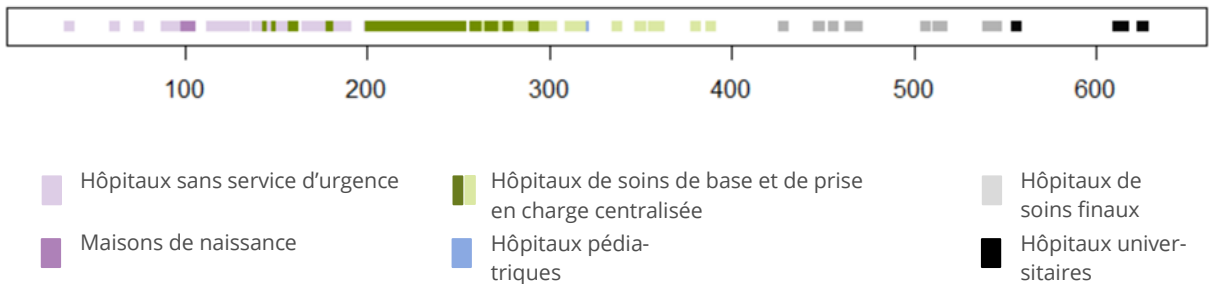
# Annexe

### 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 disparités[22]. 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 foncé❼.

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.

EINKAUFSGEMEINSCHAFT HSK
COMMUNAUTÉ D'ACHAT HSK
COOPERATIVA DI ACQUISTI HSK

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

**HSK Benchmark Datenjahr 2019**

| | | | | Manhatten-Distanz | | | | | | | | | | | | | | Cluster | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | Total | Nr. | Bezeichnung |
| | | | | 969 Max. | | 44'221 Max. | | 2.40 Max. | | 1'392 Max. | | 1 Ja | | 1 Ja | | 1 Max. | | Punkte | | |
| | | | | 6 Min. | | 112 Min | | 0.37 Min. | | 0 Min. | | 0 Nein | | 0 Nein | | 0.19 Min. | | | | |
| Spital | BfS | BR HSK inkl. ANK | HSK-BM | Angesteuerte DRG | Punkte | Fälle | Punkte | CMI | Punkte | AA-Stellen | Punkte | Endversorgungs-spital | Punkte | Notfall | Punkte | Erreichung Mindestfallzahlen | Punkte | | | |
| S1 | K235 | 17'687 | 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 | 15'899 | 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 | 14'043 | 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 | 12'909 | 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 | 12'725 | 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 | 12'662 | 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 | 12'628 | 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 | 12'112 | 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 | 12'084 | 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 | 11'719 | 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 | 11'702 | 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 | 11'536 | 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 | 11'433 | 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 | 11'432 | 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 | 11'423 | 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 | 11'287 | 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 | 11'259 | 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 | 11'155 | 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 | 11'119 | 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 | 11'106 | 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 | 11'043 | 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 | 10'906 | 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 | 10'904 | 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 | 10'885 | 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 | 10'882 | 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_Endversorgu |
| S26 | K231 | 10'833 | 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 | 10'804 | 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 | 10'775 | 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 | 10'741 | 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 | 10'741 | 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 | 10'726 | 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 | 10'719 | 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_Endversorgu |
| S33 | K121 | 10'711 | 1 | 368 | 37.59 | 3'162 | 6.91 | 0.827 | 22.59 | 35 | 2.51 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.56 | 45.93 | 215.54 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S34 | K112 | 10'650 | 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_Endversorgu |
| S35 | K231 | 10'611 | 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 | 10'578 | 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 | 10'525 | 1 | 482 | 49.43 | 9'152 | 20.49 | 0.890 | 25.68 | 65 | 4.67 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.93 | 91.56 | 291.84 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S38 | K122 | 10'521 | 1 | 438 | 44.86 | 3'537 | 7.76 | 0.896 | 26.01 | 34 | 2.44 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.62 | 53.09 | 234.16 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S39 | K121 | 10'478 | 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 | 10'477 | 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 | 10'438 | 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 | 10'380 | 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_Endversorgu |
| S43 | K122 | 10'372 | 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 | 10'364 | 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_Endversorgu |
| S45 | K112 | 10'351 | 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_Endversorgu |
| S46 | K112 | 10'348 | 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_Endversorgu |
| S47 | K123 | 10'334 | 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 | 10'332 | 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 | 10'304 | 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 | 10'284 | 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 | 10'245 | 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 | 10'218 | 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 | 10'211 | 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 | 10'191 | 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 | 10'186 | 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 | 10'171 | 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 | 10'163 | 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 | 10'157 | 1 | 456 | 46.73 | 6'894 | 15.38 | 0.729 | 17.79 | 74 | 5.32 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.64 | 55.24 | 240.44 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S59 | K123 | 10'148 | 1 | 122 | 12.05 | 1'191 | 2.45 | 1.166 | 39.27 | 23 | 1.65 | 0 | - | - | - | 0.50 | 38.27 | 93.68 | 6 | Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall |
| S60 | K112 | 10'122 | 1 | 865 | 89.20 | 34'620 | 78.23 | 1.243 | 43.08 | 521 | 37.43 | 1 | 100.00 | 1.00 | 100.00 | 0.98 | 97.07 | 545.01 | 2 | Zentrumsversorger_Endversorgung |
| S61 | K234 | 10'113 | 1 | 128 | 12.67 | 1'415 | 2.95 | 1.656 | 63.38 | 19 | 1.36 | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 180.37 | 6 | Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall |
| S62 | K112 | 10'098 | 1 | 483 | 49.53 | 8'046 | 17.99 | 1.051 | 33.64 | 133 | 9.55 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.76 | 70.16 | 280.88 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S63 | K112 | 10'075 | 1 | 556 | 57.11 | 14'198 | 31.93 | 0.853 | 23.89 | - | - | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.67 | 59.60 | 272.54 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S64 | K122 | 10'068 | 1 | 467 | 47.87 | 5'135 | 11.39 | 0.826 | 22.54 | 80 | 5.75 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.59 | 49.69 | 237.24 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S65 | K121 | 10'053 | 1 | 523 | 53.69 | 7'571 | 16.91 | 1.224 | 42.13 | - | - | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.83 | 78.90 | 291.63 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S66 | K123 | 10'053 | 1 | 143 | 14.23 | 519 | 0.92 | 0.669 | 14.84 | - | - | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 1.00 | 100.00 | 229.99 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S67 | K234 | 10'037 | 1 | 77 | 7.37 | 739 | 1.42 | 1.560 | 58.67 | 39 | 2.80 | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 170.27 | 6 | Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall |
| S68 | K112 | 10'030 | 1 | 697 | 71.75 | 26'057 | 58.82 | 0.989 | 30.56 | 74 | 5.32 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.93 | 90.87 | 357.32 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S69 | K112 | 9'957 | 1 | 913 | 94.18 | 38'269 | 86.51 | 1.090 | 35.53 | 539 | 38.72 | 1 | 100.00 | 1.00 | 100.00 | 0.88 | 85.34 | 540.29 | 2 | Zentrumsversorger_Endversorgung |
| S70 | K112 | 9'955 | 1 | 750 | 77.26 | 23'463 | 52.94 | 1.078 | 34.94 | 310 | 22.27 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.94 | 93.09 | 380.50 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S71 | K121 | 9'948 | 1 | 516 | 52.96 | 8'106 | 18.12 | 0.906 | 26.49 | 67 | 4.81 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.65 | 57.16 | 259.54 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S72 | K231 | 9'925 | 1 | 128 | 12.67 | 1'611 | 3.40 | 1.102 | 36.15 | - | - | 0 | - | - | - | 0.77 | 71.19 | 123.41 | 6 | Kliniken/Spezialkliniken_ohne_Notfall |
| S73 | K112 | 9'914 | 1 | 572 | 58.77 | 13'695 | 30.79 | 0.994 | 30.82 | - | - | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.62 | 53.56 | 273.95 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S74 | K122 | 9'906 | 1 | 389 | 39.77 | 4'111 | 9.07 | 0.962 | 29.22 | 49 | 3.52 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.69 | 61.32 | 242.90 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |
| S75 | K121 | 9'903 | 1 | 496 | 50.88 | 6'735 | 15.02 | 0.865 | 24.46 | 99 | 7.11 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.62 | 52.47 | 249.94 | 5 | Grundversorger_mit_Notfall |

| Spital | BfS | BR HSK inkl. ANK | Manhatten-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. | | | | | |
| | | | Ange-steuerte DRG | Punkte | Fälle | Punkte | CMI | Punkte | AA-Stellen | Punkte | Endvers-sorgungs-spital | Punkte | Notfall | Punkte | Erreichung Mindestfall-zahlen | Punkte | | | | |
| S76 | K122 | 9'893 | 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 | 9'881 | 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_Endversorgu |
| S78 | K122 | 9'871 | 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 | 9'862 | 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 | 9'839 | 1 | 497 | 50.99 | 10'185 | 22.84 | 0.852 | 23.81 | 82 | 5.89 | 0 | - | 1.00 | 100.00 | 0.74 | 68.21 | 271.74 | 4 | Zentrumsversorger_ohne_Endversorgu |
| S81 | K121 | 9'838 | 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 | 9'834 | 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 | 9'826 | 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 | 9'798 | 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 | 9'777 | 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_Endversorgung |
| S86 | K112 | 9'729 | 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_Endversorgu |
| S87 | K235 | 9'711 | 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 | 9'706 | 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 | 9'697 | 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_Endversorgu |
| S90 | K232 | 9'668 | 1 | 8 | 0.21 | 337 | 0.51 | 0.368 | - | - | - | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 100.72 | 7 | Geburtshäuser |
| S91 | K121 | 9'667 | 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 | 9'658 | 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_Endversorgu |
| S93 | K112 | 9'641 | 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_Endversorgu |
| S94 | K231 | 9'631 | 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 | 9'614 | 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 | 9'609 | 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_Endversorgu |
| S97 | K122 | 9'592 | 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 | 9'588 | 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 | 9'539 | 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 | 9'537 | 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 | 9'523 | 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_Endversorgu |
| S102 | K112 | 9'522 | 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 | 9'498 | 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_Endversorgu |
| S104 | K123 | 9'489 | 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 | 9'463 | 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_Endversorgu |
| S106 | K231 | 9'454 | 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 | 9'423 | 1 | 8 | 0.21 | 900 | 1.79 | 0.378 | 0.53 | - | - | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 102.53 | 7 | Geburtshäuser |
| S108 | K112 | 9'419 | 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_Endversorgu |
| S109 | K123 | 9'355 | 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 | 9'350 | 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 | 9'330 | 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 | 9'325 | 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 | 9'261 | 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 | 9'247 | 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 | 9'227 | 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 | 9'198 | 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 | 9'105 | 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 | 9'101 | 1 | 8 | 0.21 | 826 | 1.62 | 0.396 | 1.39 | - | - | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 103.22 | 7 | Geburtshäuser |
| S119 | K123 | 9'095 | 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 | 9'092 | 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 | 9'090 | 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 | 9'024 | 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 | 9'021 | 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 | 8'990 | 1 | 6 | - | 524 | 0.93 | 0.386 | 0.90 | - | - | 0 | - | - | - | 1.00 | 100.00 | 101.84 | 7 | Geburtshäuser |
| S125 | K231 | 8'965 | 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 | 8'946 | 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 | 8'808 | 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 | 8'806 | 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_Endversorgu |
| S129 | K231 | 8'804 | 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 | 8'743 | 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 | 8'702 | 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 | 8'627 | 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 | 8'615 | 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_Endversorgu |
| S134 | K231 | 7'974 | 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 | 7'771 | 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.zeramdini@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 |