EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Une alliance entre Helsana, Sanitas et KPT

Premier arrêt du TAF concernant le nouveau financement hospitalier

Dans son arrêt du 7 avril 2014, le TAF définit des principes importants concernant l'interprétation du droit dans le nouveau financement hospitalier et fixe un cadre pour la formation des prix et le benchmarking.

La stratégie de négociation HSK dans le cadre du nouveau financement hospitalier et dans le contexte des SwissDRG est confirmée pour l'essentiel par cet arrêt du TAF.

Vous trouverez ci-après un résumé de l'arrêt et une comparaison avec la stratégie de négociation HSK.

Sommaire

1 Résumé 2

2 Les hôpitaux ont le droit de réaliser des gains d'efficience 3

3 Détermination des coûts d'exploitation déterminants pour le benchmarking 5

4 Benchmarking 7

5 Prise en compte de la structure tarifaire SwissDRG 10

6 Baserate unitaire par rapport à la concurrence tarifaire 11

Communauté d'achat HSK
c/o Helsana Assurances SA
Case postale
8081 Zurich

Stettbach, en mai 2014/DM

1 Résumé

Tribunal administratif fédéral (TAF)		Observations de HSK
■ Les hôpitaux ont le droit de réaliser des gains d'efficience	☑	■ Conforme à la stratégie de négociation HSK ■ Le supplément pour gain d'efficience n'est toutefois pas automatisé et doit être négocié individuellement avec chaque hôpital.
■ Détermination des coûts d'exploitation déterminants pour le benchmarking	☑	■ À l'exception de la pratique pour la déduction du groupe de comptes 65, aucun changement n'est requis pour le modèle tarifaire HSK qui se base sur la structure de ITAR_K. ■ Le modèle HSK n'inclut notamment aucune déduction pour manque de transparence avant le benchmark.
■ Benchmarking	☑	■ L'arrêt du TAF corrobore pour l'essentiel l'approche du benchmark HSK avec son mécanisme de détermination du prix à deux niveaux (benchmark comme valeur de référence, négociations individuelles du prix). ■ Le benchmark doit être réalisé sur la base des coûts spécifiques de chaque hôpital. ■ Un benchmark des prix est également possible durant une période de transition (tarifs négociés). ■ Le benchmark doit être réalisé avec autant d'hôpitaux que possible sur la base de données de bonne qualité; une présélection, p. ex. avec des hôpitaux choisis, est interdite. ■ Le système de benchmark actuel présente encore des défauts résultant de l'absence de prescriptions nationales (manque d'uniformité, notamment lors de la détermination de la recherche et de l'enseignement universitaire).
■ Prise en compte de la structure tarifaire SwissDRG	☑	■ Conformité à l'appréciation selon laquelle la structure tarifaire SwissDRG nécessite une différenciation des prix durant les années d'introduction.
■ Baserate unitaire par rapport à la concurrence tarifaire	(☑)	■ Un baserate unitaire n'est pas conforme à l'intention du législateur. Même si le TAF n'a pas encore pris de décision, il renvoie aux documents relatifs à la révision de la LAMal qui confirme cette évaluation.

2 Les hôpitaux ont le droit de réaliser des gains d'efficience

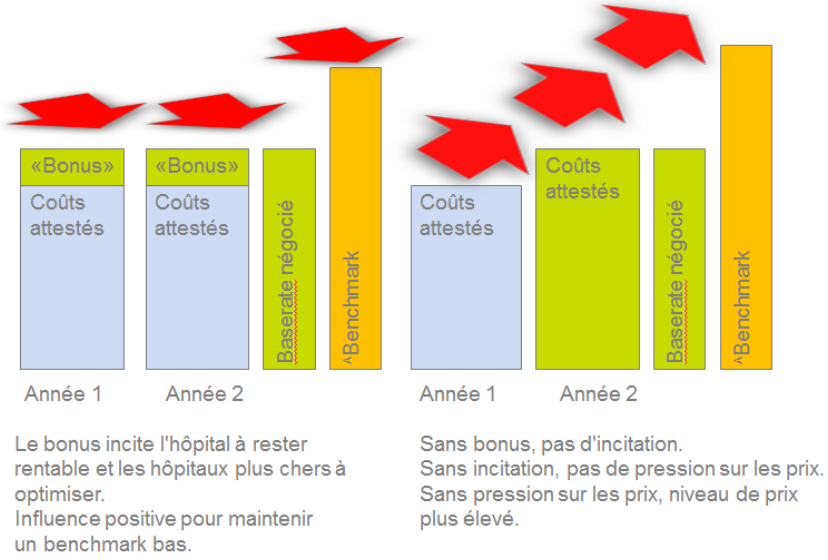
- Les fournisseurs de prestations ont le droit de réaliser un ***gain d'efficience*** au titre de leur activité à la charge de l'AOS. Un gain supplémentaire n'est pas admissible, faute de quoi le principe des soins appropriés et d'une qualité de haut niveau, tout en étant les plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal) ne serait pas respecté.
- Définition du gain d'efficience: gains résultant d'une fourniture de prestations rationnelle et économique, ce qui signifie que le FPREST travaille de manière plus rationnelle et économique que ne l'indique le tarif qui lui est applicable.
- Le tarif convenu ou fixé ***peut être inférieur aux coûts par cas calculés individuellement pour l'hôpital***.
- Si la ***valeur de base*** d'un hôpital déterminante pour le benchmarking est ***inférieure*** au ***benchmark*** déterminé conformément à la loi, ***les principes de la LAMal ne sont pas enfreints*** quand le gouvernement cantonal compétent autorise ou fixe un tarif qui couvre ***plus que les coûts déterminants pour le tarif*** de l'hôpital.
- Un gain qui découle d'un tarif supérieur au benchmark, alors que les coûts individuels de l'hôpital se situent en dessous, est selon toute probabilité illicite. Un tarif correspondant ne devrait pas être autorisé dans la perspective de l'art. 43 al. 3 LAMal.
- Le ***benchmark*** représente dans tous les cas le ***maximum d'un tarif recevable*** (si les coûts justifiés sont inférieurs).
- L'art. 59c OAMal doit être interprété conformément à la loi, c.-à-d. à l'art. 49 LAMal.
  - Les «coûts justifiés de la prestation» ne désignent ***pas les coûts individuels*** de l'hôpital dont le tarif doit être évalué, mais les coûts de l'hôpital qui représente le ***benchmark***.
  - Le benchmark doit être déterminé sur la base des ***coûts d'exploitation*** des différents hôpitaux, ***déterminants pour le benchmarking*** et ***présentés de manière transparente***.
- Les coûts de l'hôpital constituant le benchmark doivent en principe être considérés comme les «coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations» (ce qui signifie que le benchmark représente les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations).

Commentaire

La stratégie de négociation HSK dans le cadre du nouveau financement hospitalier est entièrement confirmée par le TAF. HSK estime que les hôpitaux qui travaillent de manière efficace doivent bénéficier d'une incitation (pour rester efficaces). Toute autre solution déboucherait sur une augmentation des coûts.

(Cf. illustration à la page 4)

Illustration: les incitations pour les hôpitaux efficients pondèrent les prix



Source: Présentation HSK pour l'audition devant le TAF du 6 novembre 2012.

Le TAF définit comme suit le ***gain d'efficience*** que peut atteindre un fournisseur de prestations: les coûts de l'hôpital constituant le benchmark doivent en principe être considérés comme les «coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations». En d'autres termes: la valeur du benchmark représente la limite supérieure pour un baserate avec part de gain (d'efficience). Est-ce que cela signifie pour autant que tous les baserates inférieurs à la valeur du benchmark doivent automatiquement être relevés jusqu'à cette valeur du benchmark?

La réponse de HSK à cette question est clairement «non». Premièrement, le ***benchmark*** doit être considéré comme une ***valeur de référence*** lors de la fixation du prix. Comme l'indique le TAF, des majorations ou minorations spécifiques à l'hôpital sont toutefois encore possible en plus de la valeur de référence (coûts calculés ou benchmark). Si par exemple la transparence ou la qualité des données présentées par un hôpital est insuffisante, il ne peut pas aller dans le sens du législateur de relever automatiquement le baserate de l'hôpital au niveau du benchmark en dépit d'une fourniture de prestations efficace.

Deuxièmement, un «bonus» doit de toute façon être géré de manière restrictive, parce qu'il existe encore selon le TAF des ***lacunes dans la procédure de benchmarking*** (pas de standards uniformes en Suisse). Le TAF n'a par ailleurs donné aucune information quant au percentile qui serait le «bon» pour un benchmarking national.

Troisièmement et c'est le principal argument, de tels suppléments doivent ***toujours être convenus dans le cadre des négociations de prix spécifiques à hôpital***, car à défaut la primauté des négociations des partenaires tarifaires serait menacée.

3 Détermination des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking

- Les tarifs de l'***année X*** doivent en principe se référer aux coûts de l'***année X-2***.
- Est poursuivie la jurisprudence relative aux exceptions pour lesquelles il est possible de se référer aux chiffres de la période de calcul immédiatement antérieure (X-1) ou consécutive (X / X+1).
- La ***pratique existante*** qui consiste à déterminer les coûts d'exploitation sur la base des ***coûts d'exploitation pertinents pour l'AOS*** (ITAR_K = cas LAMal hospitaliers purs et «tarif hospitalier LAMal AC [assurance complémentaire]») ***est maintenue***.
- La pratique concernant ***la déduction normative*** des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire est maintenue.
- Produits du ***groupe de comptes 65***: si un hôpital renonce à une répartition des frais exacte pour les autres prestations (parce qu'il estime qu'elle implique des frais disproportionnés), aucune marge bénéficiaire ne peut être attestée. Dans un tel cas, les produits du groupe de comptes 65 doivent ***être déduits à 100%***.
- Suppléments sur les ***pertes sur débiteurs: poursuite de la jurisprudence;*** ce qui signifie que les pertes d'encaissement ne doivent pas être répercutées sur l'AOS, même si le fournisseur de prestations décompte dans le système du tiers garant.
- ***Recherche et enseignement universitaire***
  - Seuls les coûts de la formation postgraduée universitaire doivent être écartés en tant que prestations de service public. Les salaires des médecins-assistants font en revanche partie des coûts d'exploitation déterminants pour le benchmarking.
  - Une déduction normative ne doit être effectuée que si l'autorité cantonale compétente ne parvient pas à obtenir les données transparentes de l'hôpital concerné. Dans ce cas, la déduction normative doit être fixée de telle sorte ***que l'hôpital ne puisse assurément en tirer aucun avantage***.
- Autres ***prestations de service public***
  - Celles-ci incluent les coûts résultant du maintien des capacités hospitalières pour des raisons liées à la politique régionale (art. 49 al. 3 let. a LAMal).
  - Si les prestations qu'un hôpital doit fournir pour des raisons de politique régionale ne sont pas déterminées, il n'est pas non plus possible de déterminer quels coûts doivent être écartés pour des prestations de service public.
  - Il n'a pas été établi si les coûts devaient être ventilés en fonction du lieu de la prestation et de l'utilisation des prestations (fédération d'hôpitaux, plusieurs sites).
- ***Hausse des prix***: est déterminante la ***hausse des prix pondérée*** pour l'année X-1, les frais de personnel devant se baser sur l'indice des salaires nominaux et les frais de matériel sur l'indice suisse des prix à la consommation (IPC).
- ***Déduction pour manque de transparence:***
  - Aucune déduction pour manque de transparence ne doit être effectuée lors de la détermination des ***coûts d'exploitation déterminants pour le benchmarking***.
  - Dans l'idéal, les hôpitaux qui ne présentent pas une comptabilité analytique transparente et complète ne doivent pas être inclus dans le benchmarking.
  - Les données de coûts d'un hôpital prises en compte dans le benchmarking ont une incidence sur les remboursements des autres hôpitaux. Il faut donc s'assurer que le benchmark soit déterminé autant que possible sur la base des coûts effectifs justifiés en toute transparence des hôpitaux pris en compte dans le benchmarking.

Commentaire

- ***Coûts d'exploitation déterminants pour l'AOS***: pour les négociations et le benchmarking, les hôpitaux doivent impérativement procéder à la différenciation des catégories (critères) suivantes dans ITAR_K:

rein stat. KVG Fälle akut	stat. Tarif KVG ZV akut	stat. Tarif KVG Total

  Pour HSK, cette information constitue ***le point de départ pour la transparence*** lors du calcul du baserate théorique. HSK maintient cependant l'exigence selon laquelle des ***données complètes*** doivent être communiquées («ITAR_K Aperçu global» et non l'«exemplaire assureur-maladie»). Le but est aussi de pouvoir contrôler au mieux la plausibilité des données. La qualité du benchmark peut ainsi être améliorée, ce qui tient compte autant que possible de l'arrêt du TAF (l'absence de standardisation nationale de la comptabilité analytique critiquée par le TAF ne peut pas être éliminée à courte échéance).

  Une chose est sûre au vu de l'arrêt du TAF: une autorité cantonale d'approbation des tarifs doit exiger des hôpitaux la divulgation du standard minimum, car sans différenciation, un tarif ne saurait être autorisé.

- ***Déduction groupe de comptes 65/68***
  En l'absence de preuve basée sur les données apportée par l'hôpital, 100% doivent être déduits (au lieu de 50% conformément à l'instruction ITAR_K antérieure).

- ***Pertes sur débiteurs***
  Celles-ci ne doivent pas être prises en compte dans le tarif AOS.

- ***Recherche et enseignement universitaire:*** HSK estime que la situation en la matière est réellement insatisfaisante en raison de l'absence de prescriptions nationales. En tant que partenaire tarifaire, HSK s'engagera pour que les prescriptions normatives puissent être fixées en bonne intelligence entre les partenaires tarifaires en vue d'une répartition uniforme de ces prestations de service public. À court terme, HSK va s'en tenir aux prescriptions du TAF: ces coûts doivent avant tout être dissociés dans le cadre de la comptabilité des organismes payeurs. Subsidiairement sous la forme d'une déduction normative, sachant qu'il faut s'assurer qu'un hôpital «ne puisse tirer aucun avantage» d'une déduction normative.

- ***Autres calculs normatifs (intérêts, hausse des prix):***
  Aucune adaptation n'est requise dans le modèle tarifaire HSK (qui se fonde sur la structure de ITAR_K) suite à l'arrêt du TAF.

- Il n'y a actuellement aucune certitude quant à la manière dont doit être gérée la constatation du TAF selon laquelle les hôpitaux ayant plusieurs sites doivent justifier leurs coûts selon le lieu où la prestation est fournie et par rapport à la prestation, lorsqu'il s'agit de pouvoir déterminer les prestations de service public (notamment le maintien de capacités hospitalières pour des raisons liées à la politique régionale). HSK évoquera ce point lors des négociations avec les hôpitaux concernés.

4 Benchmarking

- La valeur de référence correspond aux hôpitaux qui fournissent les prestations de l'AOS de manière ***efficace, au meilleur coût*** possible et avec la ***qualité nécessaire*** (le TAF ne donne aucune indication concernant les percentiles!).
- Le contrôle de l'économicité est impossible ***sans connaissance des coûts individuels*** des hôpitaux. L'efficience devant être évaluée dans la comparaison des établissements, le benchmarking doit en principe être ***basé sur les coûts*** et non sur les prix négociés. Tant qu'il manque des données de coûts exploitables pour les différents cantons, il n'est en principe pas interdit de se baser sur des tarifs dûment fixés ou approuvés d'autres hôpitaux pendant une période de transition.
- Au moins pendant la première année suivant l'introduction des forfaits par cas basés sur les prestations, le TAF accordera aux cantons une ***très grande liberté de manœuvre*** lors de la concrétisation des règles de fixation des prix (et notamment de la fixation du benchmark). Si la démarche du canton semble acceptable, la décision doit être protégée même si d'autres procédures paraissent plus appropriées pour atteindre les objectifs visés par le législateur.
- Le benchmark doit inclure une ***quantité de comparaison*** aussi ***importante*** et aussi ***représentative*** que possible pour tous les hôpitaux, afin d'échapper notamment à toute distorsion de la concurrence et de déterminer les données de coûts et de prestations à comparer, pertinentes pour le benchmarking, de manière aussi précise et réaliste que possible ***selon une méthode uniforme***. N'est pas admise une procédure de benchmarking dans laquelle certains hôpitaux / groupes d'hôpitaux sont présélectionnés.
- Les ***déductions pour manque de transparence*** sont ***interdites*** lors de la détermination des coûts d'exploitation (***c.-à-d. avant le benchmarking***) déterminants pour le benchmarking.
- Le benchmark devant être réalisé à l'échelle nationale, il en résulte typiquement aussi un benchmark ***uniforme à l'échelle nationale***.
- Lors de la définition du prix, il n'est pas exclu que les partenaires tarifaires tiennent compte, dans des cas justifiés, de ***spécificités individuelles à l'hôpital*** en plus de la valeur de référence.
- Plus le nombre d'hôpitaux dans le benchmark est faible, plus les exigences à l'égard d'une détermination correcte des coûts d'exploitation déterminants pour le benchmarking sont élevées.
- La fixation du benchmark pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking n'ont ***pas été déterminés conformément à la LAMal*** est interdite.

Commentaire

D'une part, la ***procédure de HSK concernant le benchmarking est confirmée:*** le TAF accordera une grande liberté de manœuvre aux cantons pour la détermination du tarif, au moins durant la première année tarifaire dans le cadre du nouveau financement hospitalier et des SwissDRG. C'est ce que confirme la démarche pragmatique de HSK pour l'année tarifaire 2012 (benchmarking avec le plus grand nombre possible d'hôpitaux possible, avec acceptation des défauts qualitatifs, marge de négociation initialement élevée).

L'accent pour un benchmarking doit porter sur les ***données de coûts individuelles de l'hôpital*** conformément à la LPP. Là encore, le TAF confirme toutefois la procédure de HSK pour le benchmark 2014: compte tenu du fait que les données représentatives pour les négociations 2013 étaient insuffisantes, HSK a réalisé le benchmark sur la base des baserates négociés (benchmark des prix). Le TAF estime que cette procédure n'est pas fondamentalement interdite, du moins durant une période de transition.

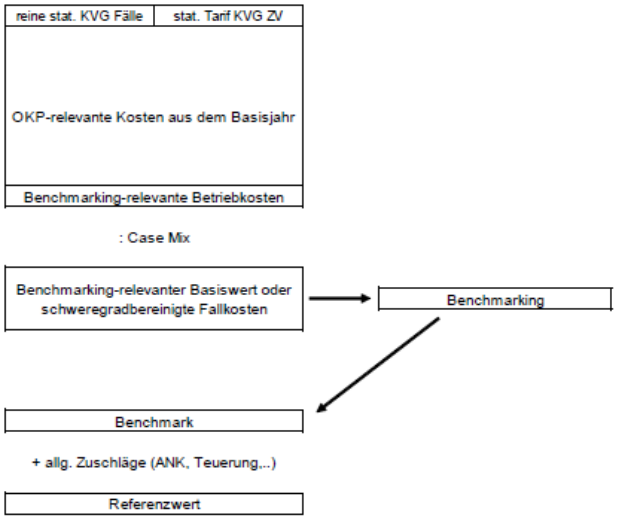
D'autre part, le TAF critique cependant le fait qu'il n'existe ***pas*** actuellement de ***méthodologie uniforme en Suisse*** pour le calcul des données de prestations et de coûts et qu'il est donc impossible de garantir dans le benchmark qu'il n'y ait pas de distorsions de la concurrence.

Selon le TAF, un benchmark portant sur un ***groupe de comparaison petit et/ou présélectionné*** n'est p***as admissible***. De même, les benchmarks intercantonaux que certains cantons ont appliqués par le passé lors de l'approbation et/ou de la fixation des tarifs ne devraient plus être possibles à l'avenir.

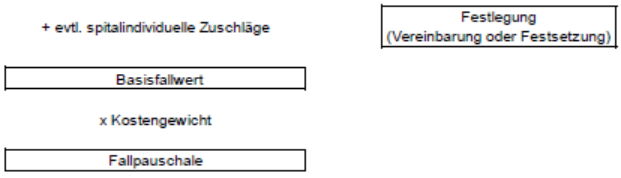
Conclusion:
Pour les négociations 2014, HSK fera tout son possible pour que le benchmarking puisse ***à nouveau*** être réalisé ***sur la base des coûts*** et avec autant d'hôpitaux que possible. HSK n'a pas besoin de modifier la méthode de benchmarking, car le benchmark HSK n'incluait pas de déductions pour manque de transparence. Le TAF n'a pris aucune décision quant au percentile à choisir.

L'aperçu suivant montre que la procédure de fixation des prix HSK est pratiquement conforme à celle du TAF. Seule la constatation selon laquelle le benchmark doit être réalisé de manière avantageuse sans hausse de prix constitue une différence par rapport à l'approche HSK antérieure. Toutefois, parce que le TAF n'exclut pas explicitement la prise en compte de la hausse des prix et surtout, parce que la méthode HSK définit la hausse des prix de manière normative uniforme en Suisse, selon la formule également valable dans le cadre du nouveau financement hospitalier (indice suisse des prix à la consommation / indice suisse des coûts salariaux), HSK poursuivra cette approche au moins pour les négociations en cours. Mais finalement, peu importe pour la détermination du prix que la hausse des prix, calculée de manière normative, soit déjà comprise dans le benchmark ou, au cas où cela ne serait pas le cas, qu'elle soit ajoutée ensuite dans le cadre de la détermination individuelle du prix.

Tableau: comparaison de l'approche du benchmark TAF / HSK

Schéma de benchmark TAF	Schéma de benchmark HSK existant
	**Détermination primaire du prix (baserate calculé et benchmark)[1]** ***Coût total selon CoEx (calcul unitaire)*** ./. Coûts d'utilisation des investissements (CUI) ./. Produits du groupe de comptes 65/68[2] ./. Honoraires du médecin Assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire ***Coûts d'exploitation nets I (CEN)*** ./. Déduction subsidiaire pour enseignement universitaire et recherche ./. Déduction subsidiaire pour prestations de service public ***CEN II*** ./. Déduction de coûts supplémentaires des clients au bénéfice d'une assurance complémentaire ./. Déductions pour les rémunérations supplémentaires ./. Abattement pour formation non-universitaire[3] ./. Pertes sur débiteurs, si non prises en compte par ailleurs. ./. Déduction des intérêts sur l'AA, si pas selon REKOLE© + supplément pour les intérêts non pris en compte sur l'AA ***Coûts d'exploitation déterminants pour le benchmark (CEDB)*** + charge d'intérêts normative + hausse des prix normative ***Coûts d'exploitation déterminants pour le benchmark (CEDB) HSK[4]*** + coûts d'utilisation des immobilisations ***Coûts d'exploitation déterminants pour le benchmark (CEDB) HSK, y compris CUI*** **: Case mix = Baserate calculé pour le Benchmarking** **Benchmarking = valeur de référence**

[1] Modèle tarifaire HSK sur la base de la livraison de données ITAR_K
[2] Jusqu'en 2014 selon ITAR_K à 50%, selon le TAF désormais à 100%, en l'absence de preuve arithmétique
[3] À ne plus justifier séparément dès ITAR_K version 3.0. HSK n'en tient donc plus compte.
[4] Dans le benchmarking basé sur les coûts, les CUI sont ajoutés après le benchmark

Schéma de benchmark TAF	Schéma de benchmark HSK existant
	**Détermination secondaire du prix** **(Négociations individuelles du baserate pour l'hôpital)** ***Majorations et minorations telles que***: ./. Déductions pour manque de transparence + / ./. Processus administratifs entre fournisseurs de prestations et sociétés HSK +/./. Majorations ou minorations Transparence Qualité (CUI)[5] + Hausse des prix individuelle (cas particuliers ou exceptionnels tels qu'obligations légales)
Erklärung weiterer Begriffe *Tarifrelevante Kosten* enthalten in Analogie zu den *anrechenbaren Kosten* nach aArt. 49 Abs. 1 KVG nicht nur die benchmarking-relevanten Betriebskosten, sondern auch die allgemeinen Zuschläge. *Spitalindividuell kalkulierte Fallkosten (Schweregrad 1.0)* entsprechen den tarifrelevanten Kosten, umgelegt auf den Basisfallwert (ohne Benchmarking).	Les coûts normatifs et les majorations ou minorations sont pris en compte dans les coûts déterminants pour le benchmark.

5 Prise en compte de la structure tarifaire SwissDRG

- Dans son arrêt, le TAF cite la constatation de SwissDRG SA selon laquelle la structure tarifaire version 1.0 n'est pas encore en mesure de reproduire correctement toutes les différences de coûts entre les hôpitaux et qu'une différenciation des prix est impérative au cours des premières années suivant l'introduction.
- «Dans ce contexte, le TAF devra accorder une très grande liberté de manœuvre lors de la concrétisation de la règle de fixation des prix, au moins pendant la première année suivant l'introduction des forfaits par cas basés sur les prestations.»

Commentaire

- La stratégie de négociation HSK est entièrement confirmée par le TAF. HSK estime toutefois que l'amélioration de la structure tarifaire représente un processus sur plusieurs années, mais avec une fin prévisible.
- Les résultats de négociation de HSK sur plusieurs années (dès 2012, dans le cadre de contrats pluriannuels jusqu'en 2016) correspondent de fait à une convergence convenue par contrat: les baserates se rapprochent (les hôpitaux avec des baserates supérieurs au benchmark en direction du benchmark).

[5] Bases de négociation HSK 2014 dès l'année tarifaire 2015

6 Baserate unitaire par rapport à la concurrence tarifaire

- On peut déduire des documentations relatives à la révision de la LAMal que le législateur ne voulait pas introduire un prix de base unitaire pour tous les hôpitaux de Suisse, d'un canton ou d'une région, mais un tarif convenu individuellement avec chaque hôpital.
- Le TAF n'a cependant pas encore pris de décision concrète.

Commentaire

- Même si le TAF n'a pas encore arrêté de décision: le renvoi à la documentation permet de conclure que le législateur n'entend pas introduire de prix de base unitaire (cf. également à ce sujet l'expertise juridique Häner / http://www.ecc-hsk.info/)