

---

# Communauté d'achat HSK Benchmark SwissDRG Année tarifaire 2020

**Données de l'année : 2018**

**Publication : août 2019**

## Synthèse

Pour calculer le 25<sup>e</sup> percentile en tant que valeur de référence pour le benchmark, la Communauté d'achat HSK a obtenu 146 données ITAR-K de 154 hôpitaux au total. Après vérification de la plausibilité des données des prestations et coûts, 132 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, 80% du case-mix. Toutes les catégories OFS ont été prises en compte, y compris les hôpitaux universitaires.

A partir de l'année tarifaire 2020, le Conseil fédéral publiera des comparaisons d'établissements pour toute la Suisse conformément à l'art. 49, al. 8 LAMal. La phase d'introduction de la structure tarifaire SwissDRG est ainsi terminée.

**Résultat** : la valeur du benchmark basée sur les coûts d'exploitation (25<sup>e</sup> percentile) pour l'année tarifaire 2020 est de **CHF 9586.-**.

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

- 1<sup>er</sup> niveau : calcul de la valeur du benchmark basée sur les comparaisons des coûts d'exploitation (comme mentionné ci-dessus)
- 2<sup>e</sup> 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 :

- maisons de naissance (cluster 7) et cliniques spécialisées ainsi qu'hôpitaux de soins de base sans urgences (cluster 6) : benchmark moins au moins 3%.
- Hôpitaux de soins de base (cluster 5) : au plus jusqu'au benchmark
- Hôpitaux avec prise en charge centralisée (cluster 4) : benchmark plus max. 1%
- Prestataires de soins finaux (cluster 2) : benchmark plus max. 2%
- Hôpitaux pédiatriques (cluster 3) : benchmark plus max. 12%
- Hôpitaux universitaires (cluster 1) benchmark plus max. 12%.

Cette approche différenciée permet à la Communauté d'achat HSK de garder la recherche de solutions à l'avant-plan lors des négociations tarifaires et instaure les conditions de mise en œuvre du principe d'autonomie contractuelle de la LAMal.

# Contenu

<b>Synthèse</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Contexte</b> .....	<b>4</b>
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
<b>2. Benchmark HSK avec les données 2018 : Bases et méthodologie</b> .....	<b>6</b>
2.1 Principes fondamentaux   méthodologie .....	6
2.2 Hôpitaux inclus.....	6
2.3 Critères d'exclusion.....	6
2.4 Couverture régionale.....	7
2.5 Couverture par catégorie OFS.....	7
2.6 Evaluation.....	8
2.7 Transparence des données .....	8
2.7.1 Vérification de la plausibilité des données .....	8
2.7.2 Conclusion de la vérification de la plausibilité des données .....	11
2.8 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM .....	11
2.9 Choix du percentile.....	13
2.10 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée .....	17
<b>3. Benchmark HSK : résultats et évaluations</b> .....	<b>18</b>
3.1 Percentile   valeur du benchmark.....	18
3.2 Niveau 2 de la détermination des prix.....	20
3.2.1 Formation de clusters : données, méthode et résultats.....	20
3.2.2 Calcul de la fourchette de prix .....	24
3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels) .....	25
3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2019 .....	25
3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2020 .....	26
<b>4. Récapitulatif</b> .....	<b>27</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>28</b>
Validation par la distance de Manhattan (DM) .....	28
Validation au moyen de la PCA.....	29
BM HSK : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA .....	30
Répertoire des abréviations.....	32

# 1. Contexte

## 1.1 Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) précise que la procédure de benchmarking doit idéalement concerner toute la Suisse et être basée sur les coûts relevés par étude complète et doit aboutir à une valeur de référence nationale.

Les principales conditions-cadre du TAF sont :

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

---

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

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

En prenant août 2019 comme date de référence, la situation se présente de la manière suivante :

Procédure BM	Remarques
<b>Comparaisons d'établissements nationaux standardisées</b>	Au cours du premier trimestre 2020, la Confédération publiera, en collaboration avec les cantons, des comparaisons d'établissements sur la base des données des coûts 2018. La Confédération satisfait ainsi l'article 49, al. 8 LAMal. La méthode de calcul des tarifs AOS doit reposer sur les recommandations de la CDS.
<b>BM de la Direction de la santé Zurich<sup>1</sup></b>	Comparaison dans le canton des coûts par cas (communiqué de presse du 8 juillet 2019). 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 CMI selon les données ITAR-K <sup>®</sup> des hôpitaux. L'Hôpital universitaire de Zurich, la clinique Susenberg, la clinique Lengg, l'hôpital pédiatrique et les maisons de naissance ne sont pas compris dans la comparaison des coûts. La Direction de la santé de Zurich ne publie aucune mesure de l'efficacité.
<b>BM de l'Association SpitalBenchmark (H+)</b>	Etablit son propre benchmarking. Les résultats sont publiés sur le site Internet de l'association. Etat août 2019 : le BM actuel n'a pas encore été publié.
<b>BM tarifsuisse</b>	Le BM de tarifsuisse pour l'exercice tarifaire 2019 repose sur les données de 142 hôpitaux et s'inscrit à CHF 9'485.- sur la base du 25 <sup>e</sup> percentile. Etat août 2019 : le BM de l'exercice tarifaire 2020 n'a pas encore été publié.
<b>Autorité de surveillance des prix</b>	Sur la base des données de l'OFS de 2016 (statistique des hôpitaux, statistique médicale), le Surveillant des prix a calculé pour l'année tarifaire 2018 une valeur du benchmark de CHF 9'222.- (100%, y c. les coûts d'utilisation des immobilisations et le renchérissement, 154 hôpitaux). Pour l'année tarifaire 2019, la valeur du BM n'est pas encore connue. La valeur indicative du Surveillant des prix correspond au 20 <sup>e</sup> percentile, non pondéré (ou en fonction du nombre d'hôpitaux).

<sup>1</sup> Source : Direction de la santé, Zurich ; <http://www.gd.zh.ch>

## 2. Benchmark HSK avec les données 2018 : Bases et méthodologie

### 2.1 Principes fondamentaux | méthodologie

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

Pour le premier niveau du calcul des prix, le calcul des coûts par cas (base technique, resp. coûts par cas corrigés CMI), HSK se base sur les données fournies par les hôpitaux (ITAR\_K<sup>®</sup>), mais procède à ses propres calculs des tarifs sur la base du modèle tarifaire HSK (cf. 2.9). Pour l'année tarifaire 2020, le 25<sup>e</sup> percentile est conservé pour la valeur du benchmark.

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. 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<sup>1</sup> :

- 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) 2018.1

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 154 hôpitaux de soins somatiques aigus figurant sur les listes cantonales, 132 hôpitaux ont pu être pris en compte pour le benchmark, soit 8 de plus que l'année précédente.

### 2.3 Critères d'exclusion

Ne sont pas pris en compte dans le benchmark :

- 11 hôpitaux et maisons de naissance ayant un case-mix < 100

---

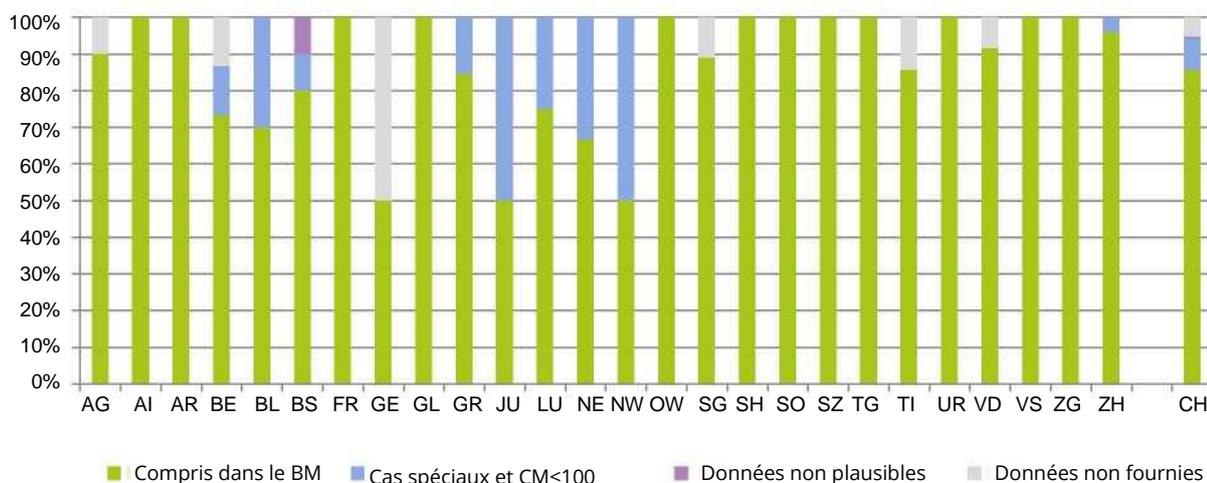
<sup>1</sup> Pour cette année, le quotient de la durée de séjour n'est plus pris en compte pour la formation des clusters. HSK ne souhaite pas rémunérer en plus les inefficiences en raison de durées de séjour prolongées.

- 8 hôpitaux n'ayant communiqué aucune donnée au 12 août 2019 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)
- 1 hôpital avec des données non plausibles

## 2.4 Couverture régionale

Tous les cantons sont inclus dans le benchmark. A l'échelon national, le degré de couverture est de 86% (année précédente : 80%) et dans 12 cantons, il est de 100% (année précédente : 10 cantons).

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
<b>K111</b>	Prise en charge centralisée Niveau de soins 1	5 (comme l'année précédente)
<b>K112</b>	Prise en charge centralisée Niveau de soins 2	37 (année précédente 34)
<b>K121 - K123</b>	Soins de base Niveau de soins 3-5	44 (année précédente 45)
<b>K231</b>	Autres cliniques spécialisées en chirurgie	26 (année précédente 22)
<b>K232</b>	Autres cliniques spécialisées en gynécologie / néonatalogie	5 (année précédente 7)
<b>K233</b>	Autres cliniques spécialisées en pédiatrie	3 (comme l'année précédente)
<b>K234</b>	Autres cliniques spécialisées en gériatrie	3 (année précédente 2)
<b>K235</b>	Diverses cliniques spécialisées	8 (année précédente 6)
<b>K221</b>	Clinique de réadaptation avec mandat de prestations en soins somatiques aigus	1 (année précédente 0)
<b>Total</b>		<b>132 (année précédente 124)</b>

## 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 80%
- 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 9<sup>e</sup> année de négociations SwissDRG, la version complète ITAR\_K<sup>®</sup> (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. Des hôpitaux ont à nouveau dû être exclus du benchmark en raison de données non plausibles ou de fourniture de données tardive.

### 2.7.1 Vérification de la plausibilité des données

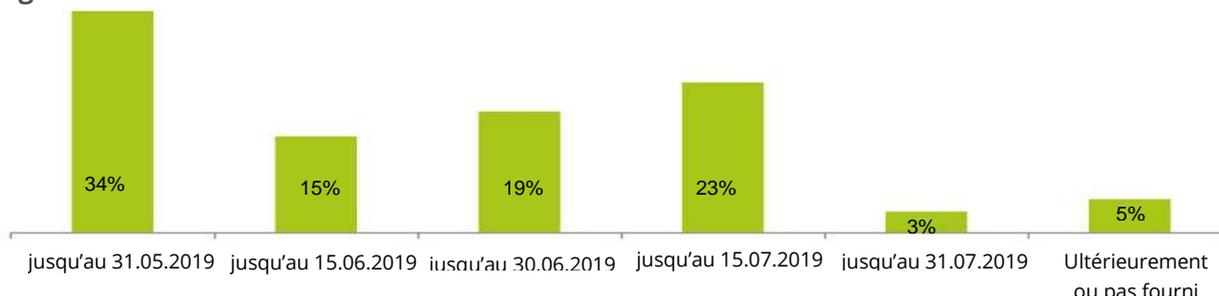
Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les hôpitaux appliquent REKOLE<sup>®</sup> « Comptabilité de Gestion à l'hôpital ». Une application systématique des standards REKOLE<sup>®</sup> améliore la transparence et la comparabilité des coûts d'exploitation des hôpitaux. La vérification de la 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<sup>®</sup> et ont fourni les données à HSK au format ITAR\_K<sup>®</sup>.

Les données de 2018 sont déterminantes pour les comparaisons d'établissements de l'année tarifaire 2020. 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, 65% des hôpitaux (101) ont fourni leurs données après le 31 mai 2019 et env. 23% ont même fourni leurs données seulement le 15 juillet 2019 ou plus tard. 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).

Fig. 2 Date de fourniture des données ITAR-K<sup>®</sup>



## ▪ Délimitations entre comptabilité financière et comptabilité analytique

La passerelle d'ajustement par objet et temporelle comptabilité financière/comptabilité analytique dans ITAR-K<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>.

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<sup>®</sup>. Pour une majorité des hôpitaux inclus dans le benchmarking, la concordance entre la comptabilité financière ITAR\_K<sup>®</sup> et le bouclage des comptes a pu être validée. 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<sup>®</sup> dans les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking ITAR\_K<sup>®</sup>. La plupart des hôpitaux ont également indiqué les CUI selon l'OCP.

Les CUI selon l'OCP ne peuvent être plus élevés que les CUI selon REKOLE<sup>®</sup>, car REKOLE<sup>®</sup> prévoit d'autres règles que l'OCP pour la période d'amortissement. En outre, les CUI sont comparés aux données fournies par les hôpitaux à l'OFS pour la statistique hospitalière. La majorité des hôpitaux ont justifié les écarts. Les hôpitaux affichant des CUI non économiques (supérieurs à 10%) ne peuvent être ni exclus du benchmark, ni corrigés. Ces CUI élevés doivent cependant être compensés par des coûts d'exploitation bas, faute de quoi ces CUI réduisent les gains d'efficacité de l'hôpital situés en-dessous de la valeur du benchmark ou entraînent des réductions d'inefficacité pour les hôpitaux situés au-dessus de la valeur du benchmark.

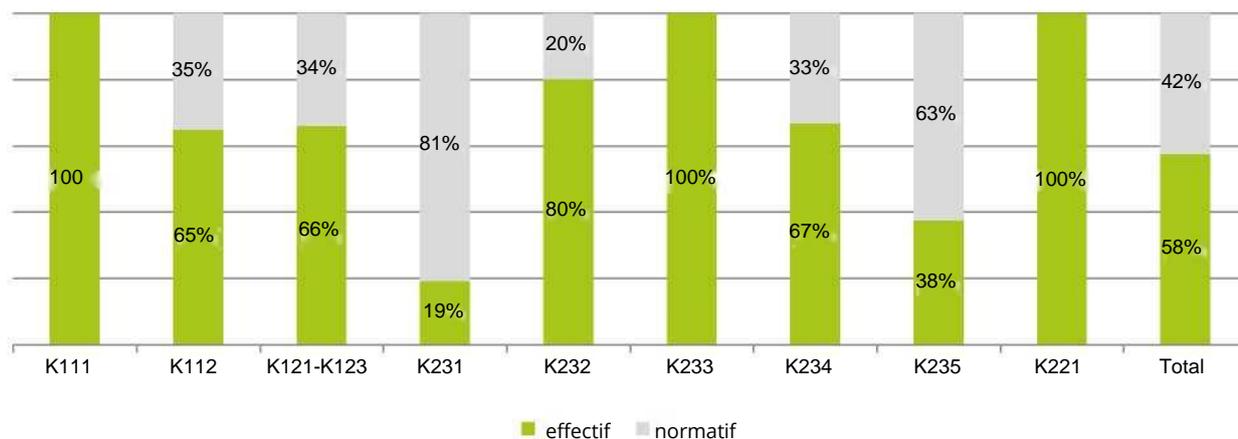
Si l'on considère tous les hôpitaux, la part des CUI selon l'OCP se monte à 7,3%, soit CHF 798.- par cas ou CHF 751.- avec correction du CMI.

Par rapport à l'année précédente, cela correspond à une baisse de 1% par cas ou à une hausse de 1% avec correction du CMI. Cette faible hausse n'est vraisemblablement que passagère compte tenu des investissements réalisés. L'activité d'investissement intense dans le domaine hospitalier stationnaire s'accroîtra encore à l'avenir et HSK la reprendra dans sa procédure de benchmarking des prochaines années (surcapacités dans le contexte ambulatoire avant stationnaire ; standard (trop) élevé dans le domaine de l'assurance de base obligatoire, etc.).

## ▪ Enseignement universitaire et recherche

Dans ce domaine également, le TAF précise qu'il convient en principe de dissocier les valeurs effectives. A l'instar des années précédentes, HSK a choisi ici une forme mixte, car les coûts effectifs pour l'enseignement universitaire et la recherche n'ont pas été dissociés. La déduction minimale s'effectue selon des approches normatives (voir 2.9.1). Pour 58% des hôpitaux (année précédente : 50%) dans le benchmark – dont tous les hôpitaux universitaires – HSK a intégré les coûts effectifs dans le benchmark. Au total, l'utilisation d'une approche normative auprès de 42% des hôpitaux a affecté la valeur BM à hauteur de CHF 27.- en coûts corrigés CMI.

**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 (CHF 800.- par cas DP/CHF 1000.- 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<sup>®</sup>. Les prestations supplémentaires déduites dans ITAR\_K<sup>®</sup> pour les assurés titulaires d'une assurance complémentaire s'élèvent à seulement CHF 365.- par cas LCA.

C'est pourquoi HSK utilise comme minimum pour le benchmark les approches normatives selon les indications susmentionnées (voir 2.9.1). Le calcul différent ITAR\_K<sup>®</sup>/HSK a les répercussions suivantes sur le benchmark :

Frais supplémentaires LCA	ITAR_K <sup>®</sup>		Calcul HSK <sup>1</sup>		Différence Total AM (cas/baserate)
	LCA seulement	Total AM	LCA seulement	Total AM	
<b>Coûts par cas</b>	CHF 365	CHF 73	CHF 910	CHF 181	CHF 109
<b>Coûts corrigés CMI CHF</b>	CHF 309	CHF 68	CHF 770	CHF 171	CHF 102

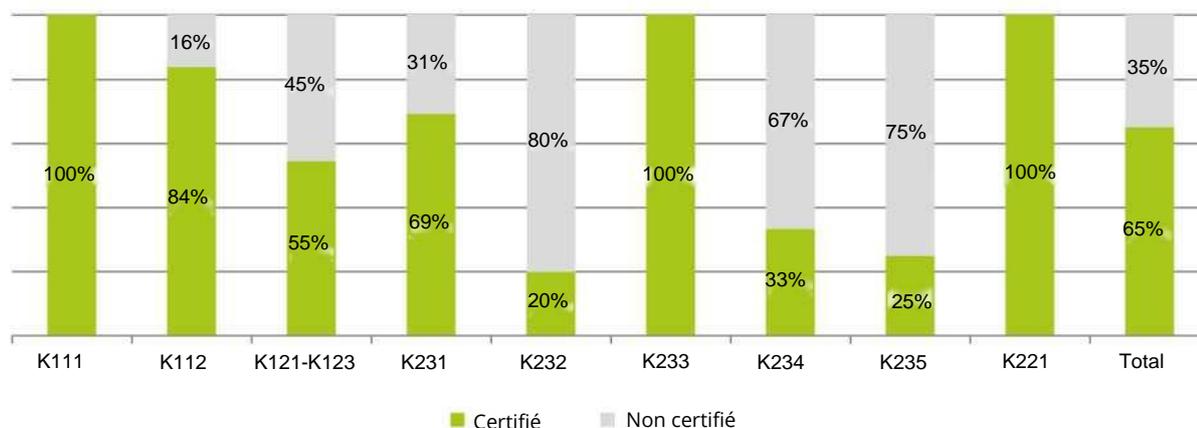
▪ **Certification REKOLE<sup>®</sup>**

Comme mentionné ci-dessus, les standards REKOLE<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>. Actuellement, HSK prend en compte la certification REKOLE<sup>®</sup> uniquement à titre d'information complémentaire pour vérifier la plausibilité des données fournies et non comme un critère d'exclusion du benchmark. Sur les 132 hôpitaux inclus dans le benchmark, 65% sont certifiés RE-

*1 Bases : jugement TAF C2283/2013/C-3617/2017, imputation possible de frais supplémentaires LCA selon l'approche normative CDS-Est ; CHF 800 par cas DP/CHF 1000 par cas P. La pondération se fait sur la base du collectif d'assurés DP/P des assureurs HSK.*

KOLE<sup>®</sup>. Parmi les hôpitaux de soins de base, la moitié des hôpitaux sont certifiés. HSK demande que tous les hôpitaux soient certifiés.

**Fig. 4 Certification REKOLE<sup>®</sup>**



## 2.7.2 Conclusion de la vérification de la plausibilité des données

Sur les 154 données ITAR-K attendus, la Communauté d'achat HSK en a reçu 146 :

- 8 hôpitaux ont fourni des données tardivement, voire pas de données
- 14 hôpitaux ont été exclus du benchmark en raison d'un case-mix trop faible (11 hôpitaux et maisons de naissance) et de données non plausibles (1 hôpital) ou considérés comme des cas spéciaux (CSP Nottwil et clinique Lengg).
- 132 hôpitaux ont été intégrés dans le benchmark. Sur ces 132 données, des corrections normatives ont été apportées pour 121 hôpitaux, pour la déduction des coûts des prestations supplémentaires des assurés ayant une assurance complémentaire (118 hôpitaux) et/ou pour les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche (56 hôpitaux).

Hôpitaux...	Sans corrections	Avec corrections	Dans le BM	Pas dans le BM
avec des données plausibles	11	121	132	
avec un case-mix < 100				11
sans données plausibles				1
Sans fourniture de données				8
Cas spéciaux*				2
<b>Total</b>			132	22

\*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								
<b>Total des coûts selon la comptabilité analytique (calcul unitaire)</b>									
./. CUI	Données des hôpitaux (OCP)								
./. Produit du groupe de compte 65	Données des hôpitaux, selon consignes ITAR_K <sup>®</sup> , 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								
<b>= Coûts d'exploitation nets (CEN) I</b>									
./. Déduction subsidiaire pour ens. univ. et recherche	Déduction effective mais au minimum normative Valeurs normatives <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>&lt; 75 lits :</td> <td>0,8%</td> </tr> <tr> <td>&gt; 75 lits :</td> <td>1,5 %</td> </tr> <tr> <td>&gt; 125 lits :</td> <td>3,5%</td> </tr> <tr> <td>Hôpitaux universitaires :</td> <td>effectives</td> </tr> </table>	< 75 lits :	0,8%	> 75 lits :	1,5 %	> 125 lits :	3,5%	Hôpitaux universitaires :	effectives
< 75 lits :	0,8%								
> 75 lits :	1,5 %								
> 125 lits :	3,5%								
Hôpitaux universitaires :	effectives								
./. Prestations d'intérêt général	Selon données des hôpitaux. HSK ne peut pas vérifier si toutes les prestations d'intérêt général ont été déclarées.								
<b>= Coûts d'exploitation nets II (CEN)</b>									
./. Déduction pour coûts supplémentaires découlant des prestations pour patients au bénéfice d'une assurance complémentaire	HSK applique dans l'ensemble l'approche de la CDS Est <sup>1</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ par cas DP : CHF 800</li> <li>▪ par cas P : CHF 1'000</li> </ul> Pondération DP/P selon mix des assurés HSK								
./. Coûts non compris dans le BR (DRG non évalués, indemnités complémentaires, prestations tarifées séparément)	Données des hôpitaux.								
Renchérissment	Non compris dans la valeur BM								
Calcul de projection	Non compris dans la valeur BM								
Déductions pour manque de transparence	Non compris dans la valeur BM								
CUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sont exclusivement pris en compte dans le BM les CUI selon l'OCP.</li> <li>▪ la part en pourcent des CUI varie fortement selon les hôpitaux.</li> <li>▪ les CUI présentées ont pu être rendues plausibles par HSK via la comptabilité des investissements (livraison des données OFS).</li> </ul>								
<b>= coûts d'exploitation pertinents pour le BM HSK</b>									

<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>.

Depuis l'introduction de SwissDRG, HSK a progressivement abaissé sa mesure de l'efficience du 40<sup>e</sup> percentile. Depuis l'année tarifaire 2019, le seuil d'efficience a été abaissé au 25<sup>e</sup> percentile (30<sup>e</sup> percentile pour l'année tarifaire 2018)

Dans un nouvel arrêt, le TAF somme<sup>2</sup> 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. Conformément aux recommandations concernant l'examen de l'économicité de la CDS<sup>3</sup> du 27.06.2019, la Confédération publiera à partir des données de l'année 2018 (donc pour l'année tarifaire 2020), des comparaisons d'établissements basées sur l'échange de données CDS. La Confédération satisfait ainsi à l'art. 49, al. 8 LAMal et aux conditions pour les comparaisons d'établissements du TAF. HSK considère donc que la phase d'introduction est terminée à partir de l'année tarifaire 2020, soit neuf ans après l'introduction de SwissDRG. Le 25<sup>e</sup> 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 12.04.2018 (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 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 (cf. section 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 2019 en comparaison avec le benchmark. 87 hôpitaux, soit 57% de tous les tarifs négociés, sont au-dessus de la valeur du benchmark.

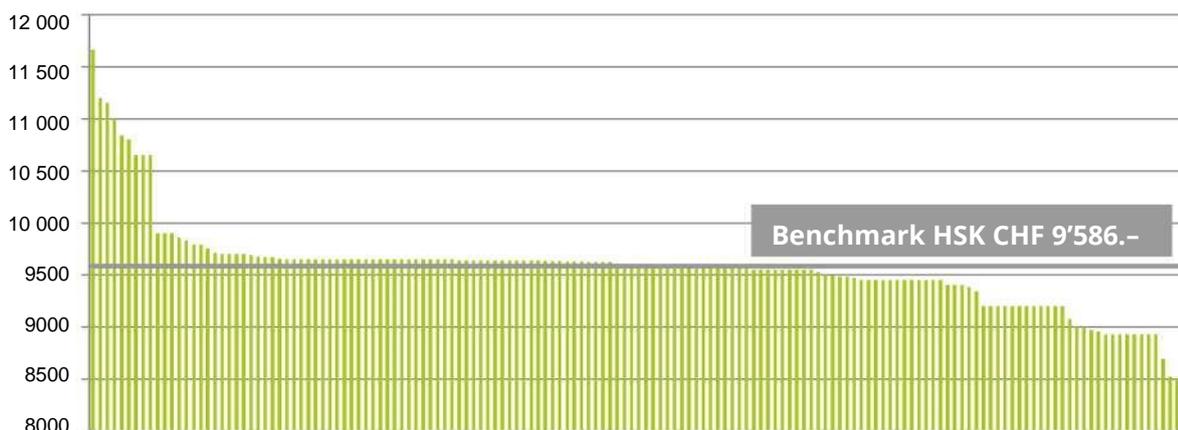
---

<sup>1</sup> TAF C-2921/2014-12.4.2018 loc. cit.

<sup>2</sup> TAF C-4374/2017, C-4461/2017- 15.05.2019

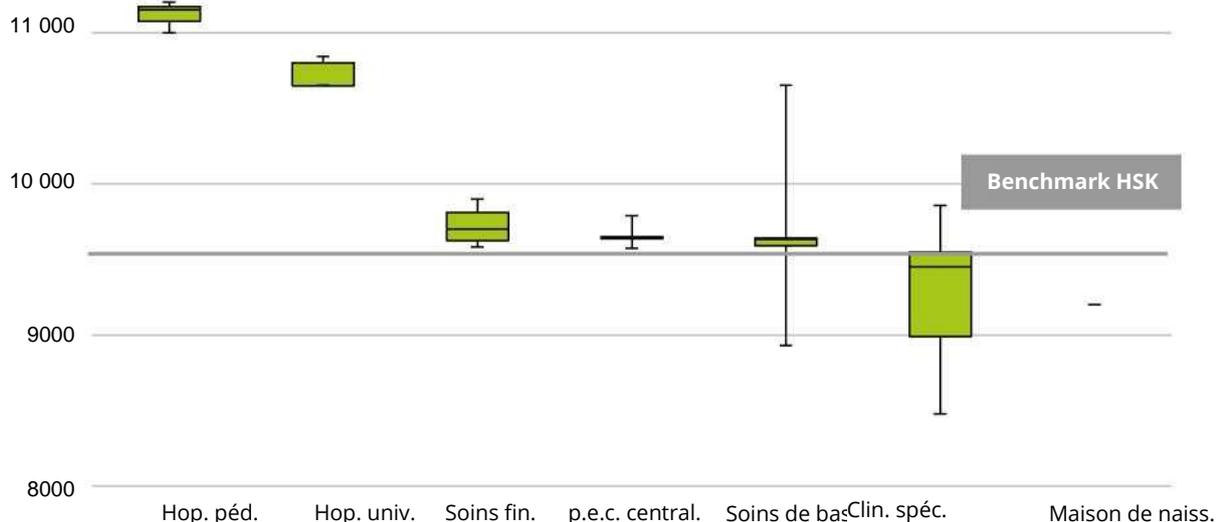
<sup>3</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_Wirtschaftlichkeitspruefung\\_V5.0\\_20190627\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_f.pdf)

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



- Compte tenu de la différenciation des prix, le choix du 25<sup>e</sup> percentile ne signifie pas que 75% 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 2019 sur la base des clusters HSK. Les hôpitaux universitaires ont par exemple des base-rates supérieurs en moyenne d'env. CHF 1'200 par rapport au benchmark. Les baserates des trois hôpitaux pédiatriques spécialisés sont env. CHF 1'500 plus élevés que le benchmark.

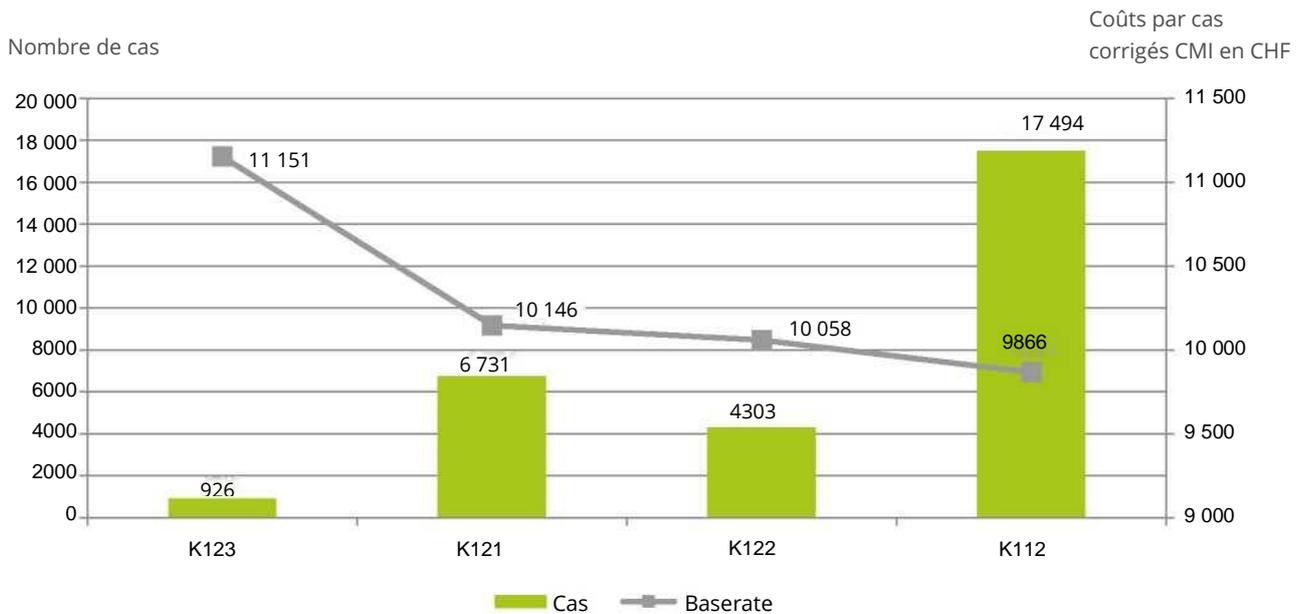
**Fig. 6 Répartition des tarifs négociés selon les clusters HSK en comparaison avec le benchmark**



Commentaire : le cluster Cliniques spécialisées comprend également les hôpitaux soins de base sans urgences (cluster 6, p. 22).

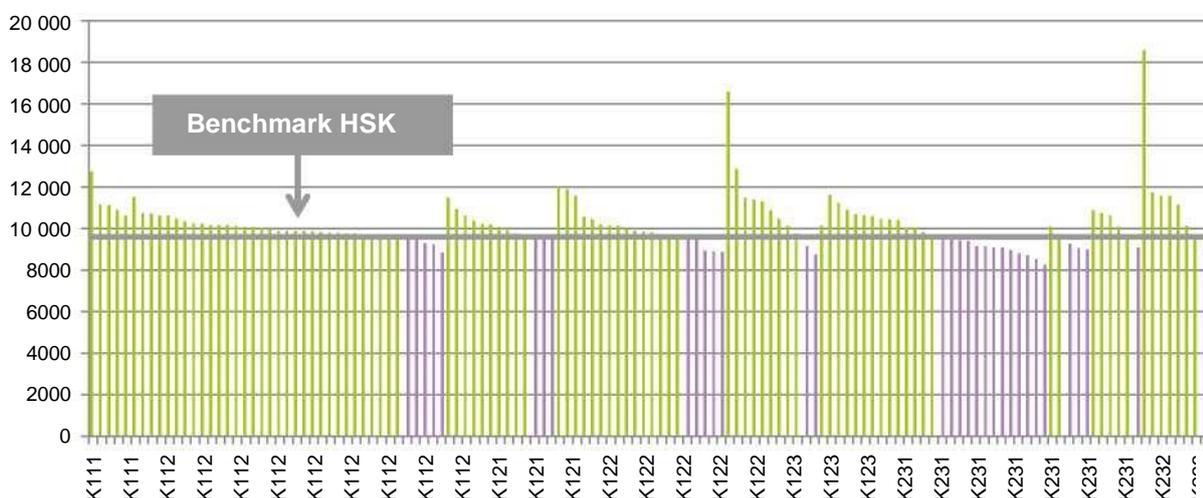
- Une valeur de référence basse incite les hôpitaux ayant des coûts élevés en raison par ex. de faibles taux d'occupation, de défaut de spécialisation ou d'une structure de prestations pas optimale (CMI bas vs. prestations de réserve élevées) à prendre des mesures d'économie ou à optimiser leurs capacités. 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**



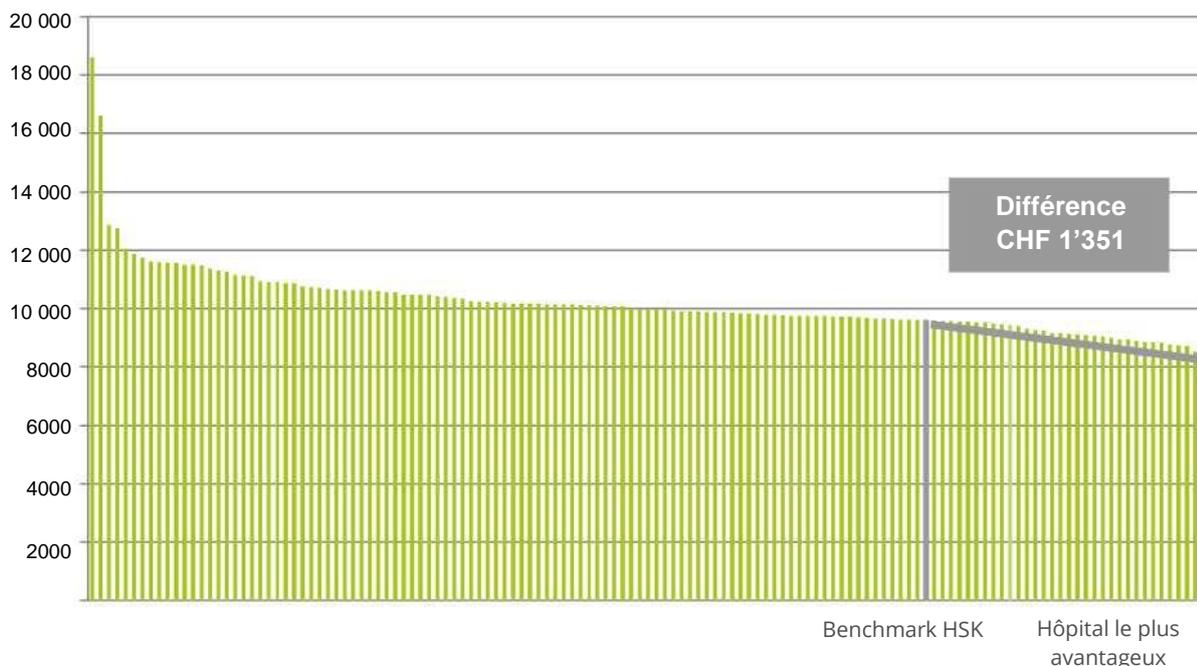
- A l'exception des hôpitaux universitaires (K111) et des hôpitaux pédiatriques (K233), toutes les catégories OFS sont représentées parmi les hôpitaux sous le benchmark (barres violettes de la fig. 8). Ainsi, 15 hôpitaux de soins de base et hôpitaux avec prise en charge centralisée (5 K112 et 10 K121-123) fournissent leurs prestations de manière plus avantageuse que la valeur du benchmark.

**Fig 8 Hôpitaux efficaces selon les catégories OFS**



- En outre, l'hôpital le plus avantageux du benchmark affiche des coûts par cas corrigés CMI de CHF 8'235, c'est-à-dire CHF 1'351 ou 16% de moins que le benchmark HSK. La définition d'une mesure de l'efficacité plus élevée augmenterait cet écart, l'incitation à être plus avantageux serait moins importante et la concurrence affaiblie.

**Fig. 9 Benchmark HSK versus hôpital le plus avantageux**

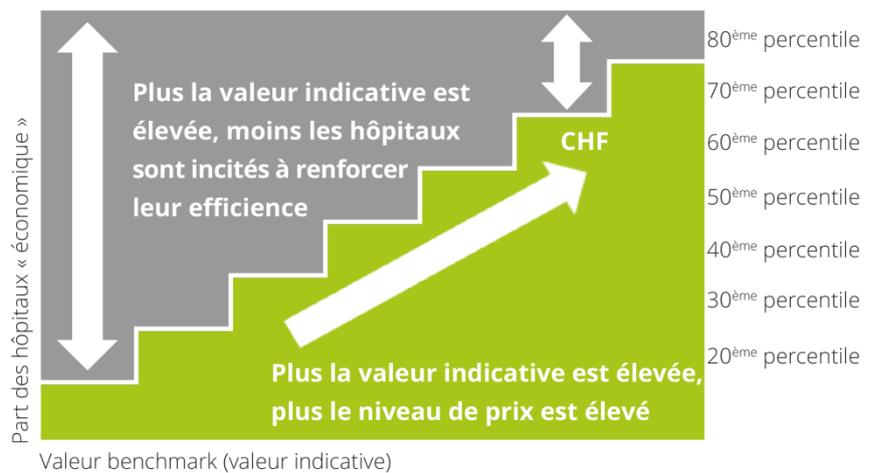


- S'il n'y a pas de concurrence effective entre hôpitaux, une mesure de l'efficacité inférieure permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficace. Les hôpitaux qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficient encore de couverture de déficit budgétaire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

**Conclusion : un percentile plus bas favorise la concurrence (figure 10). Toutefois, une observation purement basée sur la valeur de percentile n'est pas appropriée.**

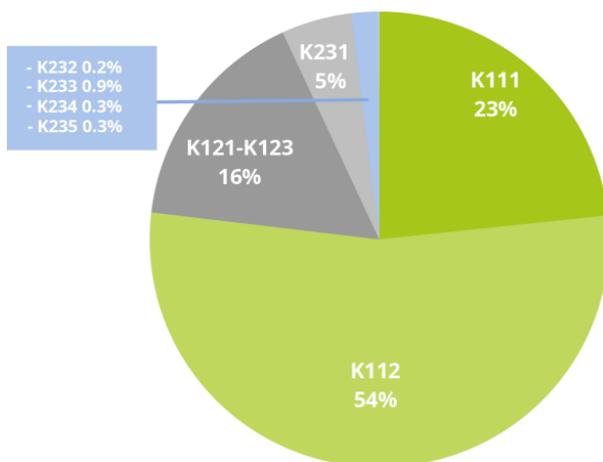
### Figure 10 Choix du percentile

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 11 Case-mix du BM HSK par catégorie OFS



Environ  $\frac{1}{3}$  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.

- La pondération du benchmark en fonction du nombre de cas ou du case-mix serait contraire à la logique de la procédure de benchmarking. Pour fixer les prix, HSK suit une procédure à deux niveaux : au premier niveau, HSK effectue des comparaisons d'établissements « sans pondération » entre les hôpitaux. La 2<sup>e</sup> niveau comprend la formation de clusters (section 3.2) et les négociations tarifaires individuelles. A ce niveau, HSK tient compte de caractéristiques spécifiques des hôpitaux basées sur des faits qui pourraient justifier une différenciation des prix (par ex. un hôpital qui dispose d'un service d'urgence peut prétendre à une indemnisation plus élevée). D'autres critères de différenciation sont des nombres de cas élevés (comme indicateur de la taille de l'hôpital), des nombres de DRG attribués élevés (indicateur de l'ampleur de l'éventail de prestations), un nombre élevé de médecins assistants ou le statut de prestataire de soins finaux.
- Une pondération est utile lorsque le nombre d'hôpitaux du benchmark est trop faible et n'est pas assez représentatif. Le nombre d'hôpitaux du benchmark HSK, à savoir 132, est très élevé. Une pondération serait artificielle et aurait un effet indésirable sur la valeur indicative. La pondération selon le nombre de cas ou le case-mix orienterait le benchmark vers les hôpitaux affichant des volumes importants et aurait pour effet de surreprésenter systématiquement ces hôpitaux.

L'efficacité ne peut alors dépendre uniquement de la taille d'un hôpital, mais doit aussi tenir compte de la manière dont les processus sont structurés au sein de l'hôpital et de l'allocation optimale des ressources.

- 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.

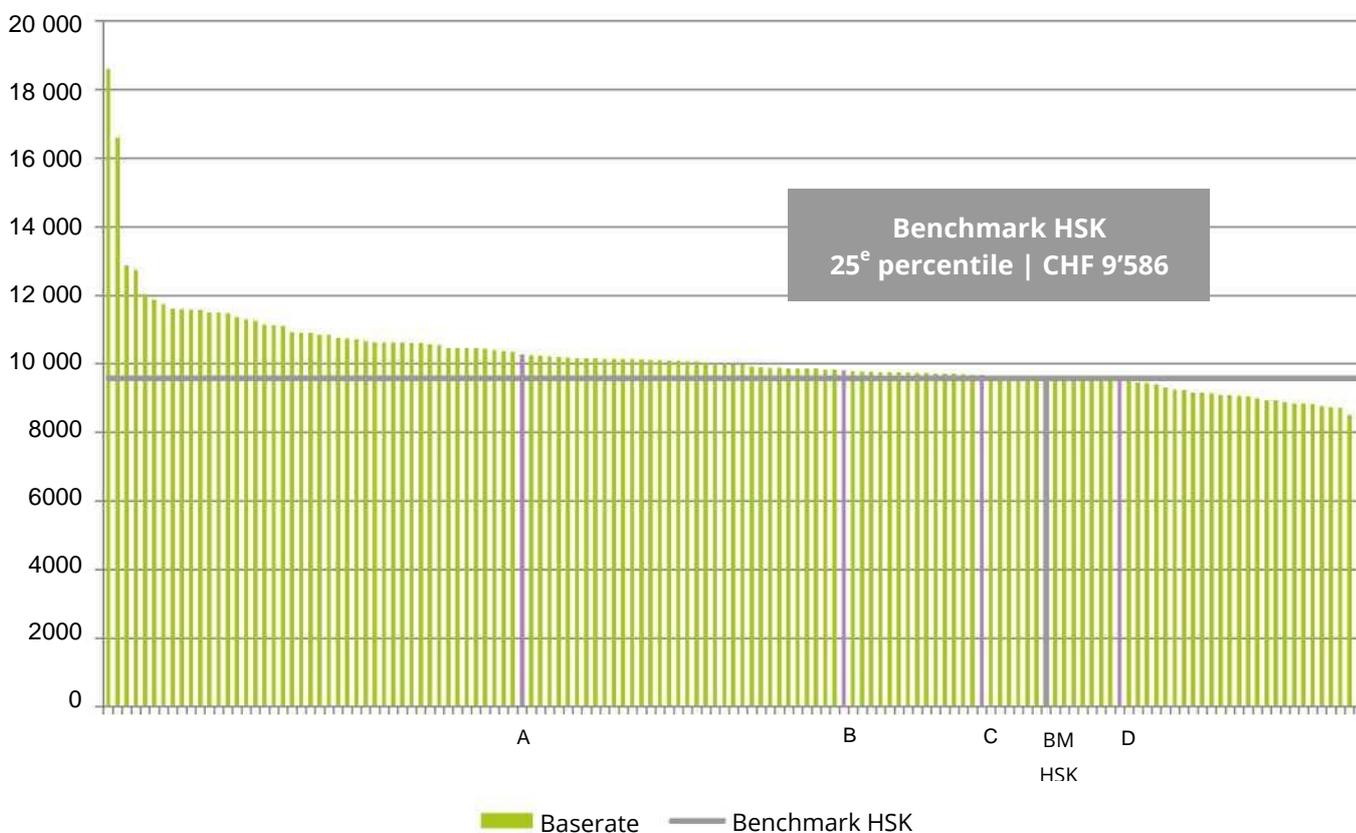
**Conclusion : une pondération biaise le benchmark en faveur des grands hôpitaux.**

### 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 2020 est au 25<sup>e</sup> percentile à **CHF 9'586**.

**Fig. 12 Valeur du benchmark HSK**



A	Moyenne arithmétique pondérée	CHF	10'264
B	40 <sup>e</sup> percentile	CHF	9'808
C	30 <sup>e</sup> percentile	CHF	9'678
<b>BM HSK</b>	<b>25<sup>e</sup> percentile</b>	<b>CHF</b>	<b>9'586</b>
D	20 <sup>e</sup> percentile	CHF	9'506

### Commentaires sur la valeur du benchmark

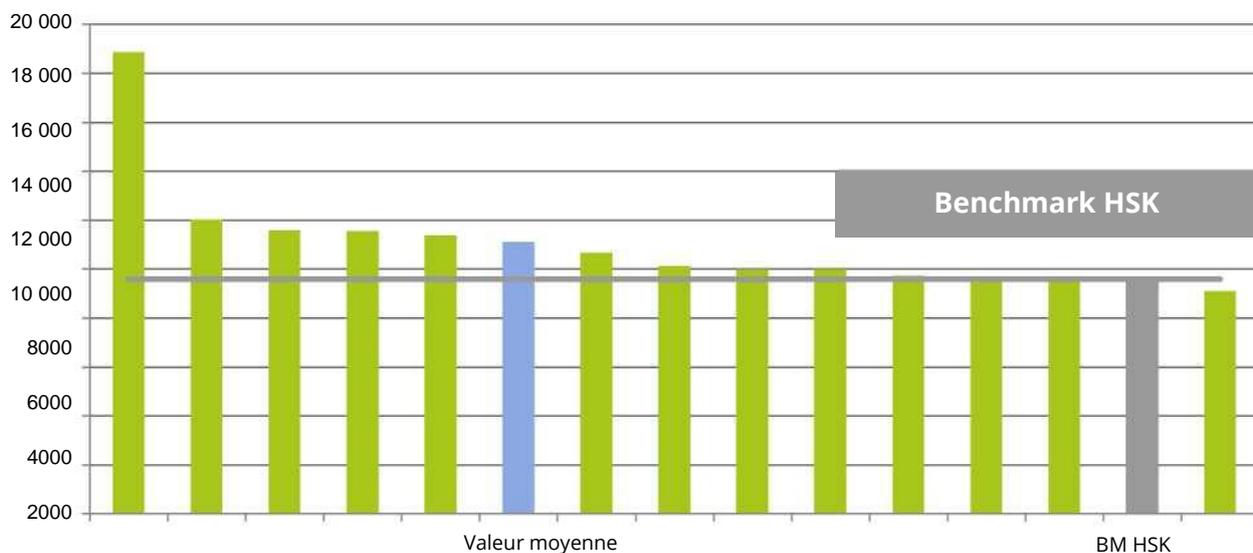
- HSK calcule le benchmark sans renchérissement. Dans son arrêt du 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017), le TAF a mentionné qu'il n'y avait aucune obligation de tenir compte du renchérissement comme supplément général au benchmark.
- Par rapport à l'année précédente, le benchmark pour l'année tarifaire 2020 enregistre une nette hausse (+ CHF 168 ; env. +1,8%). Cette hausse pourrait être expliquée par divers changements :
  - La tendance à l'ambulatoire : la baisse des cas stationnaires n'a pas été compensée. En outre, les cas légers sont traités en ambulatoire. Les coûts par cas corrigés CMI de l'hôpital augmentent donc lorsque le case-mix baisse mais pas les coûts.
  - Variations de coûts pour les hôpitaux affichant de faibles nombres de cas. Les coûts augmentent bien qu'il y ait une baisse significative des patients traités. Le tableau ci-après affiche des exemples d'hôpitaux :

	Nombre de cas en 2017	Nombre de cas en 2018	Variation en %	Coûts par cas corrigés ICM 2017	Coûts par cas corrigés ICM 2018	Variation en %
<b>Clinique 1</b>	2'649	1'126	-57%	8'269<BM	9'987>BM	+21%
<b>Clinique 2</b>	1'195	1'086	-9%	8'485<BM	10'454>BM	+23%
<b>Clinique 3</b>	782	676	-14%	9'244<BM	9'605>BM	+4%

- 13 nouveaux hôpitaux<sup>1</sup> supplémentaires ont été intégrés au benchmark. Un seul hôpital est au-dessous de la valeur du benchmark, et tous les autres hôpitaux affichent des coûts par cas supérieurs :

<sup>1</sup> Comme décrit ci-dessus à la section 2.5, 8 hôpitaux de plus ont été intégrés au benchmark pour l'année tarifaire 2020 par rapport à l'année précédente. Les 13 nouveaux hôpitaux avaient été exclus du benchmark l'année précédente en raison notamment de données non plausibles ou de données ISTAR-K non fournies. Cette année, 5 hôpitaux ont été exclus du benchmark.

**Fig. 13 Coûts des nouveaux hôpitaux du benchmark**



## 3.2 Niveau 2 de la détermination des prix

### 3.2.1 Formation de clusters : données, méthode et résultats

Dans son arrêt du 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017), le TAF a rappelé ce qui suit : « Il faut également tenir compte, pour le calcul des prix et dans certaines circonstances, de la situation spécifique des fournisseurs de prestations, de manière partant d'une valeur de référence pour des raisons d'économicité à ce que des Baserates différenciés doivent être négociés ou fixés »

Le 2<sup>e</sup> 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. HSK a ainsi ajouté l'année passée un nouveau facteur pour la formation des clusters : Degré d'atteinte du nombre de cas minimum selon les groupes de prestations pour la planification hospitalière zurichois (GPPH) 2018.1 En outre, le quotient de la durée de séjour n'a plus été pris en compte comme variable pour la formation des clusters. HSK ne souhaite pas rémunérer en plus les inefficiences liées à des durées de séjour prolongées.

DRG utilisés	Evaluation				
<p>Combien de DRG un hôpital utilise-t-il en comparaison avec le catalogue SwissDRG ?</p> <p>Source : statistique médicale OFS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital avec le plus grand nombre de DRG utilisés</li> <li>Hôpital avec le plus petit nombre de DRG utilisés</li> <li>Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes</li> </ul> <p><b>Exemple tiré du BM HSK :</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse</td> <td>Hôpital ayant la valeur la plus élevée</td> </tr> <tr> <td>8 DRG / maison de naissance</td> <td>952 DRG / hôpital universitaire</td> </tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée	8 DRG / maison de naissance	952 DRG / hôpital universitaire
Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée				
8 DRG / maison de naissance	952 DRG / hôpital universitaire				
Nombre de cas	Evaluation				
<p>Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K<sup>©</sup>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital avec le plus grand nombre de cas</li> <li>Hôpital avec le plus petit nombre de cas</li> <li>Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes</li> </ul> <p><b>Exemple tiré du BM HSK :</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse</td> <td>Hôpital ayant la valeur la plus élevée</td> </tr> <tr> <td>133 cas / clinique spécialisée</td> <td>43'380 cas / hôpital universitaire</td> </tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée	133 cas / clinique spécialisée	43'380 cas / hôpital universitaire
Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée				
133 cas / clinique spécialisée	43'380 cas / hôpital universitaire				
CMI	Evaluation				
<p>Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K<sup>©</sup>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital avec le CMI le plus élevé</li> <li>Hôpital avec le CMI le plus bas</li> <li>Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes</li> </ul> <p><b>Exemple tiré du BM HSK :</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse</td> <td>Hôpital ayant la valeur la plus élevée</td> </tr> <tr> <td>CMI 0.359 / maison de naissance</td> <td>2.31 / clinique spécialisée</td> </tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée	CMI 0.359 / maison de naissance	2.31 / clinique spécialisée
Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée				
CMI 0.359 / maison de naissance	2.31 / clinique spécialisée				
Nombre de postes de médecins assistants (MA)	Evaluation				
<p>Le nombre de MA fournit une indication sur la fréquence de formation pour les métiers universitaires.</p> <p>Source : Statistique des hôpitaux OFS / calcul HSK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital avec le nombre de MA le plus bas</li> <li>Hôpital avec le nombre de MA le plus élevé</li> <li>Positionnement de l'hôpital comparé avec les deux valeurs extrêmes</li> </ul> <p><b>Exemple tiré du BM HSK :</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse</td> <td>Hôpital ayant la valeur la plus élevée</td> </tr> <tr> <td>Nombre : 0 (différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)</td> <td>1'392 / hôpital universitaire</td> </tr> </table>	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée	Nombre : 0 (différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)	1'392 / hôpital universitaire
Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée				
Nombre : 0 (différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)	1'392 / hôpital universitaire				
Hôpital de soins finaux <sup>1</sup>	Evaluation				
<p>Un hôpital est-il prestataire de soins finaux : oui/non?</p> <p>Il y a alors estimation quant à la possibilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'hôpital est un prestataire de soins finaux</li> <li>L'hôpital n'est pas un prestataire de soins finaux</li> <li>Positionnement de l'hôpital comparé avec les valeurs</li> </ul>				

<sup>1</sup> 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

<p>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.</p> <p>Les hôpitaux de soins finaux concernent les catégories OFS K111 et K112.</p> <p>Source : l'estimation est effectuée par HSK.</p>	<p><b>Définis par HSK comme « Hôpitaux de soins finaux »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ K111 (BS : USB, BE : groupe Insel, GE : HUG, VD : CHUV, ZH : USZ)</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ K231 Clinique universitaire Balgrist</li> </ul>			
<p><b>Nombres de cas minimums</b></p> <p>Les nombres de cas minimums ont été calculés avec le grouper de prestations hospitalières du canton de Zurich (GPPH) pour les groupes de prestations pour la planification hospitalière du canton de Zurich définies pour l'année de traitement 2018.</p> <p>Source : statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2018.1</p>	<p><b>Evaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hôpital ayant le plus mauvais degré d'atteinte</li> <li>▪ Hôpitaux atteignant les prescriptions des nombres de cas minimums</li> </ul> <p>Si un hôpital atteint 8 cas alors qu'un GPPH prescrit un nombre de cas minimum de 10, le degré d'atteinte du groupe sera de 80%. Lorsque l'hôpital atteint les prescriptions, le groupe reçoit une évaluation de 100%. Les GPPH avec uniquement 1 cas ou pas de cas ne sont pas pris en compte. 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%.</p> <p><b>Exemple tiré du BM HSK :</b></p> <table border="1" data-bbox="641 1019 1442 1131"> <tr> <td>Hôpital ayant la valeur la plus basse : 24.5% (hôpitaux de soins de base - K122 )</td> <td>Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums</td> </tr> </table>		Hôpital ayant la valeur la plus basse : 24.5% (hôpitaux de soins de base - K122 )	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums
Hôpital ayant la valeur la plus basse : 24.5% (hôpitaux de soins de base - K122 )	Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums			
<p><b>Service d'urgence reconnu</b></p> <p>Source : numéro de registre SASIS (RCC)</p>	<p><b>Evaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'hôpital dispose d'un service d'urgence reconnu</li> <li>▪ L'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu</li> </ul> <p>88 hôpitaux disposant d'un service d'urgence reconnu et 40 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM.</p>			

Le détail des critères susmentionnés figure en annexe.

### Résultats de la formation de clusters

Les clusters qui en résultent figurent dans le tableau ci-après. Il y a 7 clusters au total. Les explications techniques sur la formation des clusters sont fournies en annexe.

Cluster	Catégories d'hôpitaux HSK	Catégories OFS <sup>1</sup>
1	Prestataires de soins finaux (hôpitaux universitaires)	K111
2	Prestataires de soins finaux (hôpitaux avec prise en charge centralisée)	K112
3	Hôpitaux pédiatriques	K233

<sup>1</sup> K111 : cliniques universitaires, K112 : hôpitaux avec prise en charge centralisée ; K121, K122 et K123, niveaux de soins de base 3-5; cliniques spécialisées : K231 (chirurgie), K232 (gynécologie/néonatalogie), K233 (pédiatrie), K234 (gériatrie), K235 (diverses cliniques spécialisées)

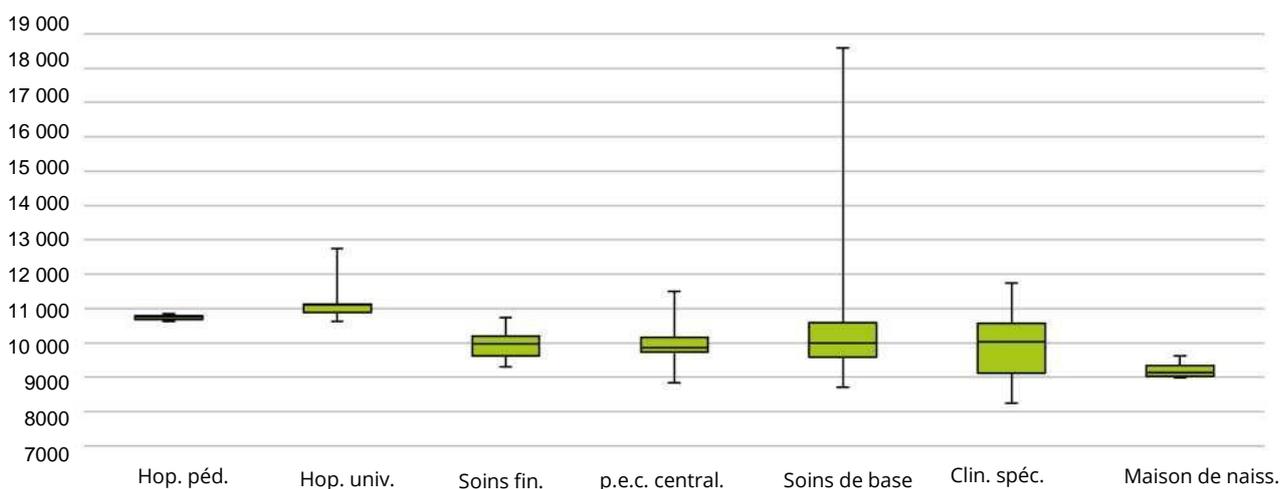
4	Hôpitaux avec prise en charge centralisée (sans soins finaux)	K112
5	Hôpitaux de soins de base	K121, K122, K123, K221, K231, K235
6	Hôpitaux sans urgence (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)	K122, K123, K231, K232, K234, K235
7	Maisons de naissance	K232

La figure 14 montre que les prestataires de soins finaux doivent être considérés séparément lors de la comparaison. De plus, les cliniques spécialisées, les hôpitaux sans service d'urgence (désignés par « clinique spécialisée » 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<sup>1</sup>**



Commentaire : le cluster Cliniques spécialisées comprend les hôpitaux de soins de base sans urgences (cluster 6).

**Conclusion :**

- En appliquant l'analyse en composantes principales (PCA), la comparabilité est améliorée pour la formation du prix.
- Par cette méthode analytique, HSK révèle que l'application du quartile BM à 25% 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.

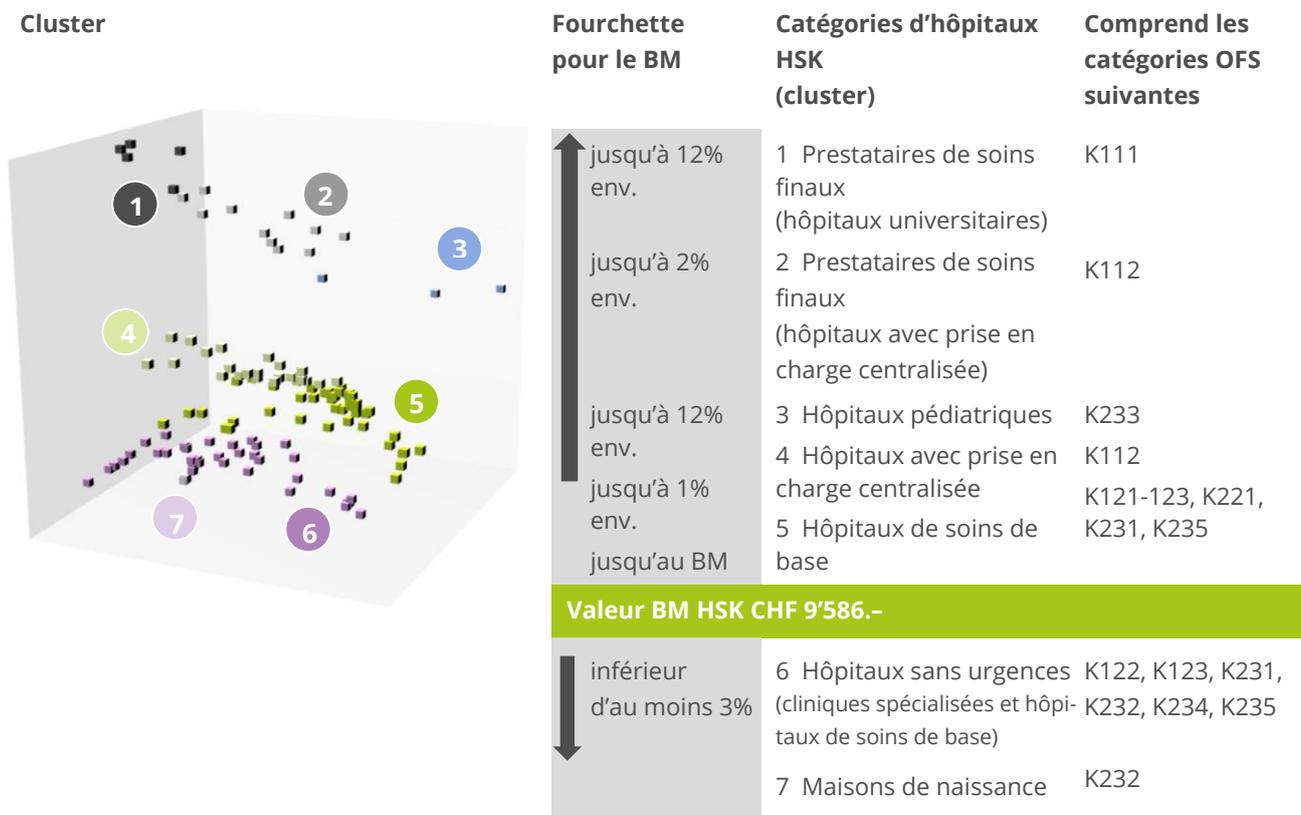
<sup>1</sup> La répartition des coûts par cas apparaît dans BoxPlot, 50% des valeurs se trouvant dans la Box. Plus la box est longue, plus les valeurs sont dispersées et vice versa. La barre représente la valeur médiane pour les hôpitaux représentés. La zone située entre les « antennes » (whisker) correspond à 95% des cas.

### 3.2.2 Calcul de la fourchette de prix

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

- S'agissant d'une différenciation des prix, les prix négociés dans chaque cluster sont comparés avec le benchmark. La figure 15 révèle où se trouve les fourchettes actuelles. Ainsi, les prix actuels négociés des hôpitaux universitaires sont en moyenne 12% plus élevés que le benchmark. Les maisons de naissance sont 4% inférieures.
- Les prix doivent être en corrélation avec les clusters. Cela signifie que les hôpitaux universitaires (cluster 1) et les hôpitaux pédiatriques (cluster 3) ont les baserates négociés les plus élevés (env. CHF 10'700) 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 (CHF 9'200).
- Vu qu'il s'agit de groupes homogènes, la différence de prix au sein d'un même cluster ne peut être trop importante (+/- 1%). La figure 6 indique que les prix des clusters 2 et 6 affichent des différences significatives que HSK souhaite corriger au cours des prochaines négociations tarifaires.
- L'évolution de la structure tarifaire SwissDRG est prise en compte lors des négociations tarifaires. Pour les hôpitaux pédiatriques (cluster 3) par exemple, la V9.0 prévoit une augmentation significative du degré de couverture (+4% env.). Dans ce cas, une révision des prix est justifiée.
- Avec la fin de la phase d'introduction de SwissDRG et le développement continu de la structure tarifaire SwissDRG, HSK souhaite corriger les différences de prix par rapport au benchmark d'env. CHF 1'200 et CHF 1'500 pour le cluster 1 (hôpitaux universitaires) resp. le cluster 3 (hôpitaux pédiatriques).
- D'autres particularités ou spécificités des hôpitaux, qui n'ont pas été prises en compte pour former les clusters, pourraient aussi être intégrées dans la détermination des prix.
- Les gains d'efficacité sont reconnus par HSK si l'hôpital fournit ses prestations de manière efficiente. Les hôpitaux qui ont des coûts faibles en raison de la sélection des patients ou en raison d'une focalisation sur les DRG rentables ne sont pas considérés comme des fournisseurs de prestations efficaces par HSK.

Fig. 15 Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)



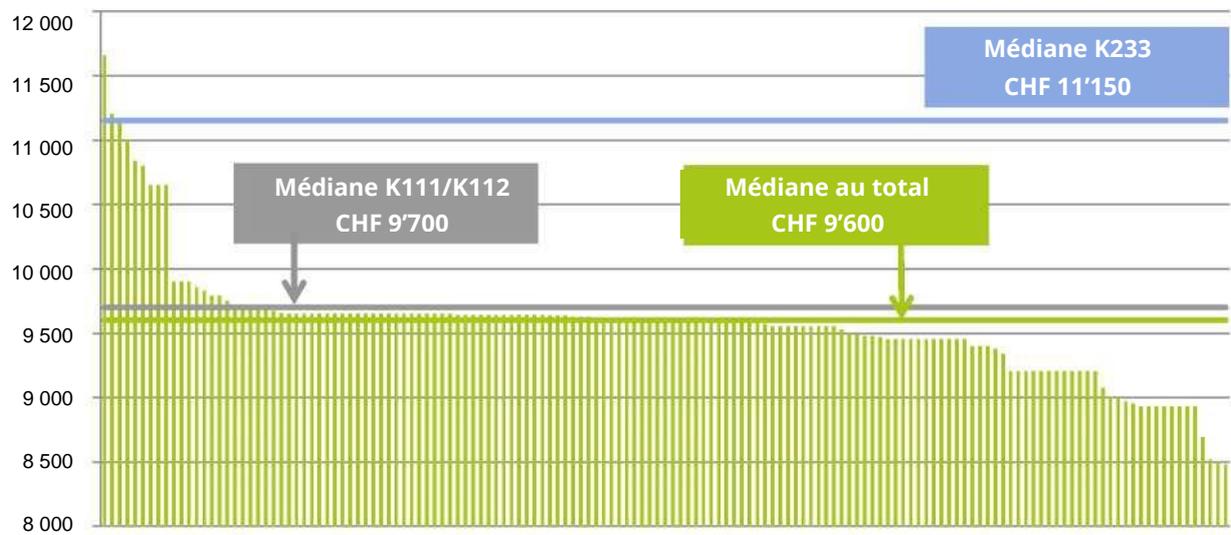
### 3.3 Validation du benchmark HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)

#### 3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2019

Il existe des tarifs approuvés définitifs pour toutes les catégories d'hôpitaux depuis l'exercice tarifaire 2019. La médiane de ces tarifs est de CHF 9'600.- (voir fig. 16)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Source : <http://www.gdk-cds.ch>, graphique HSK

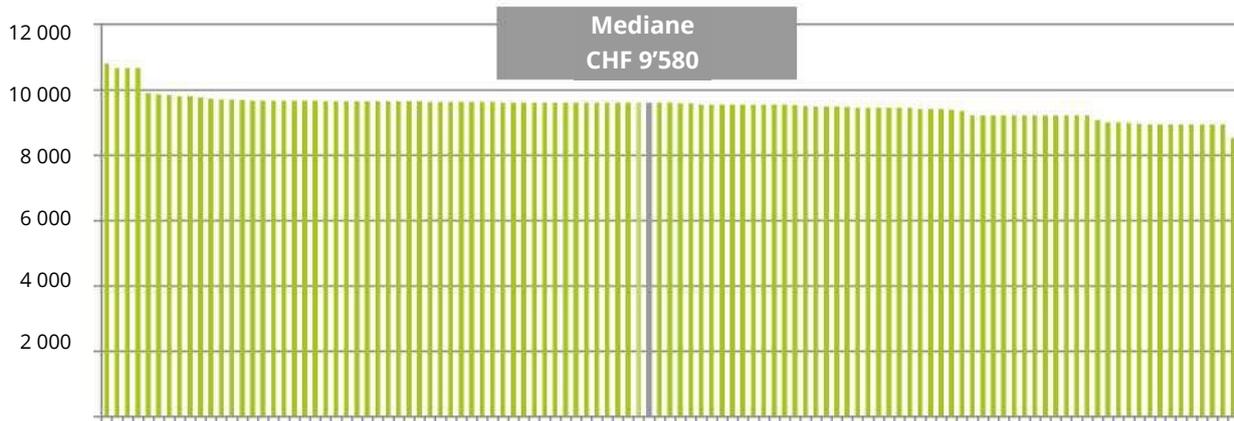
**Fig. 16 Baserates HSK définitifs à partir de 2019**



### 3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2020

Il y a des baserates déjà convenus pour l'année 2020 pour environ 100 hôpitaux sous la forme de contrats pluriannuels et de contrats à durée indéterminée. Pour l'année tarifaire 2020 aussi, la médiane des prix négociés est inférieure à CHF 9'600.-.

**Fig. 17 Baserates HSK négociés pour 2020**



## 4. Récapitulatif

### Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 25<sup>e</sup> percentile.
- Elle s'élève à **CHF 9'586.-**.

### 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 80%.
- Le BM HSK est valable en intégrant toutes les catégories OFS.
- La valeur BM sur la base du 25<sup>e</sup> 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 2018/2019 ainsi qu'avec les tarifs déjà négociés pour 2020.
- 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 neuvième année de négociations SwissDRG.
- 66% des hôpitaux fournissent leurs données après le 31.05.2019. 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. Néanmoins, l'intégralité et la plausibilité des CUI ne peuvent pas être vérifiées par HSK.
- 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, août 2019/Groupe d'experts HSK SwissDRG

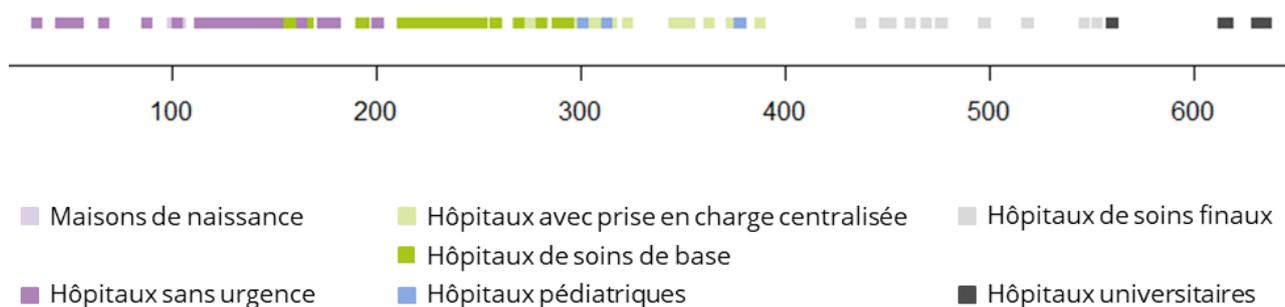
## Annexe

### 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<sup>1</sup>. 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 gris foncés sur la barre de chiffres à droite) et les hôpitaux avec prise en charge centralisée (sur la barre de chiffres entre 300 et 550) d'une part, et le reste des hôpitaux d'autre part. Les hôpitaux de soins de base se trouvent surtout entre 200 et 300. Les maisons de naissance sont groupées autour de 100 alors que les cliniques spécialisées se répartissent sur un large spectre avant 200.

**Fig. 8 Distance de Manhattan**



La méthode révèle également la très grande fourchette des différentes valeurs, qui peut aller jusqu'à plus de 90%. 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%. C'est-à-dire, en réduisant à une seule dimension la dispersion des données (MD), on perd 30% des informations de départ. Pour qu'une affirmation soit significative, il faut un maintien de l'information de 75%, idéalement de 80% 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.

<sup>1</sup> 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, p. 24).

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% 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 : gris foncé ①, gris clair ②, bleu ③, vert clair ④ et vert ⑤ ainsi que violet foncé ⑥ et violet clair ⑦.

Le cluster gris foncé ① est plus étroitement lié au cluster gris clair ② qu'aux autres. Un hôpital de ce cluster s'approche fortement du cluster ②.

De même, les clusters violets ⑥ et ⑦ sont plus proches des clusters verts ④ et ⑤ que des autres. Le cluster bleu ③ se démarque clairement des clusters verts et s'éloigne dans la profondeur du cluster gris clair ②, même s'il évolue au même niveau. Par rapport aux années précédentes, les clusters gris foncé ① et gris clair ② se sont rapprochés les uns des autres. Les deux clusters verts ④ et ⑤ ne doivent pas être séparés de manière tranchante l'un de l'autre. A l'horizontale, le cluster vert clair ④ se rapproche du cluster gris clair ② 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 foncé ⑥ s'étend à l'horizontale dans le bord inférieur du graphique, avec une nette séparation spatiale des clusters ① à ⑤. Le cluster violet clair ⑦ est quant à lui une ramification plus compacte, mieux séparée et s'écartant de l'horizontale du cluster violet foncé ⑥.

La suppression de la variable « quotient de la durée de séjour » a essentiellement eu pour effet que les clusters ④, ⑤ et ⑥ sont un peu moins étendus à l'horizontale et qu'il en résulte parfois l'impression de sous-groupes pouvant presque être séparés au sein des différents clusters.



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

Spital	BFS	BR HSK inkl. ANK	Manhattan-Distanz													Total	Cluster	Nr. Bezeichnung	
			1		2		3		4		5		6		7				
			952 Max. 8 Min.	Punkte	43380 Max. 133 Min	Punkte	2.312 Max. 0.359 Min.	Punkte	1392 Max. 0 Min.	Punkte	1 Ja 0 Nein	Punkte	1 Ja 0 Nein	Punkte	1 Ja 0 Nein				Punkte
S1	K235	18'591	32	2,54	520	0,89	0,710	17,97	34	2,44	0	-	1,00	100,00	1,00	100,00	223,85	5 Grundversorger (K235)	
S2	K123	16'599	175	17,69	715	1,35	0,733	19,15	11	0,79	0	-	1,00	100,00	0,28	3,97	142,95	5 Grundversorger (K123)	
S3	K123	12'852	121	11,97	363	0,53	0,558	10,19	8	0,57	0	-	1,00	100,00	1,00	100,00	223,26	5 Grundversorger (K123)	
S4	K111	12'734	927	97,35	38'675	89,12	1,215	43,83	1'287	92,46	1	100,00	1,00	100,00	0,94	92,05	614,81	1 ZV/Endversorger (K111)	
S5	K122	12'032	442	45,97	4'248	9,52	1,127	39,30	-	-	0	-	1,00	100,00	0,64	51,94	246,72	5 Grundversorger (K122)	
S6	K122	11'865	269	27,65	1'700	3,62	0,706	17,73	38	2,73	0	-	1,00	100,00	0,61	48,68	200,41	5 Grundversorger (K122)	
S7	K235	11'737	13	0,53	138	0,01	2,312	100,00	3	0,22	0	-	-	-	1,00	100,00	200,76	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S8	K231	11'598	77	7,31	1'518	3,20	1,160	41,00	2	0,14	0	-	-	-	1,00	100,00	151,66	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S9	K235	11'582	94	9,11	1'038	2,09	0,733	19,14	-	-	0	-	-	-	1,00	100,00	130,34	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S10	K122	11'568	375	38,88	3'586	7,98	0,799	22,51	14	1,01	0	-	1,00	100,00	0,57	43,27	213,64	5 Grundversorger (K122)	
S11	K235	11'560	37	3,07	199	0,15	1,533	60,09	-	-	0	-	-	-	1,00	100,00	163,31	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S12	K112	11'501	454	47,25	7'738	17,59	1,057	35,71	133	9,55	0	-	1,00	100,00	0,78	70,48	280,57	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S13	K123	11'489	126	12,50	867	1,70	0,840	24,63	23	1,65	0	-	-	-	0,35	13,91	54,39	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K123)	
S14	K121	11'470	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S15	K123	11'372	78	7,42	171	0,09	0,657	15,24	4	0,29	0	-	1,00	100,00	1,00	100,00	223,03	5 Grundversorger (K123)	
S16	K123	11'289	46	4,03	133	-	1,748	71,14	3	0,22	0	-	-	-	1,00	100,00	175,39	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K123)	
S17	K231	11'246	327	33,79	3'553	7,91	0,953	30,39	1	0,07	0	-	1,00	100,00	0,61	48,68	220,83	5 Grundversorger (K231)	
S18	K235	11'137	84	8,05	788	1,51	0,681	16,46	-	-	0	-	-	-	0,42	23,18	49,20	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S19	K111	11'130	938	98,52	37'962	87,47	1,376	52,07	1'392	100,00	1	100,00	1,00	100,00	0,98	97,52	635,57	1 ZV/Endversorger (K111)	
S20	K111	11'101	869	91,21	34'965	80,54	1,317	49,03	624	44,83	1	100,00	1,00	100,00	0,96	94,45	560,06	1 ZV/Endversorger (K111)	
S21	K121	10'913	364	37,71	3'246	7,20	0,801	22,60	35	2,51	0	-	1,00	100,00	0,78	71,39	241,42	5 Grundversorger (K121)	
S22	K111	10'893	888	93,22	38'554	88,84	1,579	62,48	1'067	76,65	1	100,00	1,00	100,00	0,97	95,73	616,92	1 ZV/Endversorger (K111)	
S23	K231	10'891	114	11,23	6'280	14,21	1,390	52,78	48	3,45	0	-	-	-	0,69	58,37	140,04	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S24	K233	10'852	341	35,28	4'622	10,38	0,769	20,97	123	8,84	1	100,00	1,00	100,00	0,44	25,83	301,29	3 Kinderspitäler (K233)	
S25	K123	10'851	167	16,84	755	1,44	0,765	20,78	-	-	0	-	1,00	100,00	0,66	54,97	194,03	5 Grundversorger (K123)	
S26	K233	10'749	287	29,56	3'472	7,72	0,742	19,60	52	3,74	1	100,00	1,00	100,00	0,64	51,99	312,60	3 Kinderspitäler (K233)	
S27	K112	10'731	771	80,83	18'828	43,23	1,065	36,13	350	25,14	1	100,00	1,00	100,00	0,75	66,25	451,58	2 ZV/Endversorger (K112)	
S28	K112	10'705	722	75,64	20'883	47,98	1,017	33,70	277	19,90	1	100,00	1,00	100,00	0,88	84,11	461,32	2 ZV/Endversorger (K112)	
S29	K231	10'664	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S30	K112	10'628	742	77,75	23'010	52,90	1,069	36,35	310	22,27	0	-	1,00	100,00	0,88	84,22	373,49	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S31	K111	10'625	952	100,00	43'380	100,00	1,436	55,12	1'070	76,87	1	100,00	1,00	100,00	0,99	98,80	630,78	1 ZV/Endversorger (K111)	
S32	K121	10'624	421	43,75	5'480	12,36	0,779	21,47	37	2,66	0	-	1,00	100,00	0,68	57,05	237,29	5 Grundversorger (K121)	
S33	K233	10'612	379	39,30	5'492	12,39	0,876	26,47	199	14,30	1	100,00	1,00	100,00	0,89	85,65	378,11	3 Kinderspitäler (K233)	
S34	K231	10'608	200	20,34	6'114	13,83	1,046	35,14	-	-	0	-	-	-	0,74	65,89	135,21	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S35	K112	10'605	549	57,31	13'658	31,27	0,962	30,88	-	-	0	-	1,00	100,00	0,64	51,97	271,44	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S36	K231	10'561	139	13,88	1'820	3,90	1,040	34,87	-	-	0	-	-	-	0,73	64,24	116,88	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S37	K122	10'553	250	25,64	3'317	7,36	0,661	15,44	12	0,86	0	-	-	-	0,73	64,24	113,54	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S38	K112	10'460	502	52,33	9'297	21,19	0,915	28,45	65	4,67	0	-	1,00	100,00	0,87	82,12	288,76	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S39	K123	10'456	254	26,06	1'595	3,38	0,690	16,95	19	1,36	0	-	1,00	100,00	0,32	9,93	157,68	5 Grundversorger (K123)	
S40	K231	10'454	67	6,25	1'086	2,20	0,863	25,81	-	-	0	-	-	-	0,65	53,64	87,91	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S41	K122	10'445	253	25,95	6'745	15,29	0,725	18,72	29	2,08	0	-	-	-	0,84	78,81	140,85	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S42	K231	10'420	178	18,01	3'926	8,77	1,463	56,52	77	5,53	0	-	-	-	0,92	88,96	177,79	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S43	K231	10'401	65	6,04	640	1,17	0,826	23,87	11	0,79	0	-	-	-	0,88	84,11	115,98	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S44	K121	10'356	444	46,19	7'673	17,43	0,758	20,43	191	13,72	0	-	1,00	100,00	0,65	54,17	251,95	5 Grundversorger (K121)	
S45	K112	10'335	467	48,62	10'571	24,14	1,055	35,63	61	4,38	0	-	1,00	100,00	0,93	90,29	303,06	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S46	K112	10'247	870	91,31	27'002	62,13	1,116	38,74	429	30,82	1	100,00	1,00	100,00	0,97	96,03	519,03	2 ZV/Endversorger (K112)	
S47	K112	10'225	548	57,20	10'913	24,93	0,826	23,92	154	11,06	0	-	1,00	100,00	0,64	51,92	269,03	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S48	K121	10'213	518	54,03	7'308	16,59	0,968	31,15	58	4,17	0	-	1,00	100,00	0,87	82,65	288,58	5 Grundversorger (K121)	
S49	K121	10'190	508	52,97	7'875	17,90	0,818	23,48	86	6,18	0	-	1,00	100,00	0,59	46,19	246,72	5 Grundversorger (K121)	
S50	K122	10'175	353	36,55	2'500	5,47	0,729	18,92	32	2,30	0	-	1,00	100,00	0,25	-	163,24	5 Grundversorger (K122)	
S51	K112	10'163	846	88,77	34'792	80,14	1,237	44,95	521	37,43	1	100,00	1,00	100,00	0,96	95,30	546,59	2 ZV/Endversorger (K112)	
S52	K112	10'162	546	56,99	9'902	22,59	0,876	26,48	78	5,60	0	-	1,00	100,00	0,91	88,41	300,07	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S53	K122	10'162	321	33,16	3'294	7,31	0,918	28,61	30	2,16	0	-	1,00	100,00	0,60	46,69	217,92	5 Grundversorger (K122)	
S54	K112	10'145	538	56,14	10'496	23,96	0,885	26,93	104	7,47	0	-	1,00	100,00	0,86	81,76	296,27	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S55	K122	10'137	276	28,39	2'190	4,76	0,710	17,97	20	1,44	0	-	1,00	100,00	0,55	40,07	192,62	5 Grundversorger (K122)	
S56	K221	10'134	49	4,34	507	0,86	0,640	14,38	30	2,16	0	-	1,00	100,00	0,30	7,28	129,03	5 Grundversorger (K221)	
S57	K123	10'131	146	14,62	546	0,95	0,676	16,21	-	-	0	-	1,00	100,00	1,00	100,00	231,78	5 Grundversorger (K123)	
S58	K235	10'124	30	2,33	207	0,17	1,839	75,80	7	0,50	0	-	-	-	1,00	100,00	178,81	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S59	K112	10'110	697	72,99	18'886	38,74	1,458	56,29	53	3,81	0	-	1,00	100,00	0,93	91,17	362,99	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S60	K232	10'105	90	8,69	1'616	3,43	0,646	14,67	-	-	0	-	-	-	0,55	40,07	66,85	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K232)	
S61	K234	10'083	131	13,03	1'435	3,01	1,620	64,57	19	1,36	0	-	-	-	0,40	20,53	102,51	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K234)	
S62	K112	10'069	700	73,31	18'253	37,30	0,891	27,23	267	19,18	1	100,00	1,00	100,00	0,85	79,99	437,00	2 ZV/Endversorger (K112)	
S63	K121	10'060	443	46,08	7'085	16,08	0,848	25,00	67	4,81	0	-	1,00	100,00	0,67	56,29	248,26	5 Grundversorger (K121)	
S64	K112	10'059	542	56,57	9'421	21,48	0,870	26,17	108	7,76	0	-	1,00	100,00	0,77	69,73	281,70	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S65	K112	10'017	680	71,19	26'510	60,99	0,972	31,36	74	5,32	0	-	1,00	100,00	0,88	84,36	353,22	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S66	K231	9'987	130	12,92	1'126	2,30	1,179	41,99	14	1,01	0	-	-	-	0,90	86,75	144,97	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S67</																			



Spital	BFS	BR HSK inkl. ANK	Manhattan-Distanz														Cluster Nr. Bezeichnung		
			1		2		3		4		5		6		7			Total Punkte	
			952 Max. 8 Min.	Punkte	43380 Max. 133 Min	Punkte	2.312 Max. 0.359 Min.	Punkte	1392 Max. 0 Min.	Punkte	1 Ja 0 Nein	Punkte	1 Ja 0 Nein	Punkte	0.245 1 Max. Min.	Punkte			
			Ange- steuerte DRG	Fälle	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	AA- Stellen	Punkte	Endvers- orgungss- pital	Punkte	Notfall	Punkte	Erreichung Mindestfall- zahlen	Punkte			
S76	K112	9861	708	74.15	19306	44.33	0.980	31.79	256	18.39	0	-	1.00	100.00	0.87	82.12	350.78	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S77	K122	9852	308	31.78	3979	8.89	0.921	28.74	1	0.07	0	-	-	-	0.72	62.91	132.40	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K122)	
S78	K231	9830	104	10.17	1843	3.95	1.636	65.39	14	1.01	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	280.52	5 Grundversorger (K231)	
S79	K122	9829	452	47.03	3888	8.68	0.865	25.90	34	2.44	0	-	1.00	100.00	0.55	40.66	224.72	5 Grundversorger (K122)	
S80	K112	9795	656	68.64	17699	40.62	0.883	26.80	197	14.15	0	-	1.00	100.00	0.79	72.68	322.90	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S81	K112	9775	813	85.28	25366	58.74	1.029	34.28	304	21.84	0	-	1.00	100.00	0.91	87.81	387.94	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S82	K112	9770	907	95.23	37687	86.84	1.115	38.69	539	38.72	1	100.00	1.00	100.00	0.95	93.15	552.63	2 ZV/Endversorger (K112)	
S83	K112	9751	753	78.92	25966	59.73	0.937	29.58	284	20.40	1	100.00	1.00	100.00	0.91	87.86	476.49	2 ZV/Endversorger (K112)	
S84	K121	9749	466	48.52	7065	16.03	0.735	19.25	74	5.32	0	-	1.00	100.00	0.61	48.39	237.50	5 Grundversorger (K121)	
S85	K112	9747	632	66.10	17383	39.89	1.165	41.25	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.95	93.98	345.39	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S86	K123	9746	240	24.58	2148	4.66	0.719	18.39	4	0.29	0	-	1.00	100.00	0.31	9.14	157.06	5 Grundversorger (K123)	
S87	K121	9738	454	47.25	7167	16.26	0.787	21.90	50	3.59	0	-	1.00	100.00	0.86	80.96	269.96	5 Grundversorger (K121)	
S88	K112	9737	528	55.08	9835	22.43	0.902	27.80	111	7.97	0	-	1.00	100.00	0.74	65.78	279.08	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S89	K112	9718	532	55.51	8782	20.00	0.906	28.00	87	6.25	0	-	1.00	100.00	0.72	62.71	272.47	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S90	K112	9717	758	79.45	15766	36.15	1.047	35.20	216	15.52	1	100.00	1.00	100.00	0.87	82.72	449.04	2 ZV/Endversorger (K112)	
S91	K231	9715	205	20.87	2384	5.20	1.241	45.16	29	2.08	0	-	-	-	0.84	78.81	152.13	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S92	K112	9695	494	51.48	10319	23.55	0.842	24.71	82	5.89	0	-	1.00	100.00	0.76	68.36	273.99	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S93	K112	9681	518	54.03	9578	21.84	0.876	26.45	85	6.11	0	-	1.00	100.00	0.74	65.56	273.98	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S94	K122	9649	328	33.90	2325	5.07	0.839	24.59	17	1.22	0	-	1.00	100.00	0.36	14.85	179.63	5 Grundversorger (K122)	
S95	K122	9637	511	53.28	4577	10.28	0.965	30.99	41	2.95	0	-	1.00	100.00	0.51	35.29	232.79	5 Grundversorger (K122)	
S96	K122	9628	466	48.52	5164	11.63	0.804	22.78	80	5.75	0	-	1.00	100.00	0.69	59.16	247.84	5 Grundversorger (K122)	
S97	K232	9614	8	-	348	0.50	0.359	-	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	100.50	7 Geburtshäuser (K232)	
S98	K234	9612	91	8.79	804	1.55	1.540	60.47	39	2.80	0	-	-	-	1.00	100.00	173.61	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K234)	
S99	K235	9605	90	8.69	676	1.26	0.689	16.90	-	-	0	-	-	-	0.30	7.28	34.13	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K235)	
S100	K121	9580	516	53.81	7675	17.44	1.216	43.89	-	-	0	-	1.00	100.00	0.84	78.97	294.12	5 Grundversorger (K121)	
S101	K122	9560	379	39.30	4286	9.60	0.943	29.88	49	3.52	0	-	1.00	100.00	0.56	41.28	223.58	5 Grundversorger (K122)	
S102	K121	9555	507	52.86	7853	17.85	0.897	27.54	67	4.81	0	-	1.00	100.00	0.56	41.06	244.12	5 Grundversorger (K121)	
S103	K122	9550	499	52.01	5968	13.49	0.874	26.36	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.72	62.52	258.55	5 Grundversorger (K122)	
S104	K112	9535	791	82.94	34698	79.92	1.048	35.28	415	29.81	1	100.00	1.00	100.00	0.93	90.54	518.51	2 ZV/Endversorger (K112)	
S105	K121	9530	481	50.11	6724	15.24	0.871	26.20	99	7.11	0	-	1.00	100.00	0.62	50.03	248.68	5 Grundversorger (K121)	
S106	K112	9520	558	58.26	9486	21.63	0.841	24.67	73	5.24	0	-	1.00	100.00	0.74	65.86	275.66	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S107	K231	9485	23	1.59	389	0.59	0.664	15.60	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	117.78	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S108	K231	9460	93	9.00	1820	3.90	1.110	38.43	10	0.72	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	252.05	5 Grundversorger (K231)	
S109	K231	9429	95	9.22	1375	2.87	0.793	22.21	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	134.30	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S110	K231	9381	167	16.84	2215	4.81	1.210	43.55	-	-	0	-	1.00	100.00	0.64	51.75	216.96	5 Grundversorger (K231)	
S111	K112	9300	807	84.64	31598	72.76	1.002	32.90	386	27.73	1	100.00	1.00	100.00	0.85	79.58	497.60	2 ZV/Endversorger (K112)	
S112	K232	9250	10	0.21	896	1.76	0.384	1.27	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	103.25	7 Geburtshäuser (K232)	
S113	K112	9225	605	63.24	15261	34.98	0.950	30.24	129	9.27	0	-	1.00	100.00	0.76	68.46	306.19	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S114	K123	9142	235	24.05	1189	2.44	0.796	22.38	22	1.58	0	-	1.00	100.00	0.37	16.56	167.00	5 Grundversorger (K123)	
S115	K231	9138	82	7.84	1050	2.12	1.397	53.15	-	-	0	-	-	-	0.65	54.21	117.32	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S116	K231	9129	149	14.94	1940	4.18	1.139	39.93	-	-	0	-	1.00	100.00	0.77	69.09	228.14	5 Grundversorger (K231)	
S117	K231	9090	76	7.20	1281	2.65	0.849	25.09	2	0.14	0	-	-	-	1.00	100.00	135.09	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S118	K231	9081	63	5.83	970	1.94	0.640	14.36	-	-	0	-	-	-	0.44	25.83	47.95	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S119	K234	9068	164	16.53	2415	5.28	1.418	54.20	54	3.88	0	-	-	-	1.00	100.00	179.89	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K234)	
S120	K232	9028	10	0.21	852	1.66	0.399	2.01	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	103.89	7 Geburtshäuser (K232)	
S121	K232	8989	10	0.21	498	0.84	0.389	1.54	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	102.60	7 Geburtshäuser (K232)	
S122	K112	8925	622	65.04	13027	29.81	1.053	35.50	29	2.08	0	-	1.00	100.00	0.87	82.34	314.78	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S123	K122	8917	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S124	K122	8886	221	22.56	6485	14.69	0.680	16.41	-	-	0	-	-	-	0.89	85.10	138.76	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K122)	
S125	K122	8849	367	38.03	6714	15.22	0.695	17.19	28	2.01	0	-	1.00	100.00	0.55	40.78	213.22	5 Grundversorger (K122)	
S126	K112	8833	594	62.08	9690	22.10	1.294	47.84	18	1.29	0	-	1.00	100.00	0.84	78.94	312.25	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S127	K231	8805	152	15.25	2797	6.16	1.085	37.18	-	-	0	-	-	-	0.74	65.00	123.59	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S128	K235	8762	11	0.32	525	0.91	0.750	20.03	6	0.43	0	-	-	-	1.00	100.00	121.68	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K235)	
S129	K123	8738	140	13.98	1700	3.62	1.058	35.77	-	-	0	-	-	-	0.95	93.38	146.75	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K123)	
S130	K231	8712	91	8.79	2315	5.05	1.262	46.23	-	-	0	-	1.00	100.00	0.99	98.68	258.74	5 Grundversorger (K231)	
S131	K231	8509	82	7.84	1036	2.09	1.361	51.29	-	-	0	-	-	-	0.90	86.75	147.97	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	
S132	K231	8235	39	3.28	772	1.48	0.849	25.07	7	0.50	0	-	-	-	0.36	15.23	45.56	6 Kliniken/Spiez.Kliniken o/Notfall (K231)	

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.zeram dini@ecc-hsk.info](mailto:r.zeram dini@ecc-hsk.info); [d.wettstein@ecc-hsk.info](mailto:d.wettstein@ecc-hsk.info)) ou à l'analyste de données ([a.bischof@ecc-hsk.info](mailto:a.bischof@ecc-hsk.info)).

## Répertoire des abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
BM	Benchmark
BR	Baserate
TAF	Tribunal administratif fédéral
CM	Case-mix
CMI	Indice de case-mix
DRG	Diagnosis related groups
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
ITAR_K <sup>®</sup>	Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation
AM	Assurance-maladie
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
DM	Distance de Manhattan
PCA	Principal Component Analysis
REKOLE <sup>®</sup>	Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalières (grouper GPPH)
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
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurance complémentaire)