

---

# Benchmark TARPSY

## Année tarifaire 2020

**Bases des données de 2018**

**Publication de novembre 2019**

## Contenu

<b>1. Contexte .....</b>	<b>3</b>
1.1 Lignes directrices pour la procédure de benchmarking.....	3
<b>2. Bases de données .....</b>	<b>4</b>
2.1 Généralités.....	4
2.2 Transparence des données .....	4
2.3 Vérification de la plausibilité des données .....	5
2.4 Hôpitaux inclus.....	6
2.5 Hôpitaux exclus .....	6
2.6 Couverture régionale.....	6
<b>3. Benchmark TARPSY .....</b>	<b>7</b>
3.1 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark .....	7
3.2 Déductions complémentaires .....	8
3.2.1 Enseignement universitaire et recherche.....	8
3.2.2 Prestations supplémentaires pour les patients LCA .....	8
3.3 Choix du percentile .....	9
3.4 Benchmark TARPSY .....	10
3.5 Benchmark.....	11
3.6 Prix de base TARPSY convenus .....	11
<b>4. Formation de clusters .....</b>	<b>12</b>
4.1 Contexte .....	12
4.2 Objectif .....	12
4.3 Ensemble de données analysé.....	12
4.4 Examen des variables et méthode .....	13
4.5 Enseignements tirés de la formation de clusters .....	15
4.6 Résultats .....	16
4.7 Conclusion .....	17
<b>5. Résumé .....</b>	<b>18</b>

---

# 1. Contexte

## 1.1 Lignes directrices pour la procédure de benchmarking

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

- Mécanisme de calcul des prix à deux niveaux : 1<sup>er</sup> niveau = benchmark en tant que valeur de référence, 2<sup>ème</sup> niveau = négociations de prix individuelles.
- Il s'ensuit que le benchmark (BM) est une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les hôpitaux.
- La procédure de benchmarking doit par principe être fondée sur les coûts (coûts d'exploitation des hôpitaux pertinents pour le BM).
- Les déductions (p. ex. pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure de benchmarking.
- Le benchmark doit idéalement être calculé en fonction d'une valeur de référence nationale.
- L'objectif du benchmark est d'inclure un volume comparatif aussi grand que possible et représentatif pour tous les hôpitaux. Il doit notamment être exempt de distorsions liées à la concurrence.
- Les données de coûts et de prestations pertinentes pour le benchmarking doivent être calculées selon une méthode uniforme de façon aussi précise et réaliste que possible.
- Une procédure de benchmarking qui présélectionne certains hôpitaux n'est pas admise.
- Le benchmark doit se baser autant que possible sur des chiffres effectifs plutôt que sur des valeurs normatives.
- Plus le nombre d'hôpitaux dans le benchmark est faible, plus les exigences en matière de calcul correct des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark sont élevées.
- Il n'est pas admis de fixer le benchmark pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark n'ont pas été collectés de manière conforme à la LAMal.
- Dans un jugement, le TAF considère que la mesure de l'efficacité du benchmark doit concrètement être fixée à un percentile 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 ».

## 2. Bases de données

### 2.1 Généralités

Comme il n'existe pas de benchmark national dans le domaine TARPSY, la Communauté d'achat HSK a de nouveau réalisé sa propre procédure de benchmarking pour l'année tarifaire 2020.

Cette procédure comprend les deux niveaux suivants :

<b>1<sup>er</sup> niveau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Calcul des coûts journaliers corrigés par le DMI, d'après les données fournies par les hôpitaux (ITAR_K) et conformément aux calculs des tarifs propres à HSK</li> <li>▪ Calcul du benchmark</li> </ul>
<b>2<sup>ème</sup> niveau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation de négociations tarifaires individuelles avec les hôpitaux pour parvenir à une comparabilité la plus objective possible de tous les hôpitaux sur la base des caractéristiques des patients et des structures.</li> <li>▪ Constitution de clusters (groupes d'hôpitaux) homogènes pour définir des fourchettes de prix et justifier les différences de prix par rapport à la valeur du benchmark</li> <li>▪ Le prix de base doit refléter les particularités des hôpitaux</li> <li>▪ Les inefficiences ne peuvent être financées par les prix de base AOS (art. 49, al. 1, LAMal).</li> </ul>

### 2.2 Transparence des données

Le TAF précise que lors de la fixation des prix et de l'examen de l'économicité, toutes les données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux sont prises en considération. C'est pourquoi HSK exige systématiquement des hôpitaux la version complète ITAR\_K (prestations et coûts), y compris la présentation détaillée du domaine hospitalier ambulatoire. En complément de ces bases de données, HSK demande également les données de base déterminantes pour TARPSY.

Les coûts de forensique ne sont pas pris en compte dans la procédure de benchmarking.

## 2.3 Vérification de la plausibilité des données

Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les hôpitaux appliquent REKOLE© « Comptabilité analytique à l'hôpital ». Une application systématique des standards REKOLE© améliore la transparence et la comparabilité des charges d'exploitation des hôpitaux. La plausibilité des données est ainsi réalisée de manière plus efficace que si des standards comptables différents étaient appliqués.

Tous les hôpitaux qui ont été intégrés au benchmark ont calculé leurs coûts et prestations au moyen de REKOLE© et ont fourni les données à HSK au format ITAR\_K© .

Les données 2018 fournies par les hôpitaux au format ITAR\_K et les données de base déterminantes pour TARPSY de la version 2.0 ainsi que la version de tarification 2019 ont été vérifiées par HSK quant à leur exhaustivité, à leur exactitude et à leur compréhensibilité.

En font partie les faits suivants :

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparaison de la comptabilité financière et de la comptabilité analytique</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparaison entre le relevé de l'unité finale d'imputation et le relevé ITAR-K</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparaison systématique avec l' année précédente</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Données de base déterminantes TARPSY pour les cas 2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre TARPSY (sorties) 2018</li> <li>▪ Nombre de jours de soins décomptables, <u>sans</u> jours de soins supplémentaires conformément aux dispositions transitoires</li> <li>▪ Nombre d'absences d'une durée supérieure à 24 heures</li> <li>▪ Nombre de jours de congé</li> <li>▪ Daymix, calculé sur la base des jours de soins décomptables, <u>sans</u> jours de soins supplémentaires conformément aux dispositions transitoires</li> <li>▪ Indice Daymix, calculé sur la base du Daymix et des jours de soins décomptables, <u>sans</u> jours de soins supplémentaires conformément aux dispositions transitoires</li> </ul>

HSK a relevé, dans le cadre de la plausibilité des données, que les données de base déterminantes pour TARPSY ont encore souvent été fournies conformément à la règle des dispositions transitoires. Les jours de soins décomptables n'ont pas été réduits des absences qui dépassaient 24 heures. Cette situation a conduit à de nombreuses demandes de précisions et de nouvelles préparations des données par HSK et, finalement, a abouti à un retard dans l'établissement du benchmark TARPSY.

Pour HSK, la livraison des données doit nécessairement avoir lieu au plus tard le 31 mai, afin de procéder, d'une part, à la vérification qualitative de la plausibilité des données auprès des hôpitaux (ce qui inclut des demandes de précisions) et, d'autre part, au calcul du benchmark TARPSY en amont des négociations.

## 2.4 Hôpitaux inclus

Au total 61 hôpitaux (année précédente 48) disposant d'un mandat de prestations en psychiatrie ont été pris en compte dans la procédure de benchmarking 2020. Les hôpitaux étaient issus des catégories OFS suivantes :

Type	Désignation	Nombre d'hôpitaux
K111	Niveau de prestations 1 (hôpitaux universitaires)	3
K112	Niveau de prestations 2	7
K121	Niveau de prestations 3	4
K122	Niveau de prestations 4	2
K123	Niveau de prestations 5	1
K211	Cliniques psychiatriques - Niveau de prestations 1	18
K212	Cliniques psychiatriques - Niveau de prestations 2	21
K221	Cliniques de réadaptation	2
K233	Pédiatrie	2
K234	Gériatrie	1
<b>Total</b>		<b>61</b>

## 2.5 Hôpitaux exclus

Les critères d'exhaustivité et de plausibilité des données fournies sont évalués par hôpital ou livraison de données et sont considérés comme des critères d'exclusion lors de la procédure de benchmarking. Pour les motifs ci-après, 10 hôpitaux ont été exclus :

Raisons	Nombre d'hôpitaux
• Pas de données ITAR_K	2
• Pas de Daymix	1
• Absence de vérification ou vérification insuffisante de la plausibilité des données ITAR_K ou des données de base déterminantes pour TARPSY (DM/DMI)	6
• Cas spéciaux (hôpital SOMOSA, hôpital du sommeil).	2
<b>Total</b>	<b>11</b>

## 2.6 Couverture régionale

Tous les cantons possédant des cliniques psychiatriques sont compris dans le benchmark.

Au niveau suisse, le taux de couverture est de 85% pour les cantons (22 cantons sur 26<sup>1</sup>) et de 85% pour les hôpitaux (61 hôpitaux sur 72).

<sup>1</sup> Dans 4 cantons, il n'existe aucune clinique psychiatrique.

## 3. Benchmark TARPSY

### 3.1 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark

Le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM s'effectue selon la méthode suivante :

Schéma de calcul	Remarques
<b>Total des coûts selon la comptabilité analytique (calcul unitaire)</b>	
./. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Données des hôpitaux (OCP)
./. Produit du groupe de compte 65	Données des hôpitaux, selon instruction ITAR_K   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 enseignement universitaire et recherche	Déduction effective mais au minimum normative, comme suit : < 75 lits : 0,8% > 75 lits : 1,5% > 125 lits : 3,5% Hôpitaux universitaires : effectives
./. Prestations d'intérêt général	Données des hôpitaux, car 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	Application pour toute la Suisse des recommandations de la CDS <sup>1</sup> : ▪ CHF 67 par jour DP/P selon les données des hôpitaux
./. coûts non compris dans le BR (DRG non évalués, indemnités complémentaires, prestations tarifées séparément, cas non groupés)	Données des hôpitaux
Renchérissment / coûts projetés / déductions pour manque de transparence	Non compris dans la valeur BM
CUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les CUI selon l'OCP sont pris en compte dans le BM.</li> <li>▪ La part en pour-cent des CUI varie fortement selon les hôpitaux.</li> <li>▪ Les CUI présentées ont été rendus plausibles via la comptabilité des investissements (statistique hospitalière OFS).</li> </ul>

<sup>1</sup> Recommandations de la CDS du 27.07.2001 relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation, compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficaces au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, concernant la psychiatrie et la réadaptation

Schéma de calcul	Remarques
<b>= Coûts d'exploitation pertinents pour le BM HSK</b>	
./. Daymix (TARSPY V2.0)	Données des hôpitaux
<b>= Prix de base HSK calculé</b>	

## 3.2 Déductions complémentaires

### 3.2.1 Enseignement universitaire et recherche

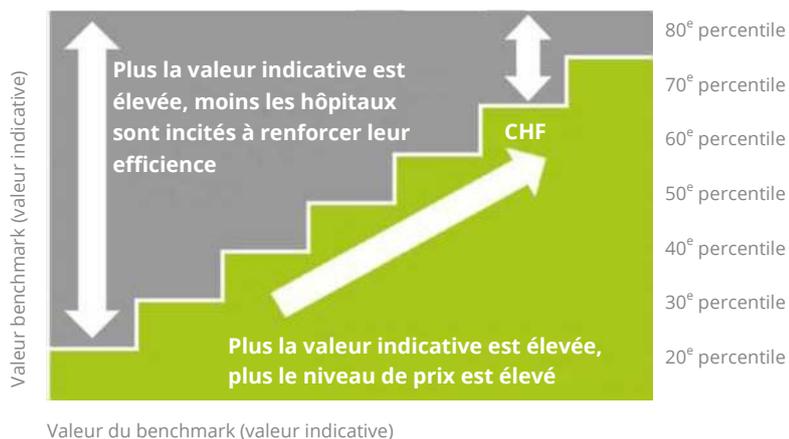
Dans ce domaine également, le TAF précise qu'il convient en principe de ne pas considérer les valeurs effectives. Comme l'année précédente et comme pour les soins somatiques aigus, HSK a choisi une forme mixte, car les coûts effectifs pour l'enseignement universitaire et la recherche des hôpitaux ont été jugés trop bas du point de vue de HSK. La déduction minimale s'effectue par conséquent selon des approches normatives. Pour 62% des hôpitaux du benchmark, HSK a intégré dans le BM les coûts effectifs présentés.

### 3.2.2 Prestations supplémentaires pour les patients LCA

D'une manière générale, le TAF demande des données effectives pour l'exclusion des prestations supplémentaires du domaine de l'assurance complémentaire. Il n'exclut toutefois pas une approche normative, comme celle qui suit les recommandations de la CDS (67 francs par jour demi-privé/privé). Selon HSK, la déduction pour les prestations supplémentaires LCA est trop faible pour la majorité de fournisseurs de prestations en appliquant les calculs de ITAR\_K. C'est pourquoi HSK utilise pour le benchmark les approches normatives selon les recommandations de la CDS.

### 3.3 Choix du percentile

Selon la LAMal, les prix de base doivent être déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Jusqu'ici, le TAF ne s'est pas exprimé sur les critères « corrects » sur la base desquels la valeur indicative doit être définie pour fixer des tarifs.



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.

### 3.4 Benchmark TARPSY

HSK a calculé le benchmark TARPSY suivant pour l'année tarifaire 2020.

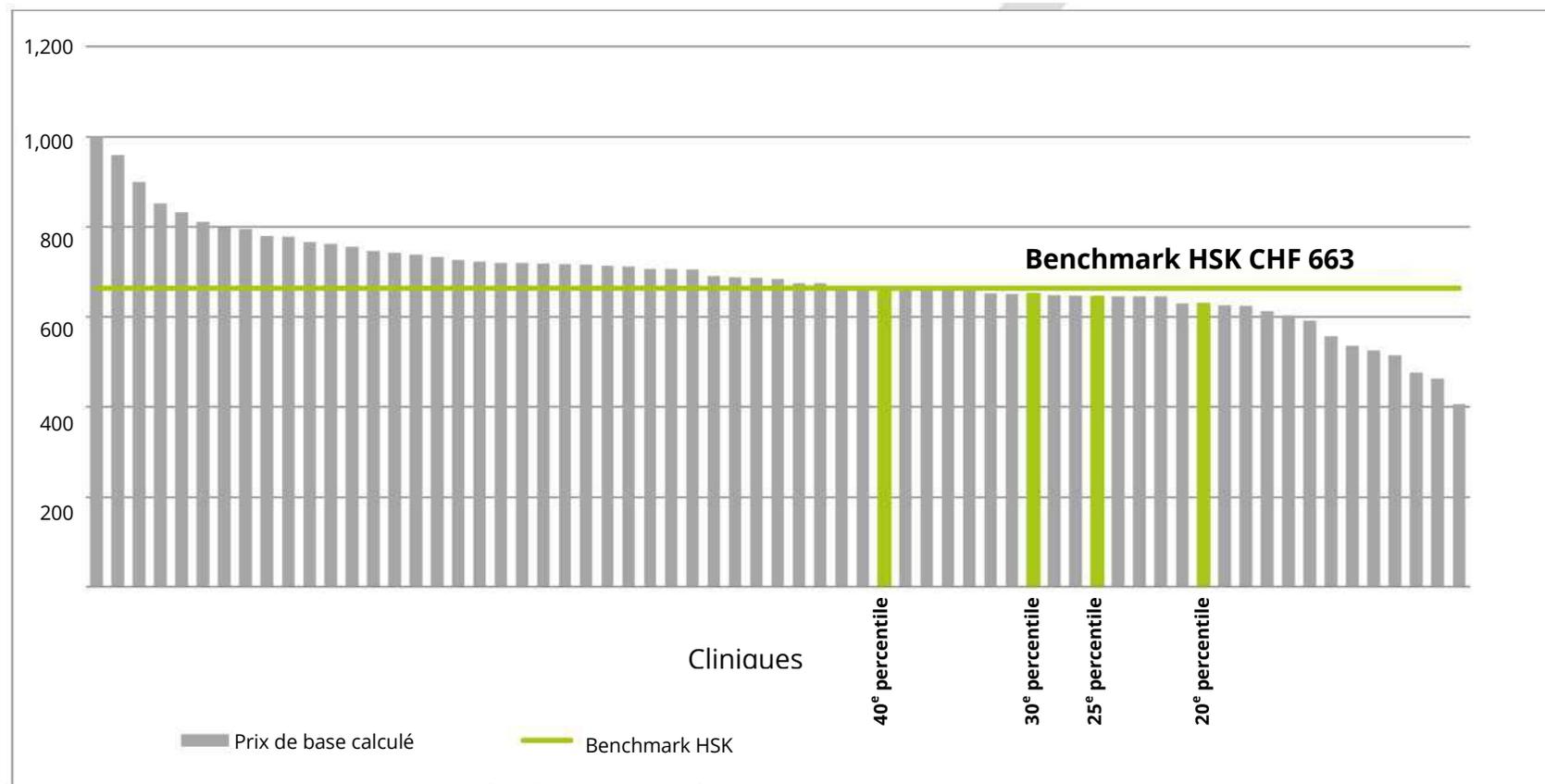


Fig.1 : Benchmark TARPSY avec prix de base HSK calculé, y compris coûts d'utilisation des immobilisations et sans renchérissement

### 3.5 Benchmark

En raison de la phase d'introduction de TARPSY, HSK a, comme pour la phase d'introduction des Swiss-DRG, fixé le percentile à 40%, comme l'année précédente.

Valeur	CHF
Moyenne pondérée	711
Moyenne arithmétique	690
<b>40<sup>ème</sup> percentile - Benchmark HSK</b>	<b>663</b>
30 <sup>ème</sup> percentile	651
25 <sup>ème</sup> percentile	645
20 <sup>ème</sup> percentile	629

### 3.6 Prix de base TARPSY convenus

Durant l'année tarifaire 2019, HSK a pu convenir des conventions tarifaires et des prix de base avec presque tous les hôpitaux. Au niveau de la Suisse, la **moyenne des prix de base se situe à 648 francs**.

Cette valeur est utilisée par HSK y compris pour la plausibilité du benchmark.

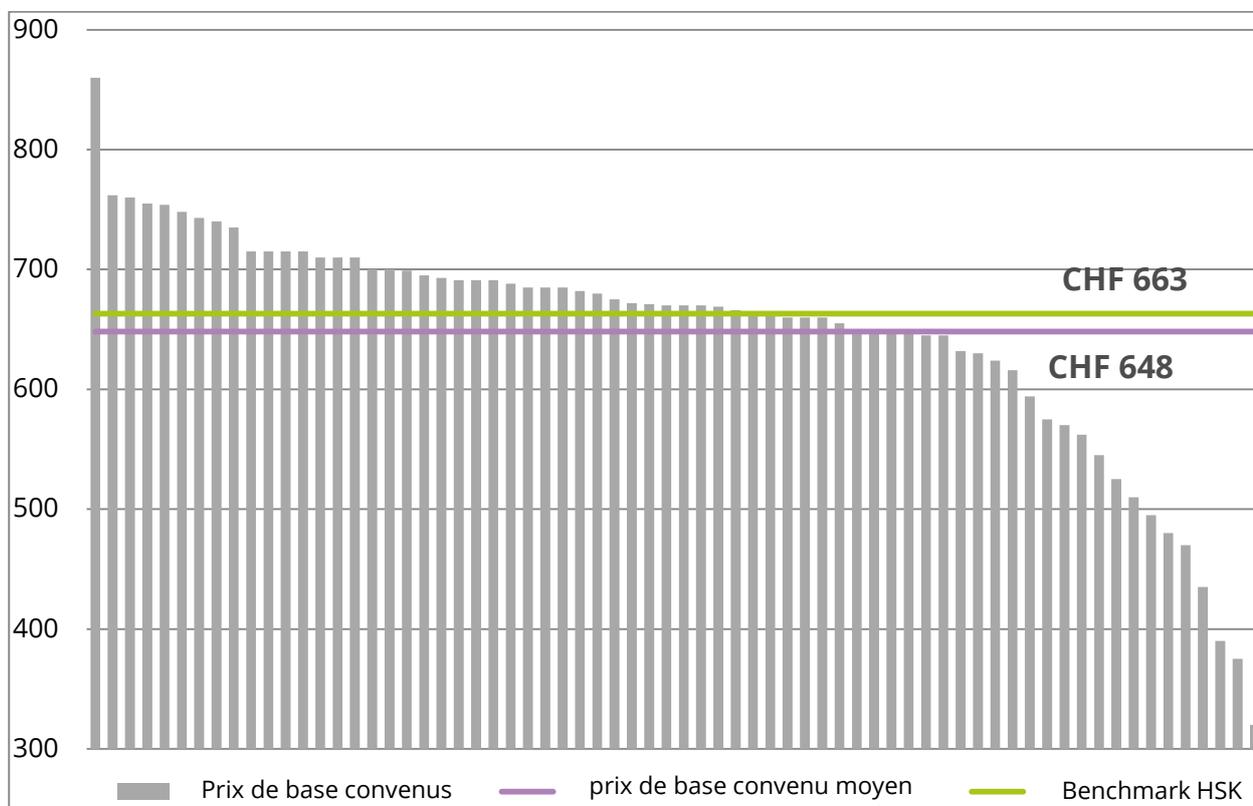


Figure 2 : Prix benchmark TARPSY, état au 01.02.2020

## 4. Formation de clusters

### 4.1 Contexte

La structure tarifaire TARPSY doit augmenter la transparence et la comparabilité des prestations, des coûts et de la qualité. Elle vise à représenter les différences dans la structure des coûts de différents groupes de patients resp. des traitements de telle sorte que les coûts des traitements puissent être classés selon le type de frais. A cette fin, les pondérations des coûts (cost-weight) sont attribuées par groupe – PCG (Psychiatric Cost Group) – et par jour. Ces cost-weight sont déterminés par groupe, en fonction de la durée du séjour, et multipliés par le taux de base par jour de séjour.

La gravité du cas et, partant, les différences de coûts sont ainsi représentées de manière théorique. Les cost-weight par jour et par patient sont déterminés au moyen des informations sur les patients par un grouper. Le Daymix par hôpital et les différents indices découlent du processus. De plus, les coûts engagés par cas de base sont calculés en fonction des données tarifaires des hôpitaux (cost-weight = 1). Il est ainsi possible d'établir un benchmark de coûts permettant des comparaisons générales des coûts par cas de base.

### 4.2 Objectif

HSK s'est fixé pour objectif de former désormais des cluster aussi dans le domaine de la psychiatrie afin d'expliquer les différences de coûts légitimes (pas des inefficiences) qui permettent des différences de prix.

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

Etant donné que la structure tarifaire TARPSY est encore nouvelle et qu'elle ne peut par conséquent pas encore expliquer toutes les différences de coûts entre les hôpitaux, des considérations individuelles complémentaires sont nécessaires au moyen d'autres informations sur les hôpitaux.

### 4.3 Ensemble de données analysé

L'ensemble de données analysé comprend tous les hôpitaux intégrés dans le benchmark. Il s'appuie sur le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le BM d'HSK conformément au chapitre 3.1. De plus, l'ensemble de données analysé sera complété par des informations tirées de la statistique hospitalière 2017 et de la statistique médicale 2018 (OFS), ainsi que par d'autres informations (taux PAFA).

Durant l'année tarifaire 2018 sous-jacente, la structure tarifaire TARPSY a été appliquée le plus souvent par les psychiatries pour adultes. Dans la statistique médicale, les cliniques pédiatriques et pour adolescents sont par conséquent mises en évidence comme « tarif psychiatrique ». Néanmoins, tous les cas ont été attribués au moyen d'un grouper (version de tarification 2018/2018) d'un PCG.

HSK a vérifié les variables suivantes pour la formation de clusters dans l'ensemble de données analysé :

- Nombre de PCG différents à 4 positions
- Clinique spécialisée<sup>1</sup>
- Nombre de cas
- Cost-weight effectif moyen : DM moyen par cas
- Part de splits A<sup>2</sup> par rapport à l'ensemble des cas
- Part des cas d'urgence
- Part des cas <18 ans
- Part des placements à des fins d'assistance (PAFA)
- Nombre de médecins assistants (entreprise formatrice) – par rapport au nombre de cas de psychiatrie

## 4.4 Examen des variables et méthode

Pour examiner les variables, il convient de procéder de manière progressive.

D'abord, la répartition des prix de base calculés est analysée. Les valeurs des hôpitaux s'échelonnent de 404 francs à 1000 francs conformément à l'évaluation suivante:

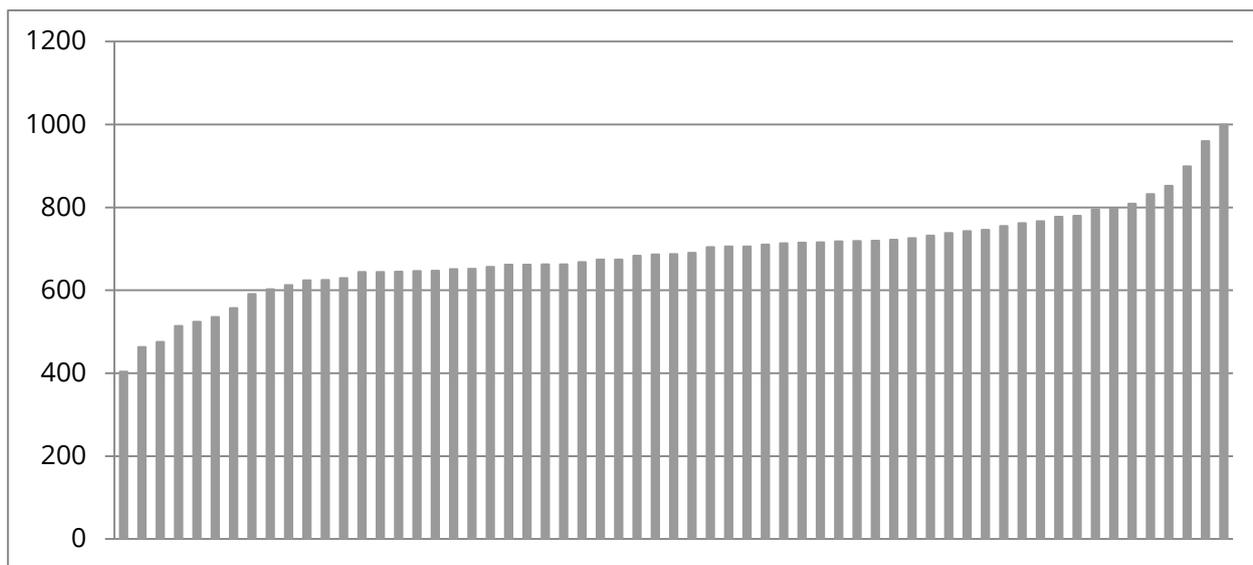


Figure 3 : Répartition des prix de base calculés par hôpital

<sup>1</sup> La définition de « clinique spécialisée » découle de la définition ANQ pour les cliniques pour les troubles liés aux addictions (> 90% de diagnostics F1) ainsi que des valeurs seuils >70% pour la spécialisation « dépression ».

<sup>2</sup> Cela concerne les PCG décomptés avec un A à la fin.

L'examen porte ensuite sur la façon dont les variables incluses se comportent par rapport aux prix de base calculés.

Les analyses réalisées montrent que certaines des variables testées présentent une forte corrélation. Le graphique suivant fait apparaître ces corrélations avec les ellipses vert foncé et gris foncé. Par exemple, la variable « Nombre de PCG différents à 4 positions » est corrélée avec les variables « Nombre de cas », « Part de splits A » et « Part de cas d'urgence ».

Etant donné que la prise en compte de deux variables fortement corrélées peut générer des distorsions, il convient d'éviter cette configuration pour la formation de clusters.

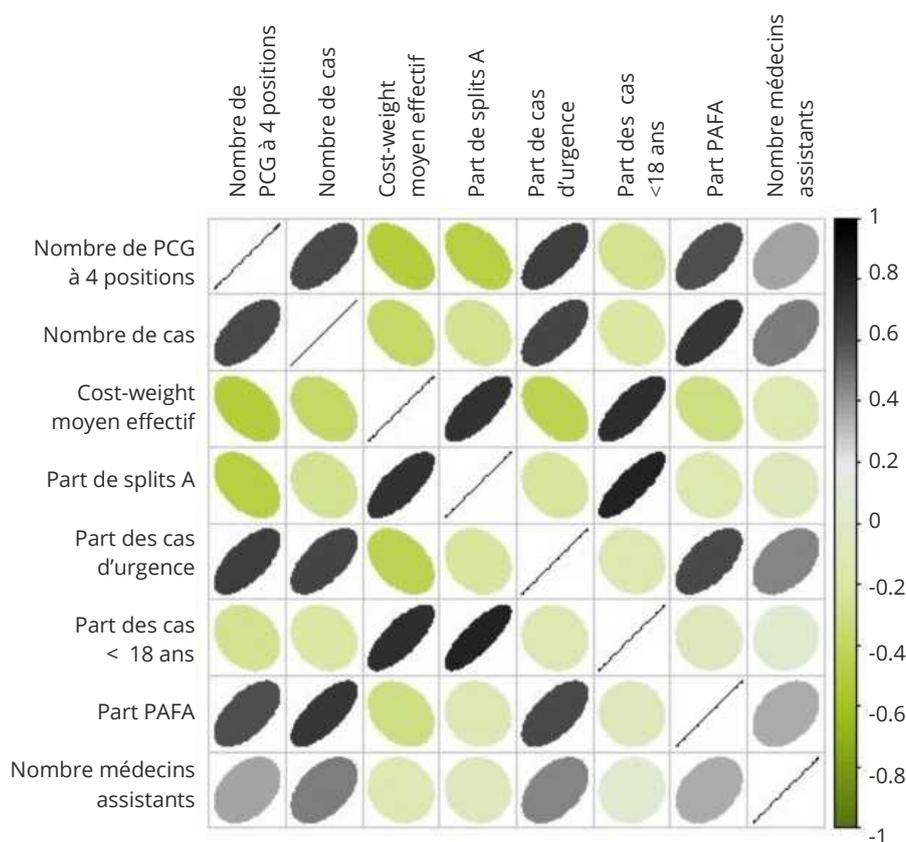


Figure 4 : Corrélations des variables examinées

La méthode de formation de clusters utilisée est hiérarchisée, avec une procédure basée sur la distance. Les différences et les similitudes des objets sont quantifiées comparativement sous la forme de mesures de distance. L'objectif est d'identifier des groupes d'objets homogènes mais présentant de grandes différences par rapport aux autres groupes.

## 4.5 Enseignements tirés de la formation de clusters

La formation de clusters exposée ci-dessus a généré les enseignements suivants :

<ul style="list-style-type: none"><li>Des données satisfaisantes mais pouvant être améliorées : la plausibilité des chiffres clés tirés de la statistique médicale (OFS) et des données issues du modèle tarifaire montrent des différences partielles. Le taux de PAFA ne fait pas encore partie des livraisons de données standard.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Les futures années de données amélioreront la qualité des décomptes et des données, y compris par le fait que les cas pédiatriques et des adolescents sont désormais pris en compte de manière uniforme dans la structure tarifaire.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Si deux variables ou plus sont sélectionnées dans le cluster avec un contenu informatif similaire (forte corrélation), elles ont par conséquent un grand poids et peuvent déformer les affirmations. Il faut éviter cette configuration.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Des informations complémentaires sur le degré de complexité (part de cas d'urgence), l'éventail des offres (nombre de PCG différents à 4 positions) ou la taille de l'hôpital (nombre de cas) n'apportent donc aucune amélioration en termes de différenciation des groupes.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Les variables prises en considération différencient au mieux les hôpitaux au regard de l'homogénéité au sein du cluster ainsi que de la distance entre les clusters.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Les meilleurs résultats sont obtenus avec 4 ou 5 clusters.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Des variables moins nombreuses mais spécifiques améliorent le résultat (« plus n'est pas mieux »)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>HSK peut n'intégrer dans la formation des clusters que des critères définis en fonction des bases de données nécessaires, p. ex. les informations tirées de la statistique médicale OFS.</li></ul>

## 4.6 Résultats

Lors de la formation des clusters, les meilleurs résultats sont atteints avec les quatre variables suivantes :

- Taux d'enfants
- Nombre de médecins assistants par cas psychiatrique
- Clinique spécialisée (addictions, dépression, autres)
- Taux de PAFA

La représentation suivante montre que les différences entre les psychiatries sur la base des informations utilisées dans de nombreuses hôpitaux sont bien plus faciles à délimiter que d'autres. Les clusters « Hôpitaux de soins de base sans PAFA » et « Hôpitaux de soins de base avec PAFA » montrent surtout une dispersion interne relativement importante.

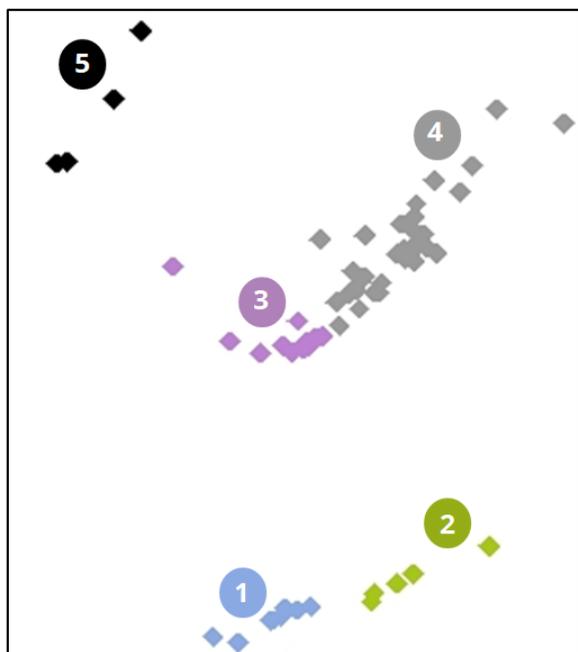


Figure 5 : Résultats de la formation de clusters TARPSY

On aboutit comme prévu aux cinq clusters suivants :

- « Cliniques pédiatriques et pour adolescents » (n° 5)
- « Hôpitaux de soins de base avec PAFA » (n° 4)
- « Hôpitaux de soins de base sans PAFA » (n° 3)
- « Cliniques pour les troubles liés aux addictions » (n° 2)
- « Cliniques spécialisées » (n° 1)

Les hôpitaux compris dans les différents clusters sont encore trop peu homogènes. Cela ressort également de la comparaison avec les prix de base négociés.

## 4.7 Conclusion

Pour l'année tarifaire 2020, HSK tire les conséquences suivantes :

- Les enseignements analytiques et méthodologiques tirés de la formation de clusters sont très précieux pour renforcer la comparabilité des hôpitaux.
- La qualité des données doit encore être améliorée.
- Cinq clusters homogènes ont été dérivés des quatre variables des patients et structures des hôpitaux.
- Les clusters présentent des caractéristiques qui justifient les différences de coûts qui existent entre eux.
- Du fait de la phase d'introduction de TARPSY, de l'utilisation des dispositions transitoires (réglementation des congés) et du transfert sans incidence sur les coûts des anciens forfaits journaliers sur TARPSY, il est encore trop tôt pour définir des fourchettes de prix par cluster.
- HSK escompte qu'à l'avenir les clusters seront plus homogènes, ce qui se reflétera également sur les prix de base négociés et, ainsi, permettra de définir des fourchettes de prix par cluster.
- Les cinq clusters déterminés sont néanmoins pris en compte dans les négociations de prix.

---

## 5. Résumé

### Le benchmark TARPSY HSK...

- s'élève pour l'année tarifaire 2020 à **663 francs** (sans renchérissement)
- est établi sur la base du **40<sup>ème</sup> percentile**
- est fondé sur des données pour la détermination de la **valeur de référence**
- inclut **tous les types de cliniques psychiatriques**
- représente un benchmark valide et représentatif avec une **couverture de 85%** des cliniques psychiatriques
- est plausible par rapport au prix de base négocié moyen de 648 francs pour 2019
- représente un élément essentiel constituant la **base du calcul des prix à deux niveaux**
- et la formation des clusters influencent les négociations individuelles avec les hôpitaux

### Les lacunes suivantes subsistent :

- HSK ne peut vérifier qu'avec le concours des hôpitaux le mode de comptabilisation des jours de soins décomposables conformément à TARPSY 2.0 et le calcul DM/DMI qui en découle.
- L'économicité est encore difficilement appréciable en raison de la publication incomplète des données de coûts et de prestations par les hôpitaux. Les CUI selon l'OCP sont compris dans le benchmark.
- HSK ne peut exclure que le benchmark prenne en compte des conditions inégales en raison d'éléments de distorsion de la concurrence tels que les subventions aux hôpitaux sous forme de « prestations d'intérêt général » ou de contributions aux coûts d'investissement.
- Il n'est pas non plus possible d'exclure que des prestations d'intérêt général qui ne doivent pas être financées au titre de la LAMal soient comprises dans les coûts pertinents du benchmarking. Et ce notamment pour les coûts visant à maintenir des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.
- Le calcul des coûts pour l'enseignement universitaire et la recherche est effectué selon des approches normatives, à l'exception des hôpitaux, dont les coûts effectifs ont été considérés comme plausibles.
- Le calcul des coûts pour les personnes ayant conclu une assurance complémentaire est effectué selon des approches normatives (voir art. 3.3.2) conformément à la recommandation de la CDS.

## Renseignements

Pour les questions concernant le benchmark HSK, les autorités d'approbation peuvent s'adresser aux gestionnaires tarifaires « Psychiatrie » :

- Caroline Gross, téléphone 043 340 63 56, [c.gross@ecc-hsk.info](mailto:c.gross@ecc-hsk.info)
- Marco Migliarese, téléphone 043 340 80 10, [m.migliarese@ecc-hsk.info](mailto:m.migliarese@ecc-hsk.info)