

# Communauté d'achat HSK

## Benchmark ST Reha année tarifaire 2026



**Année de données : 2024**

**Publication : 7 novembre 2025**

# Benchmark ST Reha - année tarifaire 2026

## Executive Summary

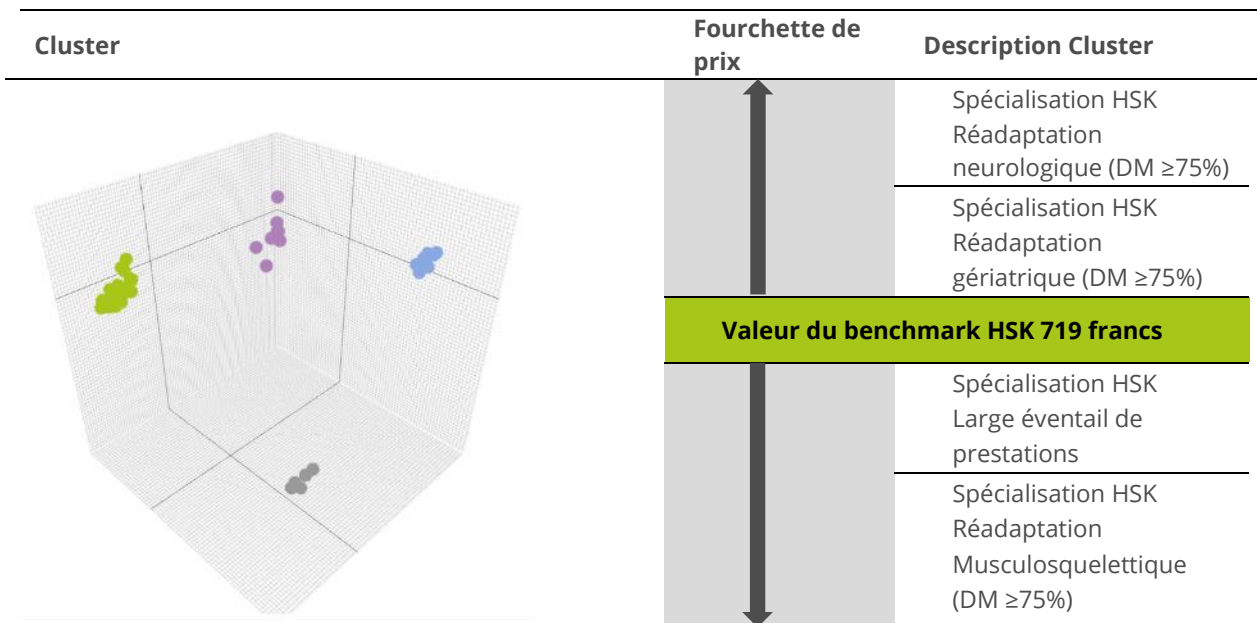
Pour le calcul de son benchmark ST Reha, la Communauté d'achat HSK a reçu les données ITAR\_K® de 82 cliniques de réadaptation au total. Après le contrôle de plausibilité des données des prestations et coûts et l'exclusion des cliniques n'ayant pas envoyé des données ou dont l'envoi des données était trop tardif, 77 cliniques ont été intégrées au benchmark.

La valeur de benchmark ST Reha est basée sur les coûts et repose sur des comparaisons entre établissements représentatives à l'échelon national : elle englobe plus de 93 pour cent de toutes les cliniques de réadaptation.

**Pour l'année tarifaire 2026, le benchmark HSK ST Reha s'élève à 719 francs au 35e percentile, avec pondération selon le nombre de cliniques et sans renchérissement.**

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

- **1<sup>er</sup> niveau** : Calcul de la valeur de benchmark selon les comparaisons des coûts d'exploitation
- **2<sup>ème</sup> niveau** : Négociations tarifaires individuelles en tenant compte des particularités de chaque clinique.



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

# Contenu

<b>Contenu</b> .....	<b>3</b>
<b>Répertoire des abréviations</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking</b> .....	<b>5</b>
<b>2. 1<sup>er</sup> niveau de la tarification : Procédure de benchmarking HSK</b> .....	<b>6</b>
2.1 Base de données .....	6
2.2 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark (CPB) .....	6
2.3 Méthodologie du benchmarking HSK .....	8
2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliquées .....	8
2.3.2 Couverture régionale .....	8
2.3.3 Type de pondération et choix du percentile .....	9
2.4 Résultats du benchmarking HSK .....	12
2.4.1 Valeur du benchmark .....	12
2.4.2 Benchmarking pondéré (selon le nombre de cas ou selon le Day Mix) .....	13
<b>3. 2<sup>ème</sup> niveau de la tarification : le clustering comme base de la différenciation des prix</b> .....	<b>13</b>
3.1 Les lignes directrices juridiques .....	13
3.2 Base de données et méthodologie de clustering .....	13
3.3 Résultats du clustering .....	15
3.4 Détermination de la fourchette de prix .....	16
<b>4. Conclusion</b> .....	<b>17</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>18</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>18</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>19</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>20</b>
<b>Renseignements</b> .....	<b>22</b>

## Répertoire des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
BM	Benchmark   Valeur du benchmark
BR	Baserate
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CE	Charges d'exploitation
CEN	Coûts d'exploitation nets
CPB	Coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
DRG	Diagnosis related groups
ITAR_K®	Modèle tarifaire intégré basé sur la comptabilité par unité finale d'imputation
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurance complémentaire)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
REKOLE®	Standards de la « Comptabilité analytique à l'hôpital »
RCG	Rehabilitation Cost Groups
RS	Rémunération supplémentaire
SPr	Surveillance des prix
TAF	Tribunal administratif fédéral
WIG	Institut d'économie de la santé de Winterthour (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie)
ZHAW	Université des sciences appliquées de Zurich (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften)

# 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>ème</sup> niveau = négociations de prix individuelles. Il s'ensuit que la valeur de benchmark doit être considérée comme une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les cliniques.
- La procédure de benchmarking doit par principe être **fondée sur les coûts** (coûts d'exploitation des cliniques pertinents pour le benchmark). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure de benchmarking.
- 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 toutes les cliniques, 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 benchmark et qui doivent être comparées selon une **méthode uniforme**. Une procédure de benchmarking qui présélectionne certaines cliniques ou certains groupes de cliniques 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 de cliniques dans le BM 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 une valeur de benchmark pour un fournisseur de prestations dont les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark n'ont pas été collectés de manière conforme à la LAMaI.
- Dans un nouvel arrêt (C-5102 | 2019 du 17 août 2022)<sup>1</sup> concernant la détermination du percentile, le Tribunal administratif fédéral a annoncé qu'il incombait en premier lieu au législateur d'édicter les directives correspondantes. D'ici là, les partenaires tarifaires ainsi que les autorités devraient disposer d'une large marge de manœuvre pour déterminer la mesure de l'efficacité. Le **TAF** constate qu'avec le changement de système, un **critère d'efficacité trop strict** dans **la phase d'introduction** mettrait en danger le financement des fournisseurs de prestations nécessaires au système et donc la sécurité de l'approvisionnement. Un **critère d'efficacité trop généreux** signifierait en revanche une marge de bénéfice inappropriée pour les fournisseurs de prestations les moins chers. Dans un arrêt plus ancien du TAF, il est dit que

<sup>1</sup> (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2022 (C-5102 | 2019))

le critère doit être appliqué de manière stricte, car les tarifs négociés ne résultent pas d'une concurrence efficace (TAF 2014 | 36 E 10.2.3)<sup>2</sup>.

- Conformément à la décision du TAF du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)<sup>3</sup>, la phase d'introduction se poursuivra tant que le Conseil fédéral n'aura pas publié de comparaisons d'établissements à l'échelon national (art. 49, al.8, LAMal).

## 2. 1<sup>er</sup> niveau de la tarification : Procédure de benchmarking HSK

### 2.1 Base de données

Pour la première étape de la détermination des prix, c'est-à-dire le calcul des prix de base mathématiques corrigés du Day Mix, HSK se base sur la livraison des données des cliniques de réadaptation (ITAR\_K<sup>®</sup>), mais procède aussi à ses propres calculs des tarifs sur la base du modèle tarifaire HSK (cf. 2.2). À ce stade, toutes les cliniques de réadaptation sont incluses, quelle que soit leur catégorie, leur taille ou leur emplacement. Les cliniques dont les données sont peu plausibles ou mises à disposition tardivement sont exclues.

### 2.2 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark (CPB)

Pour un relevé uniforme des coûts et prestations, les cliniques appliquent REKOLE<sup>®</sup> « Comptabilité analytique à l'hôpital » (Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations). Une application systématique des standards REKOLE<sup>®</sup> améliore la transparence et la comparabilité des charges d'exploitation des cliniques de réadaptation. Les coûts d'exploitation obtenus des cliniques de réadaptation sont corrigés par la Communauté d'achat HSK afin de correspondre aux dispositions de l'OAMal, à la jurisprudence et à la pratique courante du calcul des tarifs dans l'assurance obligatoire des soins.

Le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark s'effectue selon le schéma suivant :

Schéma de calcul	Remarques
<b>Total des coûts selon la comptabilité analytique CE (charges d'exploitation)</b>	
./. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Données des cliniques ST Reha (OCP)
./. Produit du groupe de compte 65	Données des cliniques ST Reha conformément aux consignes ITAR_K <sup>®</sup> et consignes TAF
+ Imputation produit du groupe de compte 66	En cas de gestion avec réduction des coûts dans le centre de coûts, données des cliniques ST Reha
./. Honoraires médicaux assurés complémentaires	Données des cliniques ST Reha (voir remarque ci-dessous)

<sup>2</sup> (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2014)

<sup>3</sup> (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2019)

= Coûts d'exploitation nets I (CEN)									
./.. Déduction subsidiaire au titre de l'enseignement universitaire et de la recherche	Déduction effective, mais au moins normative Valeurs normatives <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <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>effectif</td> </tr> </table>	<75 lits :	0.8 %	>75 lits :	1.5%	>125 lits :	3.5%	Hôpitaux universitaires :	effectif
<75 lits :	0.8 %								
>75 lits :	1.5%								
>125 lits :	3.5%								
Hôpitaux universitaires :	effectif								
./.. Prestations d'intérêt général	Données des cliniques ST Reha, car la Communauté d'achat HSK ne peut pas vérifier si toutes les prestations d'intérêt général ont été déclarées								
= Coûts d'exploitation nets II (CEN)									
./.. Déduction pour coûts supplémentaires découlant des prestations pour patients au bénéfice d'une assurance complémentaire	Déduction effective, mais au moins valeurs normatives selon l'approche de la CDS <sup>4</sup> :  Déduction de 9,8% sur les coûts d'exploitation pertinents pour le tarif des patients bénéficiant d'une assurance complémentaire (y compris CUI selon OCP)								
Schéma de calcul	Remarques								
./.. Coûts non compris dans le baserate (BR) (rémunérations supplémentaires non évaluées selon SwissDRG, prestations tarifées séparément)	Données des cliniques ST Reha								
Intérêt actif circulant	Selon la méthode du SPr								
Renchérissement	non inclus dans le BM								
Coûts projetés	non inclus dans le BM								
Déductions pour manque de transparence	non inclus dans le BM								
Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	Sont exclusivement pris en compte les CUI selon l'OCP. Il est également vérifié si la déduction des CUI nouvellement introduite pour les prestations LCA (hôtellerie) est applicable dans la version ITAR_K® 14.0. La plausibilité des CUI déclarés est également vérifiée par HSK avec la comptabilité des immobilisations (données fournies par l'Office fédéral de la statistique, OFS).								
= coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark HSK									
./.. Déduction des rémunérations supplémentaires évaluées SwissDRG, ST Reha version 2.0	Données de la clinique								
: ST Reha Day Mix version 2.0	Données de la clinique								
= Prix de base HSK calculé									

Tableau 1 : Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking

<sup>4</sup> (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019)

**Remarque concernant la délimitation des honoraires médicaux (LCA) :**

La Communauté d'achat HSK a analysé les déductions des honoraires médicaux LCA déclarés dans les ITAR\_K® des cliniques. Il ressort de son analyse que les honoraires médicaux déclarés pour certains fournisseurs de prestations ont considérablement diminué, sans que cette baisse soit motivée systématiquement. La baisse des honoraires médicaux déclarés est due à une modification des systèmes de rémunération des cliniques. H+ a identifié le problème et a élaboré le 11 novembre 2024 - par l'intermédiaire de sa commission spécialisée REKOLE® « Comptabilité et contrôle de gestion » - une proposition de solution pour une répartition correcte des frais médicaux entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. HSK invite les cliniques à effectuer les corrections nécessaires dans leurs données ITAR\_K®, afin de garantir une détermination correcte du benchmark. Sur la base des analyses en cours, HSK se réserve le droit de procéder prochainement à une déduction normative en la matière.

## 2.3 Méthodologie du benchmarking HSK

### 2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliquées

Depuis l'introduction de la structure tarifaire nationale ST Reha le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la Communauté d'achat HSK effectue annuellement une procédure de benchmarking, qui a été publiée pour la première fois pour l'année tarifaire 2024 sur la base des données des coûts et prestations effectivement facturés et générés à partir des données de l'année 2022. Pour la détermination de la valeur de benchmark, la Communauté d'achat HSK a demandé les données de 82 cliniques de réadaptation. Après le contrôle de la plausibilité des données, 77 données ont été sélectionnées pour le benchmarking.

5 cliniques de réadaptation n'ont pas été intégrées dans le benchmark pour les raisons suivantes :

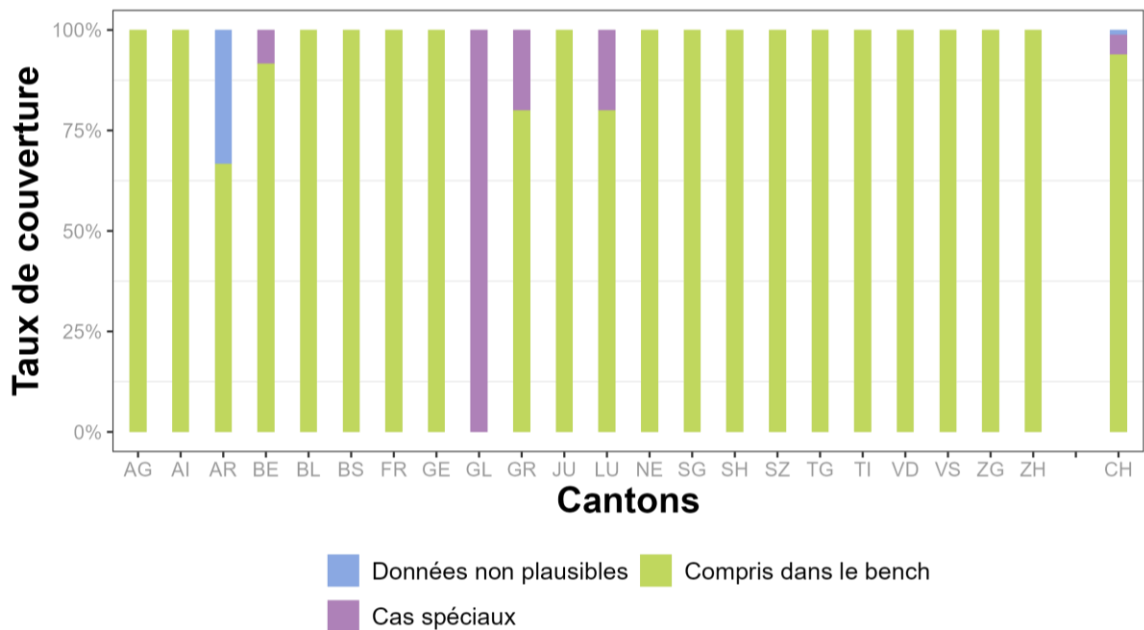
Critères d'exclusion	Nombres de cliniques
Changement d'activité	1
Manque de qualité des données ITAR_K®	1
Cas particuliers	2
Nouveau mandat de prestations pour la réadaptation au cours de l'année 2024	1
<b>Total</b>	<b>5</b>

Tableau 2 : Critères d'exclusion pour ne pas être inclus dans la procédure de benchmarking

### 2.3.2 Couverture régionale

Tous les cantons sont inclus dans le benchmark, pour autant que les données aient été plausibles et livrées à temps. A l'échelon national, le degré de couverture est de plus de 93 pour cent et dans 17 cantons, il est de 100 pour cent.





Base de données: cliniques avec mandats de prestation ST Reha (Année des données 2024)

Figure 1 : Couverture régionale

## Evaluation

Le benchmark HSK est représentatif et valide parce que :

- La valeur de benchmark repose sur les données des coûts et prestations effectivement générés et facturés.
- A l'échelle suisse, le taux de couverture de toutes les cliniques de réadaptation s'élève à plus de 93 pour cent.
- Tous les cantons ont été inclus.
- Une méthode uniforme a été choisie pour la procédure de benchmarking dans toute la Suisse.

### 2.3.3 Type de pondération et choix du percentile

#### a. Type de pondération

Afin de clarifier la question de la pondération au sein du benchmark, la Communauté d'achat HSK a commandé en décembre 2019 une étude scientifique à l'Institut d'économie de la santé à Winterthur (WIG) à l'Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)<sup>5</sup>.

L'étude, qui s'est achevée le 1<sup>er</sup> avril 2020, examine les motifs qui justifient la pondération dans le cadre du benchmarking et leur pertinence. Selon l'étude, la « *pondération en statistique appliquée est généralement comprise comme une tentative d'augmenter la représentativité d'un échantillon [...]* ». Dans le benchmarking hospitalier, cela signifie que la pondération en fonction du Day Mix (DM) ou du nombre de cas est utile si le nombre d'hôpitaux dans le benchmark est trop faible et pas suffisamment représentatif. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé mentionne aussi

<sup>5</sup> (WIG, Institut d'économie de la santé de Winterthur (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

explicitement dans ses recommandations sur l'examen de l'économicité : « *Moins il y a d'hôpitaux inclus dans la comparaison, plus le type de pondération devient important.* » (27 juin 2019)<sup>6</sup>

Le nombre de cliniques du benchmark HSK, à savoir 77, est très élevé. Cela correspond à un Day Mix de 2'130'248 (plus que 99 pour cent du volume AOS total suisse) et donc à un échantillon représentatif, une couverture presque complète de la population. Aucune pondération n'est donc nécessaire pour remédier au manque de représentativité. Ainsi, chaque clinique devrait être incluse avec la même pondération dans le calcul de la valeur du percentile.

De plus, la pondération en fonction du nombre de cas ne permet pas de distinguer les cliniques efficaces des cliniques inefficaces, car la pondération des cliniques ne modifie pas les coûts par cas et donc l'ordre des cliniques. Cela va à l'encontre de l'idée de base d'une véritable comparaison de l'efficacité. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) explique aussi dans des prises de position actuelles devant le Tribunal administratif fédéral que la réalisation d'un benchmarking avec pondération selon le « nombre de fournisseurs de prestations » est indiquée. En outre, selon la Surveillance des prix, chaque hôpital doit être pris en compte dans la comparaison des établissements avec la même pondération, indépendamment de sa taille et de sa catégorie.

On ne voit pas en quoi les grandes cliniques devraient avoir plus de poids que les petites dans une procédure de comparaison d'établissements. La taille ou le degré de spécialisation d'une clinique ne doit pas être un critère de comparaison des coûts. L'évaluation comparative consiste à comparer l'efficacité de toutes les cliniques au niveau de l'exploitation, c'est-à-dire la conception des processus dans la clinique et l'allocation optimale des ressources. Si une clinique est trop petite, par exemple, pour bénéficier correctement des économies d'échelle, cela doit se refléter dans les comparaisons des établissements. Si les petites cliniques étaient moins pondérées, les éventuelles efficacités seraient réduites ou « diluées »<sup>7</sup> pour elles. En conséquence, les efficacités ne seraient peut-être plus visibles. La pondération en fonction du nombre de cas ou du Day Mix entraîne donc une « dilution » de l'efficacité de ces cliniques. Les caractéristiques d'une clinique, telles que le niveau du Day Mix, le Day Mix index (DMI) ou le nombre de cas, peuvent être prises en compte dans les négociations de prix individuelles en fonction de la situation spécifique de la clinique.

L'étude « Pondération dans le cadre de benchmarking des hôpitaux » (WIG) montre qu'il existe des lacunes et des incertitudes en matière de prise en considération de certaines prestations dans la structure tarifaire, qui entraînent des distorsions des coûts ajustés selon le degré de gravité des fournisseurs de prestations. De manière analogue à l'appréciation de l'OFSP, l'étude montre clairement que « *l'application de pondérations dans le cadre du benchmarking hospitalier n'est **en aucun cas appropriée*** ». Selon l'étude, « *la pondération en fonction du nombre de cas ne permet pas de distinguer les hôpitaux efficaces des hôpitaux inefficaces [...], car la pondération des hôpitaux ne modifie pas les coûts par cas ajustés et donc l'ordre des hôpitaux* ».

<sup>6</sup> (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019)

<sup>7</sup> (WIG, Institut d'économie de la santé de Winterthour (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

L'étude le montre en détail à la page 20 à partir d'un exemple fictif : la pondération **ne modifie pas** l'ordre des hôpitaux, c'est-à-dire que les hôpitaux qui sont considérés – en partie à tort – comme inefficients sans pondération sont également considérés comme inefficients après pondération. Le seul effet est la valeur de référence plus élevée qui en résulte. Par conséquent, la pondération ne peut pas éliminer les lacunes et les incertitudes de la structure tarifaire. Afin de tenir compte de ces lacunes et de ne pas pénaliser les cliniques considérées à tort comme inefficientes, des baserates différenciés sont nécessaires.

**Conclusion :** La pondération n'est en aucun cas appropriée. Le nombre de cliniques de réadaptation représentées dans le benchmark d'HSK est très important. La pondération dilue également l'évaluation de l'efficacité. En effet, il s'agit de tenir compte de l'ensemble des fournisseurs de prestations quelle que soit leur taille.

Une pondération orienterait artificiellement la valeur du benchmark en faveur des grandes cliniques, sans aucune justification de fond quant à la raison pour laquelle les grandes cliniques devraient avoir plus de poids. La pondération n'élimine pas non plus les lacunes et les incertitudes de la structure tarifaire.

### b. Choix du percentile

Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, les tarifs hospitaliers doivent être déterminés en fonction de la rémunération des cliniques 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. La révision de l'OAMal, qui devrait entrer en vigueur ultérieurement, stipule que, en se fondant sur les coûts journaliers ajustés selon la gravité, on sélectionne comme valeur de référence au maximum le 30<sup>ème</sup> percentile – calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations.

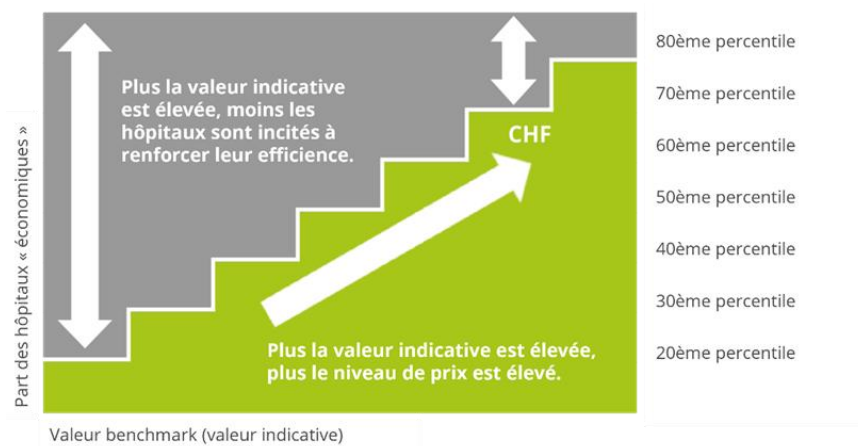


Figure 2 : Méthodologie du choix du percentile

- Pour la valeur de benchmark de l'année tarifaire 2025, la Communauté d'achat HSK utilise encore dans le cadre de la phase d'introduction le 35<sup>ème</sup> percentile et applique lors des négociations individuelles des différenciations de prix inférieures ou supérieures à la valeur du benchmark (par exemple sur la base de particularités fondées relatives aux patients ou à la structure).

- La jurisprudence, la bonne évolution de la qualité du système de la structure tarifaire ST Reha, ainsi que la prochaine révision de l'OAMal tendent toutes vers une définition plus stricte de la valeur du percentile à l'avenir.
- En l'absence de concurrence effective entre cliniques, une mesure de l'efficacité basse permet d'inciter plus fortement à fournir des prestations de manière plus efficiente. C'est notamment le cas des cliniques qui malgré la nouvelle loi sur le financement hospitalier bénéficient de couverture de déficit budgétaire ou qui touchent des subventions des pouvoirs publics. Il en résulte une distorsion de la concurrence et un manque d'incitation à produire de manière plus efficiente.
- Une valeur de percentile basse permet aux cliniques dont les coûts sont inférieurs au benchmark de réaliser des gains d'efficacité appropriés à la charge de l'AOS.

## 2.4 Résultats du benchmarking HSK

### 2.4.1 Valeur du benchmark

La valeur du benchmark pour l'année tarifaire 2026, coûts d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (CUI) compris, sans pondération et sans renchérissement, se situe au 35<sup>ème</sup> percentile à **719 francs**. Cette valeur a été calculée sur la base des données de l'année 2024 de 77 cliniques.

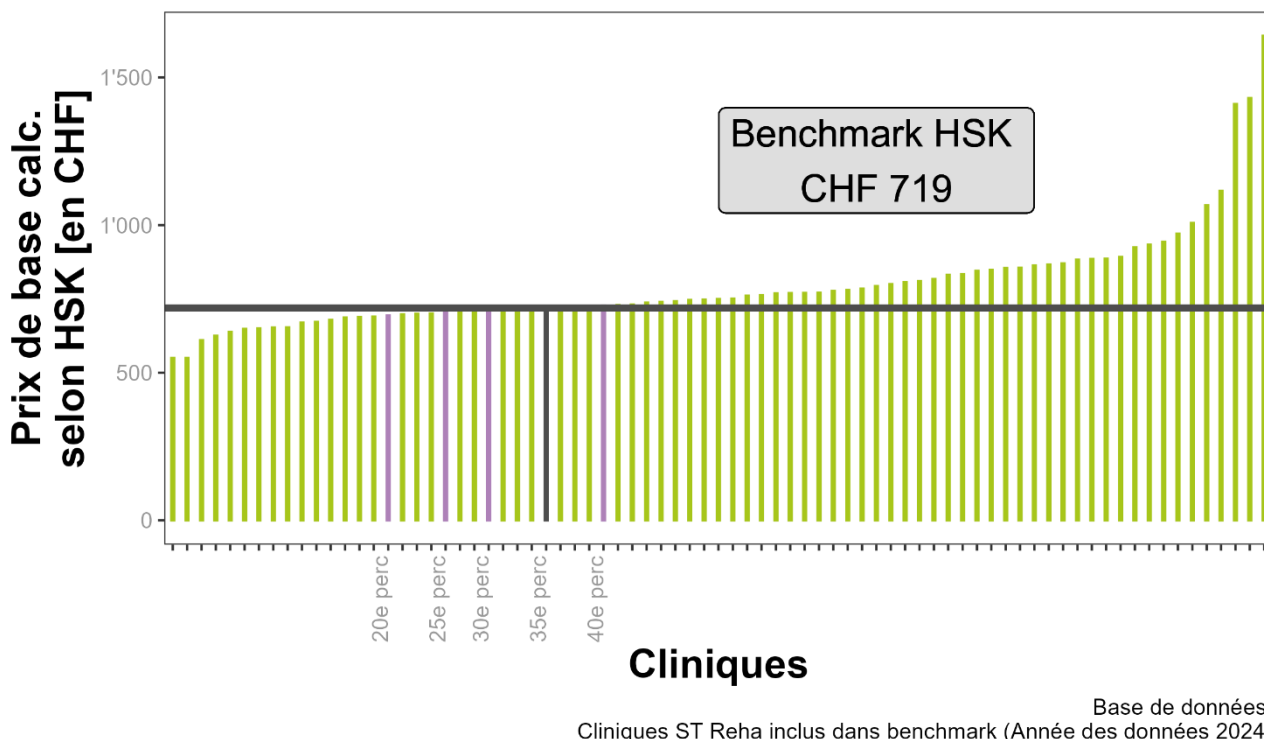


Figure 3 : Valeur du benchmark

## 2.4.2 Benchmarking pondéré (selon le nombre de cas ou selon le Day Mix)

Les valeurs de percentile dans un benchmarking selon les nombres de cas ou le Day Mix ne diffèrent que de quelques francs par rapport au benchmarking par classement selon le nombre de fournisseurs de prestations, préconisé par l'OFSP et prévu par la révision de l'OAMal. Ceci indique que suffisamment de fournisseurs de prestations avec des grands volumes (cas ou Day Mix) se situent déjà en-dessous de la valeur du benchmark et que le choix du 35<sup>ème</sup> percentile constitue déjà un critère d'efficacité représentant les fournisseurs de prestations de manière correcte et largement étayée.

## 3. 2<sup>ème</sup> niveau de la tarification : le clustering comme base de la différenciation des prix

### 3.1 Les lignes directrices juridiques

Dans son arrêt du 15 mai 2019 (C-4374|2017, C-4461|2017)<sup>8</sup>, 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 prix de base différenciés doivent être négociés ou fixés. »

Le deuxième niveau du calcul des prix HSK met en œuvre l'arrêt du TAF précité. Après calcul de la valeur du benchmark (valeur de référence), la Communauté d'achat HSK différencie les prix sur la base des particularités et de la situation spécifique des diverses cliniques.

Pour implémenter ce niveau (négociation tarifaire individuelle), la Communauté d'achat HSK forme des clusters homogènes sur la base des variables des patients et structures des cliniques. Les groupes homogènes ne permettent pas de calculer des majorations et des diminutions à partir de la valeur de référence. Les clusters aident toutefois HSK à élaborer des solutions dans le but de négocier des prix objectifs et équitables, grâce à des fourchettes de prix pour chaque cluster.

### 3.2 Base de données et méthodologie de clustering

Pour la formation de clusters homogènes, la Communauté d'achat HSK applique différents facteurs et utilise une méthode statistique de clustering hiérarchisée. Les clusters sont actualisés chaque année par HSK sur la base des données ITAR\_K<sup>®</sup>, des statistiques médicales de l'OFS et des informations déclarées par les cliniques dans la fiche de données complémentaires. Le clustering se base sur les facteurs suivants :

DMI <sup>9</sup>	Évaluation
Données 2024	Clinique avec la plus grande part DMI Clinique avec la plus basse part DMI
Spécialisation HSK <sup>10</sup>	Évaluation

<sup>8</sup> (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2019)

<sup>9</sup> (ITAR\_K<sup>®</sup>- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique, )

<sup>10</sup> (OFS, Office fédéral de la statistique, )

<p>La spécialisation de la clinique est définie par HSK :</p> <p>« Réadaptation Musculosquelettique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR16</p> <p>« Réadaptation gériatrique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR15</p> <p>« Réadaptation neurologique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR13</p> <p>« Large éventail de prestations » respectivement « sans spécialisation » ≥75% du Day Mix, et « Autres », où la spécialisation est groupée dans d'autres RCGs</p>	<p>Clinique avec spécialisation Réadaptation Musculosquelettique</p> <p>Clinique avec spécialisation Réadaptation gériatrique</p> <p>Clinique avec spécialisation Réadaptation neurologique</p> <p>Clinique sans spécialisation respectivement avec large éventail de prestations et autres</p>
<p><b>Proportion de personnes âgées<sup>11</sup></b></p>	<p><b>Évaluation</b></p>
<p>Proportion de patientes et patients ≥83 ans dans la clinique</p>	<p>Clinique avec la plus grande proportion de patientes et patients ≥83 ans</p> <p>Clinique avec la plus faible proportion de patientes et patients ≥83 ans</p>

Tableau 3 : Facteurs de formation de clusters

Le clustering a été validé sur la base d'un « diagramme de silhouette ». Le diagramme de silhouette montre dans quelle mesure l'attribution de la clinique au cluster est appropriée. Le coefficient de silhouette moyen est de 0.73, ce qui représente une valeur élevée. Cela signifie que la pertinence du clustering est bonne.

<sup>11</sup> (OFS, Office fédéral de la statistique, )

### 3.3 Résultats du clustering

Les clusters qui en résultent figurent dans le tableau ci-après. Il y a 4 clusters au total.

Cluster	Nombres cliniques par cluster
1. Réadaptation neurologique	11
2. Réadaptation gériatrique	6
3. Large éventail de prestations (sans spécialité DM $\geq$ 75)	46
4. Réadaptation Musculosquelettique	8

Tableau 4 : Résultats du clustering

Les clusters présentent des caractéristiques qui justifient les différences de coûts entre les cliniques. A noter que les cliniques dans le cluster « Réadaptation neurologique » doivent être prises en compte séparément, alors que les cliniques dans le cluster « Réadaptation gériatrique » présentent un écart par rapport à la valeur du benchmark relativement faible et les cliniques dans le cluster « Réadaptation musculosquelettique » se situent en-dessous de la valeur du benchmark. En outre, 6 cliniques ont été exclues de la procédure de clustering, en raison de leur offre unique en son genre.

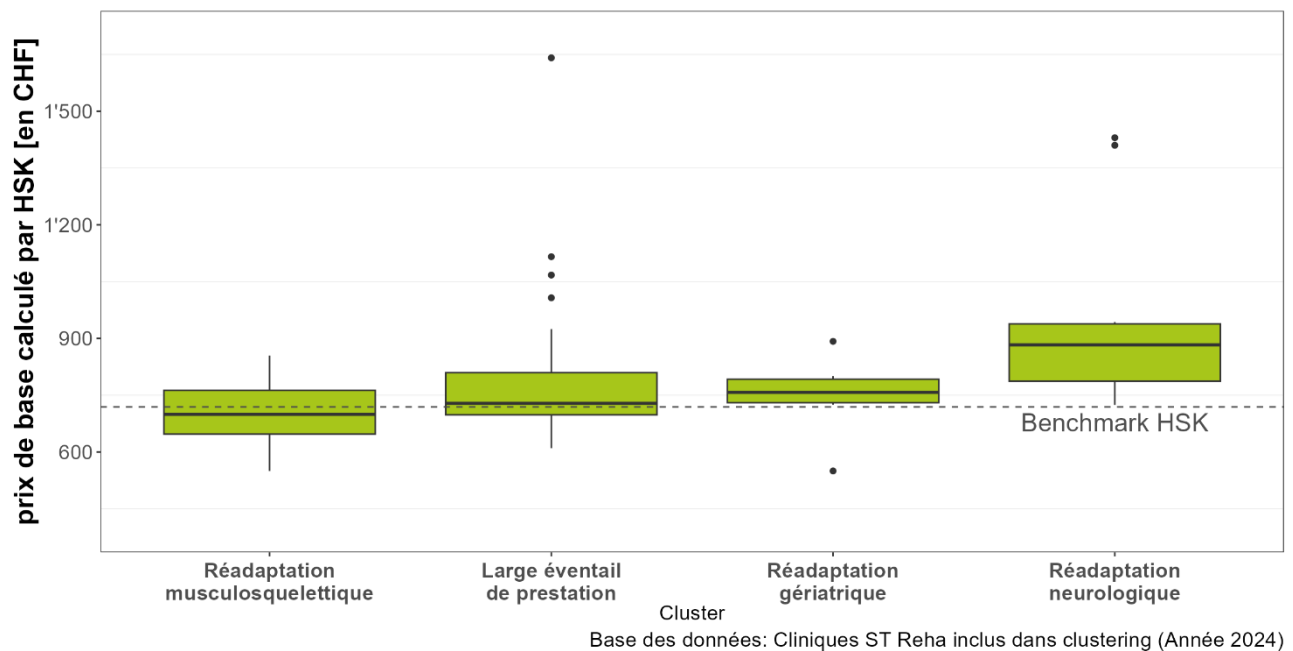


Figure 4 : Prix de base calculé selon cluster HSK



### 3.4 Détermination 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.
- Les tarifs doivent être en corrélation avec les clusters. En d'autres termes, les cliniques avec la spécialité HSK « Réadaptation neurologique » ont les tarifs négociés les plus élevés. Les cliniques avec la spécialité HSK « Réadaptation musculosquelettique » ont les tarifs les plus bas.
- Vu qu'il s'agit de groupes homogènes, la différence de prix au sein d'un même cluster ne peut être trop importante.
- D'autres particularités ou spécificités des cliniques, qui n'ont pas été prises en compte pour former les clusters, peuvent aussi être intégrées dans la détermination des prix.
- Les gains d'efficacité sont reconnus par la Communauté d'achat HSK si la clinique fournit ses prestations de manière efficace. Les cliniques qui ont des coûts faibles en raison de la sélection des patients ou en raison d'une focalisation sur les Rehabilitation Cost Groups (RCG) rentables ne sont pas considérées comme des fournisseurs de prestations efficaces par HSK, compte tenu de leur démarche sélective (« Cherry-Picking »).

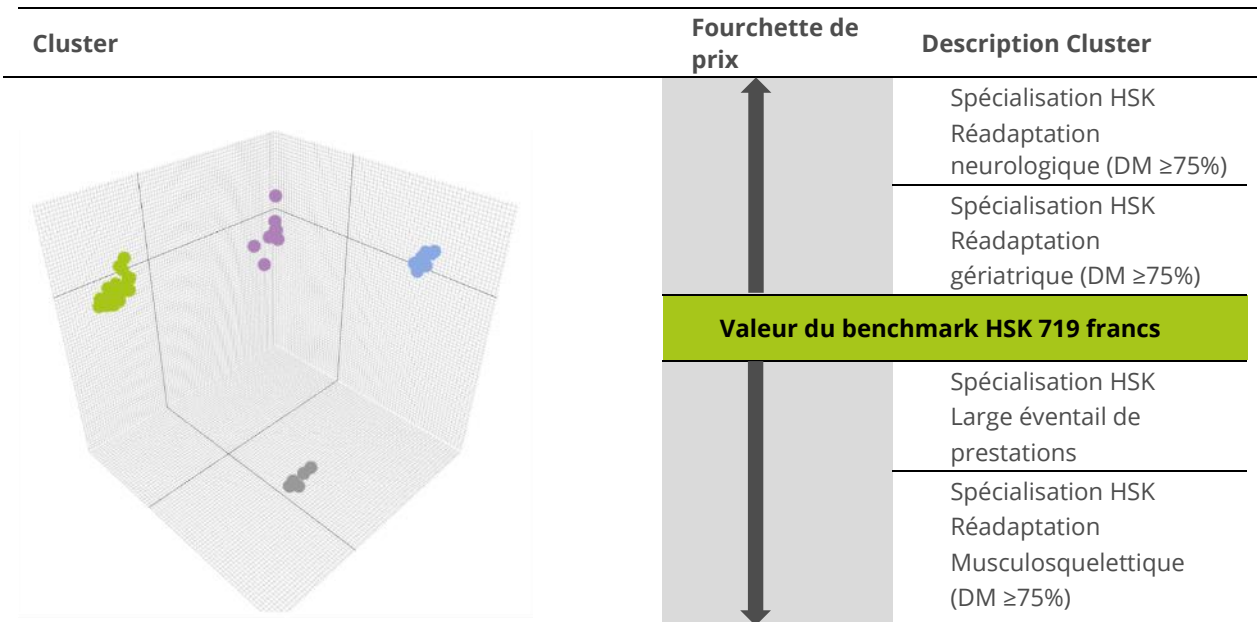


Figure 5 : Cluster comme base pour la différenciation des prix, à partir de la valeur de benchmark



## 4. Conclusion

### Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 35<sup>ème</sup> percentile.
- Elle s'élève à **719 francs**.

### Benchmark valable et représentatif

- Le BM HSK est représentatif car il couvre toutes les régions.
- Le BM HSK est valable en intégrant un Day Mix AOS de plus de 93 pour cent.
- La valeur BM sur la base du 35<sup>ème</sup> percentile est adéquate pour le calcul de la valeur de référence selon l'art. 49, al. 2, cinquième phrase, LAMal en se basant sur des données.
- La valeur du benchmark HSK représente la première étape de la détermination des prix. Les clusters servent de base pour les négociations individuelles des prix (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 des coûts et prestations par les cliniques, notamment en ce qui concerne les coûts pour les patientes et patients avec une assurance complémentaire, les honoraires médicaux non dissociés pour les assurés complémentaires, qui sont également facturés aux assurances, les coûts pour l'enseignement et la recherche et les prestations d'intérêt général.
- 66 pour cent des cliniques ont fourni leurs données après le 31 mai 2025. Pour vérifier de manière efficace la plausibilité des données, la Communauté d'achat HSK demande que les données soient livrées avant la fin mai. L'OCP précise que la comptabilité analytique doit être mise à disposition à partir du 30 avril.
- La valeur BM comprend exclusivement les CUI selon l'OCP. HSK ne peut exclure que le benchmark soit « faussé » en raison d'éléments de distorsion de la concurrence tels que les subventions aux cliniques 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.
- 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, novembre 2025

---

## Liste des figures

Figure 1 : Couverture régionale.....	9
Figure 2 : Méthodologie du choix du percentile .....	11
Figure 3 : Valeur du benchmark .....	12
Figure 4 : Prix de base calculé selon cluster HSK.....	15
Figure 5 : Cluster comme base pour la différenciation des prix, à partir de la valeur de benchmark .....	16

---

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking.....	7
Tableau 2 : Critères d'exclusion pour ne pas être inclus dans la procédure de benchmarking .....	8
Tableau 3 : Facteurs de formation de clusters.....	14
Tableau 4 : Résultats du clustering.....	15
Tableau 5 : Prix de base calculés ajustés des cliniques de réadaptation .....	21

---

## Bibliographie

- CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (27. 06. 2019). *Examen de l'économicité*. Von <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- ITAR\_K®- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique. Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique.
- OFS, Office fédéral de la statistique. *Statistique médicale des hôpitaux*. Récupéré sur Office fédéral de la statistique (OFS): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (11. 09. 2014). *Base de données des arrêts du TAF*. Von TAF 2014 | 3 E 10.2.3: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (15. 05. 2019). *Base de données des arrêts du TAF*. Von TAF C434 | 2017, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunal administratif fédéral. (17. 08. 2022 (C-5102 | 2019)). *Base de données des arrêts du TAF*. Von TAF C-5102 | 2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- WIG, Institut d'économie de la santé de Winterthour (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie). (01. 04. 2020). *Pondération pour le benchmarking hospitalier (étude en allemand: Gewichtung im Rahmen des Spitalbenchmarkings)*. Von [https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG\\_Wissenschaftliche\\_Studie\\_Gewichtung\\_im\\_Spital\\_Benchmarking.pdf](https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf)

## Annexe

Le benchmark ST Reha de HSK inclut 75 cliniques de réadaptation avec les prix de base corrigés du Day Mix (DM) ci-après selon le schéma de calcul HSK (avec CUI conformément à l'OCP), affectées aux clusters selon la désignation définie<sup>12</sup>.

ID clinique	Prix de base HSK	Désignation du cluster	Inclus dans le BM
K1	726	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K2	763	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K3	742	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K4	610	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K5	670	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K6	731	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K7	1007	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K8	848	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K9	709	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K10	1641	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K11	653	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K12	694	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K13	1116	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K14	707	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K15	785	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K16	654	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K17	886	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K18	710	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K19	625	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K20	810	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K21	806	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K22	710	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K23	679	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K24	698	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K25	1067	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K26	856	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K27	777	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K28	870	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K29	750	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K30	770	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K31	924	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K32	834	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K33	748	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K34	708	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K35	737	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K36	687	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K37	701	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K38	690	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K39	717	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui

<sup>12</sup> Pour des raisons liées à la protection des données, les cliniques ne sont pas citées nommément, mais identifiées à l'aide d'un numéro interne.

ID clinique	Prix de base HSK	Désignation du cluster	Inclus dans le BM
K40	707	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K41	700	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K42	648	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K43	817	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K44	761	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K45	711	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K46	689	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K47	769	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K48	800	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K49	892	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K50	550	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K51	725	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K52	746	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K53	780	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K54	1430	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K55	943	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K56	933	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K57	885	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K58	724	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K59	1410	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K60	863	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K61	883	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K62	729	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K63	793	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K64	831	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K65	672	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K66	550	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K67	650	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K68	638	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K69	727	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K70	855	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K71	740	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K72	971	Autres	Oui
K73	866	Autres	Oui
K74	770	Autres	Oui
K75	749	Autres	Oui
K76	771	Autres	Oui
K77	845	Autres	Oui

Tableau 5 : Prix de base calculés ajustés des cliniques de réadaptation

---

## Renseignements

Pour toute question concernant le benchmark ST Reha de HSK, les autorités d'approbation peuvent s'adresser au gestionnaire tarifaire « Réadaptation » :

Alex Graf, T+41 58 340 62 90, [alex.graf@ecc-hsk.info](mailto:alex.graf@ecc-hsk.info)

Alexandra Lukas, T+41 58 340 63 56, [alexandra.lukas@ecc-hsk.info](mailto:alexandra.lukas@ecc-hsk.info)