

Communauté d'achat HSK

Benchmark ST Reha année tarifaire 2025



Année des données : 2023

Publication : 29 novembre 2024

Executive Summary

Benchmark ST Reha – année tarifaire 2025

Pour le calcul de son benchmark ST Reha, la Communauté d'achat HSK a reçu les données ITAR_K® de 80 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, 75 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.

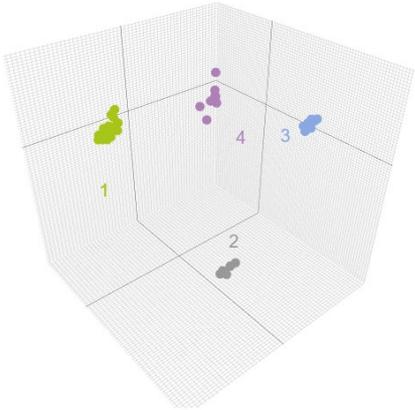
Pour l'année tarifaire 2025, le benchmark HSK ST Reha s'élève à 712 francs au 35^{ème} percentile, avec pondération selon le nombre de cliniques et sans renchérissement.

Alors que les valeurs des 30^{ème} et 35^{ème} percentiles ont connu une augmentation supérieure à la moyenne, l'augmentation des valeurs des 25^{ème} et 40^{ème} percentiles est restée en dessous de la moyenne.'

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

- 1^{er} niveau : Calcul de la valeur de benchmark selon les comparaisons des coûts d'exploitation
- 2^{ème} niveau : Négociations tarifaires individuelles en tenant compte des particularités de chaque clinique.

Pour la différenciation des prix, HSK utilise les clusters suivants comme base pour s'écarter de la valeur benchmark.

Cluster	Fourchette de prix	Description Cluster
	↑	Spécialisation HSK : Réadaptation neurologique (DM ≥75%)
	↑	Spécialisation HSK : Réadaptation gériatrique (DM ≥75%)
	Valeur du benchmark HSK 712 francs	
	↓	Spécialisation HSK : Large éventail de prestations
	↓	Spécialisation HSK : Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)

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

Executive Summary Benchmark ST Reha – année tarifaire 2025	2
Contenu	3
Répertoire des abréviations	4
1. Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking	5
2. 1^{er} niveau de la tarification : Procédure de benchmarking HSK	7
2.1 Base de données	7
2.2 Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark (CPB)	7
2.3 Méthodologie du benchmarking HSK	9
2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliquées	9
2.3.2 Couverture régionale	9
2.3.3 Type de pondération et choix du percentile	10
2.4 Résultats du benchmarking HSK	14
2.4.1 Valeur du benchmark	14
2.4.2 Benchmarking pondéré (selon le nombre de cas ou selon le Day Mix)	14
3. 2^{ème} niveau de la tarification : le clustering comme base de la différenciation des prix	15
3.1 Les lignes directrices juridiques	15
3.2 Base de données et méthodologie de clustering	16
3.3 Résultats du clustering	17
3.4 Détermination de la fourchette de prix	18
4. Conclusion	19
Liste des figures	20
Liste des tableaux	20
Bibliographie	21
Annexe	22
Renseignements	23

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
DP P	Assurés demi-privé privé
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
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
PCG	Psychiatric Cost Group
PAFA PLAFA	Placement à des fins d'assistance
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^{er} niveau = benchmark (BM, valeur de référence), 2^{ème} 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)¹ 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

¹ (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)².

- Conformément à la décision du TAF du 15 mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)³, 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 (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2014)

³ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2019)

2. 1^{er} 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®), 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® « Comptabilité de Gestion à l'hôpital » (Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations). Une application systématique des standards REKOLE® améliore la transparence et la comparabilité des 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'OAMaI, 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
Total des coûts selon la comptabilité analytique CE (charges d'exploitation)	
./. 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® 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
= 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 <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 ⁴ : 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 (voir Parenthèse ci-dessous). 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 1.0	Données de la clinique
: ST Reha Day Mix version 1.0	Données de la clinique
= Prix de base HSK calculé	

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

⁴ (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019)

Parenthèse :

Pondération des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) pour les prestations hôtelières

Selon le document « **Résumé des modifications principales dans la version ITAR_K® 14.0⁵** », dans la version 13.0 d'ITAR_K® « seuls les CUI selon REKOLE® ont été pris en compte pour le calcul de la déduction des frais d'hôtellerie complémentaires. De plus, la part complémentaire des CUI pour l'hôtellerie était déduite à la ligne 26, ce qui n'était pas correct.

Dans la version 14.0 d'ITAR_K®, le calcul a été adapté de façon à tenir compte des CUI selon les normes REKOLE® et selon l'OCP, afin que la déduction soit faite correctement. Par ailleurs, la part complémentaire des CUI pour l'hôtellerie sera désormais déduite à la ligne 38 pour REKOLE® et à la ligne 42 pour l'OCP. »

En général, on constate que la déduction pour les prestations supplémentaires des patientes et patients au bénéfice d'une assurance complémentaire est trop basse dans le modèle ITAR_K®. Pour cette raison, HSK vérifie si les coûts effectifs déclarés par la clinique dans le modèle ITAR_K® pour les patientes et patients avec une assurance complémentaire sont plus élevés que les coûts calculés avec l'approche normative. Pour le calcul de la déduction normative, HSK se base sur les recommandations de la CDS. Les CUI pour les prestations hôtelières sont déjà pris en compte dans cette déduction.

HSK a constaté que près de la moitié des cliniques ont déclaré incorrectement les CUI pour les prestations hôtelières dans les premiers modèles ITAR_K® envoyés. Sur demande de HSK, la plupart des cliniques ont corrigé ces calculs.

2.3 Méthodologie du benchmarking HSK

2.3.1 Principes méthodologiques et cliniques impliqués

Depuis l'introduction de la structure tarifaire nationale ST Reha le 1^{er} 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 80 cliniques de réadaptation. Après le contrôle de la plausibilité des données, 75 données ont été sélectionnées pour le benchmarking.

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

Critères d'exclusion	Nombres de cliniques
Données ITAR_K® manquantes	1
Manque de qualité des données ITAR_K® (p. ex. : pas de Day Mix disponible)	3
Cas particuliers	1
Total	5

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 18 cantons, il est de 100 pour cent.

⁵ (H+, Les Hôpitaux de Suisse, 2024)

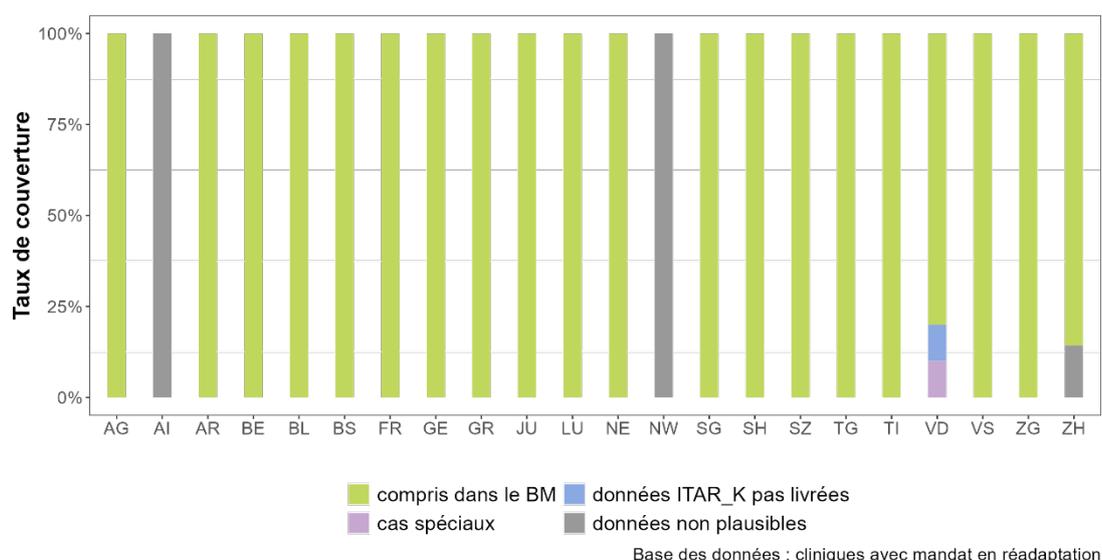


Figure 1 : Couverture régionale

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)⁶.

L'étude, qui s'est achevée le 1^{er} 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

⁶ (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)⁷

Le nombre de cliniques du benchmark HSK, à savoir 75, est très élevé. Cela correspond à un Day Mix de 2'089'021 (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 »⁸ 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* ».

⁷ (CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2019)

⁸ (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^{ème} percentile – calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations.

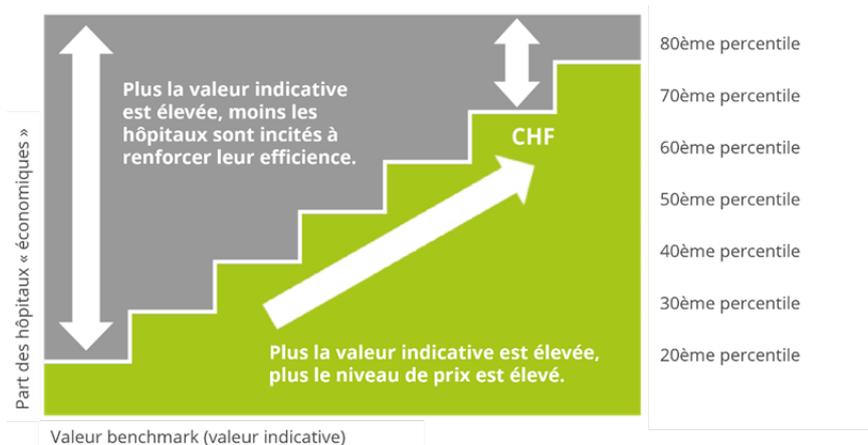


Figure 2 : Méthodologie du choix du percentile

- 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^{ème} 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 2025, coûts d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (CUI) compris, sans pondération et sans renchérissement, se situe au 35^{ème} percentile à **712 francs**. Cette valeur a été calculée sur la base des données de l'année 2023 de 75 cliniques.

Alors que les valeurs des 30^{ème} et 35^{ème} percentiles ont connu une augmentation supérieure à la moyenne par rapport à l'année précédente, l'augmentation des valeurs des 25^{ème} et 40^{ème} percentiles est restée en dessous de la moyenne.

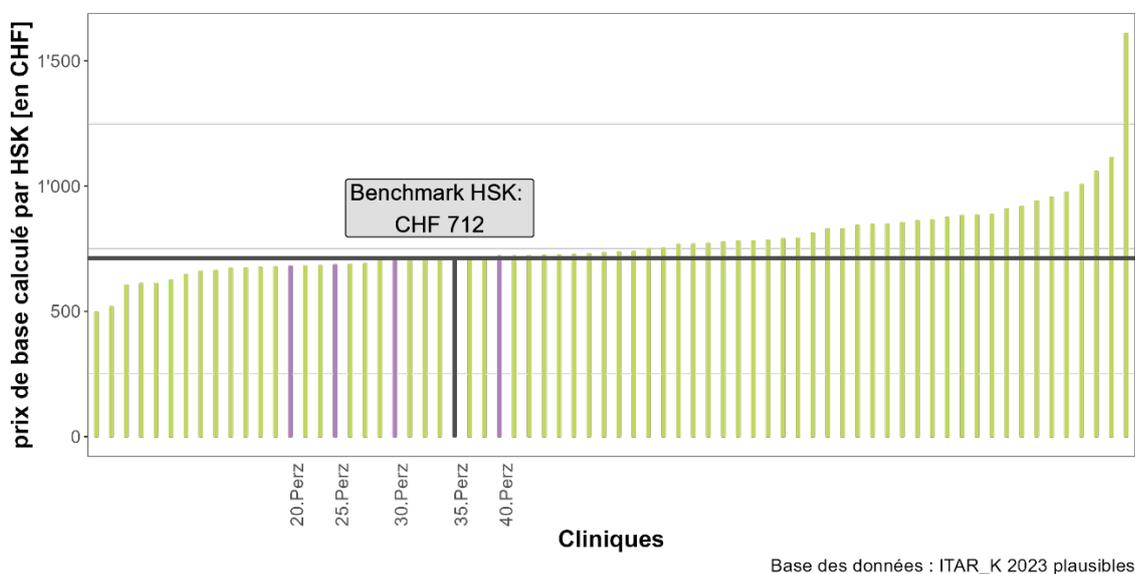


Figure 3 : Valeur du benchmark

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'OAMaI. 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^{ème} percentile constitue déjà un critère d'efficacité représentant les fournisseurs de prestations de manière correcte et largement étayée.

3. 2^{ème} 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)⁹, 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.

⁹ (TAF, Tribunal administratif fédéral, 2019)

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®, 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 ¹⁰	Évaluation
Données 2023	Clinique avec la plus grande part DMI Clinique avec la plus basse part DMI
Spécialisation HSK ¹¹	Évaluation
La spécialisation de la clinique est définie par HSK : « Réadaptation Musculosquelettique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR16 « Réadaptation gériatrique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR15 « Réadaptation neurologique », ≥75% du Day Mix est groupé dans le RCG TR13 « Large éventail de prestations » respectivement « sans spécialisation » ≥75% du Day Mix, et « Autres », où la spécialisation est groupée dans d'autres RCGs	Clinique avec spécialisation Réadaptation Musculosquelettique Clinique avec spécialisation Réadaptation gériatrique Clinique avec spécialisation Réadaptation neurologique Clinique sans spécialisation respectivement avec large éventail de prestations et autres
Proportion de personnes âgées ¹²	Évaluation
Proportion de patientes et patients ≥83 ans dans la clinique	Clinique avec la plus grande proportion de patientes et patients ≥83 ans Clinique avec la plus faible proportion de patientes et patients ≥83 ans

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 0,75, ce qui représente une valeur élevée. Cela signifie que la pertinence du clustering est bonne.

¹⁰ (ITAR_K®- Modèle de tarification intégré sur la base de la comptabilité analytique,)

¹¹ (OFS, Office fédéral de la statistique,)

¹² (OFS, Office fédéral de la statistique,)

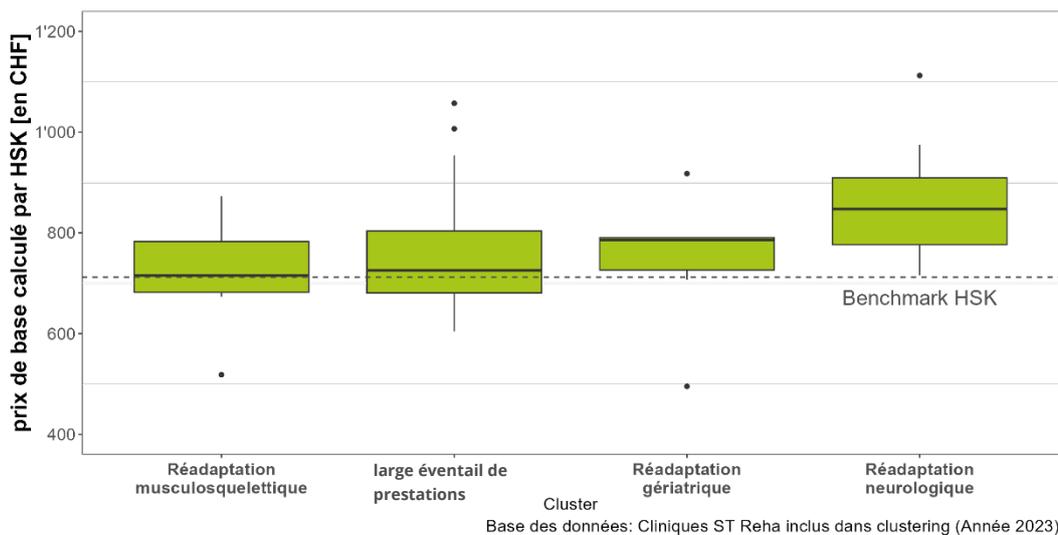
3.3 Résultats du clustering

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	10
2. Réadaptation gériatrique	6
3. Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 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, cinq cliniques ont été exclues de la procédure de clustering, en raison de leur offre unique en son genre.



Base des données: Cliniques ST Reha inclus dans clustering (Année 2023)

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 »).

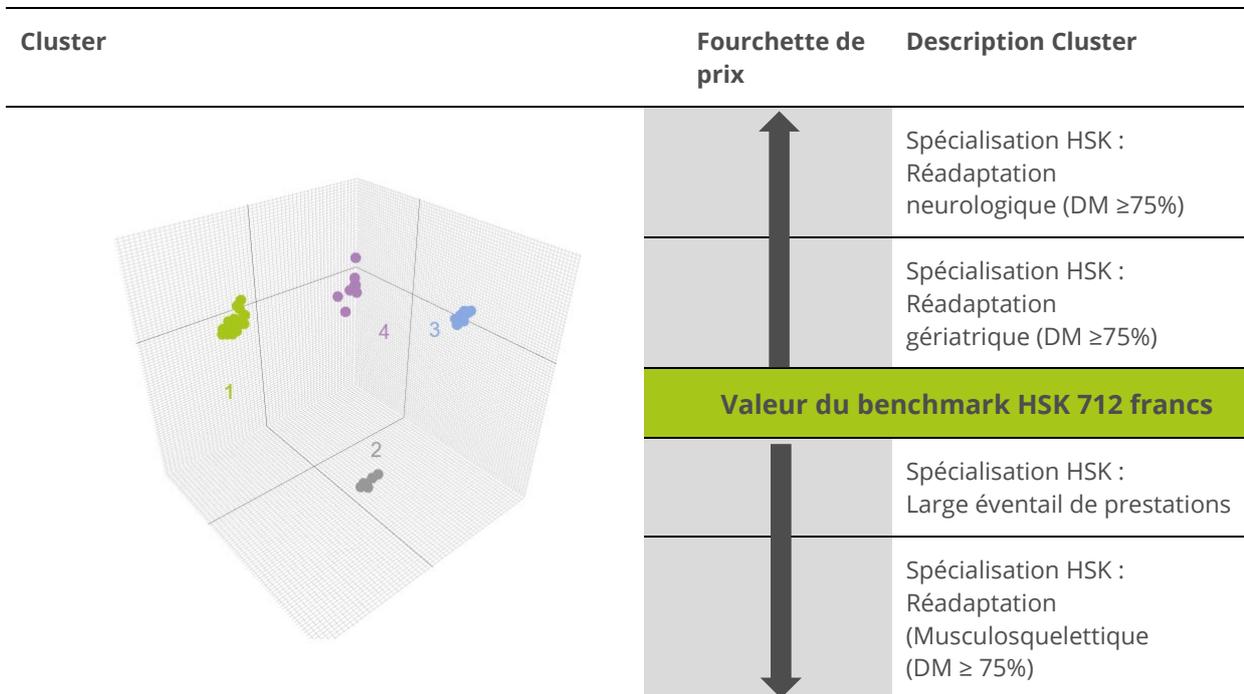


Figure 5 : Cluster comme base pour la différenciation des prix, à partir de la valeur de benchmark

4. Conclusion

Percentile et valeur du benchmark

- La valeur du benchmark HSK est fixée sur la base du 35^{ème} percentile.
- Elle s'élève à **712 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^{ème} 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.
- 82 pour cent des cliniques ont fourni leurs données après le 31 mai 2024. 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 2024

Liste des figures

Figure 1 : Couverture régionale.....	10
Figure 2 : Méthodologie du choix du percentile	13
Figure 3 : Valeur du benchmark.....	14
Figure 4 : Prix de base calculé selon cluster HSK.....	17
Figure 5 : Cluster comme base pour la différenciation des prix, à partir de la valeur de benchmark.....	18

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking.....	8
Tableau 2 : Critères d'exclusion pour ne pas être inclus dans la procédure de benchmarking	9
Tableau 3 : Facteurs de formation de clusters.....	16
Tableau 4 : Résultats du clustering.....	17
Tableau 5 : Prix de base calculés ajustés des cliniques de réadaptation	23

Bibliographie

- CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (27.06.2019). *Examen de l'économicité*. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- H+, Les Hôpitaux de Suisse. (25.10.2024). *Résumé des changements principaux pour la version ITAR_K 14.0*. https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/ITAR_K/2024/Modifications_de_V13_a_V14_V2.pdf
- 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*. 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*. 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*. TAF C-5102 | 2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- 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 Spitalbenchmarks)*. 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 définie¹³.

ID clinique	Prix de base HSK	Désignation du cluster	Inclus dans le BM
K1	1609	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K2	975	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K3	865	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K4	776	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K5	909	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K6	716	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K7	1112	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K8	720	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K9	847	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K10	842	Réadaptation neurologique (DM ≥ 75%)	Oui
K11	495	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K12	783	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K13	918	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K14	707	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K15	789	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K16	791	Réadaptation gériatrique (DM ≥ 75%)	Oui
K17	611	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K18	604	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K19	954	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K20	609	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K21	733	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K22	702	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K23	736	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K24	675	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K25	660	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K26	845	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K27	680	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K28	646	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K29	882	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K30	720	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K31	829	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K32	689	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K33	887	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K34	672	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K35	771	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K36	727	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K37	884	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K38	623	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K39	678	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui

¹³ 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	708	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K41	768	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K42	811	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K43	716	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K44	712	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K45	682	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K46	663	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K47	781	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K48	712	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K49	1057	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K50	781	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K51	753	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K52	724	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K53	729	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K54	737	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K55	854	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K56	940	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K57	751	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K58	680	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K59	723	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K60	687	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K61	861	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K62	1007	Large éventail de prestations (sans spécialité DM ≥ 75%)	Oui
K63	1077	Autres	Oui
K64	902	Autres	Oui
K65	685	Autres	Oui
K66	640	Autres	Oui
K67	791	Autres	Oui
K68	518	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K69	830	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K70	706	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K71	673	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K72	685	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K73	767	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K74	725	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	Oui
K75	873	Réadaptation Musculosquelettique (DM ≥ 75%)	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

Alexandra Saliji, T+41 58 340 63 56, alexandra.saliji@ecc-hsk-info