



Secrétariat central

47.2

6.4.2017 / SL/KB/PB

Recommandations sur l'examen de l'économicité: Détermination des hôpitaux efficaces d'après l'article 49 al.1 LAMal

approuvées par le Comité directeur de la CDS le 6 avril 2017

1	Contexte	1
2	Les quatre étapes de l'examen de l'économicité	2
2.1	Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements	2
2.2	Calcul des coûts d'exploitation par hôpital pertinents pour le benchmarking	3
2.2.1	Contexte	3
2.2.2	Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique	4
2.2.3	Déduction des coûts non pertinents pour le benchmarking	6
2.3	Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking	12
2.4	Définition du benchmark	13
2.4.1	Principes	13
2.4.2	Problèmes particuliers dans le processus de benchmarking	14

1 Contexte

Les recommandations ci-après servent de base aux cantons pour l'approbation des conventions tarifaires conclues entre les hôpitaux et les assureurs selon l'art. 46 al. 4 LAMal, respectivement pour la fixation des tarifs des hôpitaux en l'absence de convention tarifaire (art. 47 LAMal). Les tarifs hospitaliers sont déterminés selon l'art. 49 al. 1 LAMal en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficace et avantageuse. Avec le nouveau financement hospitalier, on passe désormais d'un système basé sur l'indemnisation des coûts spécifiques à l'hôpital à un système de « prix » axé sur les coûts.

L'examen de l'économicité a pour objectif de définir le rapport exact entre les prestations et leur prix (tarifs). Lors de l'évaluation des tarifs, il est donc nécessaire de se référer à la présentation des coûts des hôpitaux concernés, respectivement comparables.

Les présentes recommandations servent à la détermination du **tarif basé sur les coûts des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49 al. 1 LAMal**. Cette détermination définit les bases de l'évaluation du tarif hospitalier soumis pour approbation ou fixation par les partenaires tarifaires.



Dans le cadre de la détermination du tarif basé sur les coûts, les cantons décident du degré de détail de l'examen des différentes composantes des coûts. Le type de demande (approbation ou fixation d'un tarif) ainsi que les informations disponibles peuvent influencer le degré de détail de l'examen.

Un écart entre le tarif basé sur les coûts des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49 al. 1 LAMal et le tarif demandé par un hôpital n'est pas fondamentalement exclu, mais doit pouvoir être justifié de manière adéquate. Si le tarif négocié est considérablement supérieur au tarif basé sur les coûts, alors le tarif négocié ne se fonde plus sur les coûts des hôpitaux efficaces et/ou un risque de financements croisés à la charge de l'AOS peut exister.

Pour des prestations comparables, des tarifs comparables sont appropriés. Des différences tarifaires entre hôpitaux comparables ne sont admissibles que dans des cas justifiés. Une différence peut survenir entre un tarif approuvé et le tarif à fixer lorsque, par exemple, l'existence de résultats de négociations accélère sensiblement le processus de fixation des tarifs, ce qui conduit à davantage de sécurité dans la planification et à une diminution des procédures de compensation rétroactive et des coûts en découlant pour tous les acteurs. Ou la collaboration et les processus entre les parties contractantes sont simplifiés par l'acceptation plus élevée de tarifs conclus contractuellement par rapport à des tarifs fixés.

Les recommandations ci-après se limitent aux domaines des hôpitaux relevant de la structure tarifaire SwissDRG¹.

Elles concernent uniquement l'examen de l'économicité pour la fixation des tarifs. Même s'il est identique sur de nombreux points à l'examen de l'économicité dans le cadre de la fixation des tarifs, l'examen de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière n'est pas traité dans les présentes recommandations et les aspects divergents pour la planification hospitalière ne sont donc pas pris en compte ici.

La fixation de tarifs adéquats et fondés sur les coûts des hôpitaux efficaces doit se baser sur des comparaisons d'établissements.

Une procédure en quatre étapes est recommandée pour la détermination des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49 al. 1 LAMal:

- 1) Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements
- 2) Calcul des coûts d'exploitation par hôpital pertinents pour le benchmarking
- 3) Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking
- 4) Définition de la valeur de référence (benchmark)

2 Les quatre étapes de l'examen de l'économicité

2.1 Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements

Conformément à l'art. 49 al. 8 LAMal, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale, en collaboration avec les cantons, à des comparaisons entre hôpitaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Le Conseil fédéral n'a jusqu'ici pas publié

¹ Des structures tarifaires liées aux prestations pour la réadaptation et la psychiatrie n'existent que dans une préversion. Dans le cadre d'un monitoring, les présentes recommandations seront examinées quant à leur applicabilité dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, adaptées là où c'est nécessaire et éventuellement publiées à titre de recommandations autonomes pour l'examen de l'économicité dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie.



de comparaisons de ce type qui puissent être utilisées dans le cadre de l'examen des tarifs. Une telle publication ne sera probablement pas disponible à court ou moyen terme.

Les données sur les coûts et les comparaisons d'établissements des partenaires tarifaires peuvent être utilisées si elles répondent aux critères exposés dans le cadre de ces recommandations.

Les cantons doivent disposer de suffisamment de données pour réaliser un examen efficient de l'économicité selon la présente procédure. Cela est possible via l'échange intercantonal de données hospitalières. Un tel échange intervient actuellement dans le cadre de l'entraide administrative entre les cantons. Un pool de données correspondant, dans lequel les cantons peuvent insérer les données pertinentes de leurs hôpitaux et les mettre ainsi à la disposition des autres cantons, est en cours de création et sera disponible pour la première fois pour les tarifs 2016 (données 2014).

2.2 Calcul des coûts d'exploitation par hôpital pertinents pour le benchmarking

2.2.1 Contexte

Le modèle de tarif intégré ITAR_K (uniquement ses directives pour le calcul des coûts, pas celles pour la fixation des tarifs) constitue la base de calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking. Si des commentaires particuliers quant à la prise en compte, respectivement la délimitation, des coûts ne sont pas formulés dans les présentes recommandations sur l'examen de l'économicité, les directives selon ITAR_K sont applicables².

Le total des coûts selon la comptabilité analytique d'après REKOLE pour les prestations stationnaires LAMal constitue le point de départ de l'analyse. Une certification REKOLE offre la meilleure garantie d'un calcul uniforme des coûts et de la transparence des données sur les coûts. Idéalement, l'hôpital concerné dispose d'une certification REKOLE. Si tel n'est pas le cas, elle doit être recherchée.

Les délimitations matérielles et temporelles par rapport à la comptabilité financière doivent être présentées et claires (passerelle d'ajustement). Cela concerne en particulier les charges d'exploitation (groupes de comptes 41-49), les coûts d'utilisation des immobilisations (voir point 2.3.1), les charges d'intérêt (groupe de comptes 46) ainsi que l'intégration, respectivement l'exclusion, des coûts à cheval année en cours / année précédente et année en cours / année suivante.

Les coûts non déterminants pour la fixation des tarifs pour les prestations stationnaires LAMal doivent être exclus (comptabilité séparée, centres de charges accessoires ou autres unités finales d'imputation). En font partie les prestations non prises en charge par la LAMal.

Pour la détermination des coûts par cas pertinents pour le benchmarking dans le domaine SwissDRG, les coûts des prestations qui ne sont pas représentées dans la structure tarifaire SwissDRG appliquée pour l'année tarifaire (DRG non évalués) ou qui nécessitent des indemnités spéciales (rémunérations additionnelles, prestations SVK), doivent être exclus.

Pour une évaluation globale de la situation des coûts, il est nécessaire d'avoir en plus de la présentation des coûts selon ITAR_K la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et un tableau des immobilisations.

² ITAR_K détermine les coûts par cas ajustés au degré de gravité et les tarifs dans tous les domaines de prestations d'un hôpital et établit des relations entre ces tarifs. Les paragraphes qui suivent traitent essentiellement des deux unités finales d'imputation d'ITAR_K concernant la rémunération des prestations stationnaires « Cas LAMal hosp. au sens strict » et « Tarif hosp. LAMal AC ». Les deux unités finales d'imputation sont ci-après dénommées conjointement unité finale d'imputation « Prestations stationnaires LAMal ».



Recommandation 1

Les cantons exigent des hôpitaux une présentation de leurs coûts selon ITAR_K complétée par la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et un tableau des immobilisations d'après l'art. 10a de l'OCP (p. ex. extrait correspondant de la statistique des hôpitaux).

Dans le cadre des mandats de prestations, les cantons exigent de leurs hôpitaux la certification REKOLE au plus tard pour les comptes annuels 2019.

2.2.2 Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique

a) Calcul des intérêts sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation

Dans le cadre de la délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique, les éventuels intérêts effectifs contenus dans les coûts doivent être exclus, puis les intérêts calculatoires sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation doivent être calculés et pris en compte. Cela accroît les coûts répartis entre les unités finales d'imputation. Pour la détermination des intérêts calculatoires, la méthode du Surveillant des prix est applicable. Celle-ci repose sur le rendement moyen des obligations de la Confédération (base: coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking; durée: 10 ans; délai de paiement: 40 jours; p. ex. pour l'année tarifaire 2014 = $0,94\% (2013) * 40 / 365 = 0,103\%$)³.

Recommandation 2

Pour déterminer les intérêts calculatoires sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation, il apparaît approprié de se référer à un taux d'intérêt pour les immobilisations à faible risque. Dans ce sens, il est recommandé d'appliquer la méthode du Surveillant des prix. Selon ITAR_K 5.0, il faut mentionner si oui ou non les intérêts calculatoires ont été déterminés conformément à la méthode du Surveillant des prix. Si la réponse est „non“, les corrections correspondantes sont appropriées.

b) Coûts d'utilisation des immobilisations (groupe de comptes 44)

Pour l'évaluation de l'efficacité d'un hôpital, il convient, depuis la suppression au 1.1.2013 d'un supplément normatif pour les investissements, de prendre en compte également les coûts d'utilisation des immobilisations dans la comparaison des coûts par cas ajustés au degré de gravité^{4,5}. En raison des corrélations existantes entre les immobilisations et l'exploitation en lien avec la fourniture efficace des prestations, une évaluation séparée des coûts d'exploitation et des coûts d'utilisation des immobilisations ne serait pas appropriée. Un avantage de l'examen commun des coûts d'exploitation et des coûts d'utilisation des immobilisations lors de la comparaison des établissements est aussi le traitement des coûts d'utilisation des immobilisations

³ Méthode du Surveillant des prix retenue dans l'arrêt du TAF C-1698/2013 (Hôpital cantonal Lucerne), voir consid. 3.7.

⁴ Selon arrêt du TAF C-2283/2013, consid. 4.9.5

⁵ Selon ITAR_K 5.0, les coûts d'utilisation des immobilisations doivent être présentés d'après REKOLE et l'OCP. Les coûts par cas pertinents pour le benchmarking sont présentés en tenant compte ou non des CUI, ce qui permet aussi bien un benchmarking au niveau des coûts d'exploitation qu'au niveau des coûts complets (ITAR_K 4.0 n'inclut pas les CUI dans la détermination des coûts pertinents pour le benchmarking et part donc du principe d'un benchmarking des coûts d'exploitation).



sous forme de loyers, leasing et achat de prestations dans le prix desquels l'utilisation des immobilisations est intégrée.

Pour ces raisons, les coûts d'utilisation des immobilisations doivent être inclus, depuis la suppression du supplément normatif au 1.1.2013, dans le calcul des coûts par cas pertinents pour le benchmarking.

Les conditions suivantes doivent être remplies:

- La présentation des coûts d'utilisation des immobilisations doit être disponible d'après les directives de l'OCP dans une mesure suffisante et dans une qualité suffisante.

Vu l'adaptation en 2013 des directives sur les coûts d'utilisation des immobilisations dans REKOLE (manuel 4^e édition 2013), on peut compter sur une amélioration de la qualité des données à partir des données 2013. Pour la plausibilisation de la qualité des données, le tableau des immobilisations fourni chaque année par les hôpitaux dans le cadre de la statistique des hôpitaux et celui réclamé par les cantons auprès des hôpitaux peuvent tous deux servir d'aide.

Si les données sur les coûts d'un hôpital ne sont pas disponibles dans une qualité suffisante (p. ex. non présentées selon l'OCP, CUI non compris dans une fourchette de 5-15% par rapport aux coûts par cas pertinents pour le benchmarking, différences importantes avec le tableau des immobilisations de la statistique des hôpitaux), cela doit être pris en compte dans le cadre du processus de benchmarking (voir les recommandations du point 2.4.2).

- Éviter une représentation « trop basse » des coûts d'utilisation des immobilisations en raison des règles d'amortissement de l'OCP

La directive OCP selon laquelle les immobilisations dont la valeur résiduelle est nulle ne peuvent plus être amorties peut conduire à ce que des hôpitaux présentent, dans le cadre du calcul des coûts par cas pertinents pour le benchmarking, des coûts d'utilisation des immobilisations « trop bas » qui ne peuvent donc guère être considérés comme critère pour un hôpital efficient d'après l'art. 49 al. 1 LAMal.

Si pour un hôpital les coûts d'utilisation des immobilisations présentés sont « trop bas » en raison des directives de l'OCP, l'intégration de cet hôpital dans le processus de benchmarking pourrait fausser le résultat. Il convient en conséquence d'appliquer des mesures de correction adéquates (voir les recommandations du point 2.4.2.)⁶.

La raison pour laquelle les immobilisations affichent une valeur résiduelle nulle doit néanmoins être examinée. La valeur nulle n'est pas forcément liée aux directives de l'OCP (qui ne disent finalement pas à quelle hauteur et à quel rythme une immobilisation déterminée doit être amortie) mais pourrait être le résultat d'une politique d'amortissements accélérée qui a été décidée par l'hôpital (ou par le monde politique). Dans ce cas, la valeur ne doit pas être corrigée et l'hôpital ne doit pas être pris en compte.

Recommandation 3

Les CUI déterminés selon les exigences de l'OCP doivent fondamentalement être pris en compte dans le benchmarking. Vu que les conditions relatives à la qualité des données ne sont pas remplies dans leur globalité, il convient de décider au cas par cas de la procédure appropriée à appliquer sur la base des informations disponibles.

⁶ Précision: le fait que depuis 2015 les poids relatifs incluant les CUI ont été déterminés sur la base des directives REKOLE mais que des valeurs OCP doivent être prises en compte pour les coûts par cas pertinents pour le benchmarking peut entraîner des distorsions dans le processus de benchmarking. D'éventuels effets indésirables et leur ampleur doivent être suivis et analysés dans les prochaines années en les étayant par des données. Dans ce contexte, une recommandation ne peut actuellement être émise.



2.2.3 Déduction des coûts non pertinents pour le benchmarking

a) Recherche et enseignement universitaire

La recherche et l'enseignement universitaire englobent la recherche fondamentale, la recherche clinique, les coûts de la formation théorique et pratique ainsi que les coûts de la formation post-grade dispensée jusqu'à l'obtention du titre postgrade des professions médicales selon la LPMéd. Ces coûts ne constituent pas des coûts LAMal et doivent donc être exclus conformément à REKOLE.

ITAR_K 5.0 prévoit pour l'enseignement universitaire et la recherche une unité finale d'imputation séparée (colonne CF). Si celle-ci comprend exclusivement et exhaustivement les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche selon l'OCP, aucune autre déduction n'intervient dans l'unité finale d'imputation « Prestations stationnaires LAMal »⁷. S'il n'existe pas d'unité finale d'imputation séparée pour l'enseignement universitaire et la recherche, une déduction normative est opérée (voir note de bas de page n° 8). Les taux de déduction normatifs de 23% (base: dépenses brutes) pour les hôpitaux universitaires et de 0,8-3,5% (base: coûts salariaux) pour les autres hôpitaux utilisés jusqu'ici par le Surveillant des prix sont trop élevés, notamment parce que les coûts de l'enseignement non universitaire sont désormais imputables dans le cadre de la LAMal. Vu que de nombreuses dépenses pour l'enseignement universitaire et la recherche s'effectuent également en dehors de la comptabilité d'un hôpital (p. ex. auprès de l'université elle-même) et que la délimitation varie beaucoup dans la pratique, une déduction normative uniforme telle qu'opérée jusqu'ici par la Surveillance des prix n'est pas adéquate.

Le Tribunal administratif fédéral remet en question la méthode du Surveillant des prix pour déterminer les taux de déduction normatifs (déduction normative calculée en fonction du nombre de lits)⁸ et confirme la déduction par tête (personnes en formation postgrade dans une profession médicale)⁹. Selon la jurisprudence du TAF, la déduction normative doit être fixée strictement de telle manière que l'hôpital ne puisse pas tirer avantage de ne pas livrer les données de manière transparente.

Avec la nouvelle version des directives REKOLE (manuel 4^e édition 2013) et un concept détaillé pour la détermination des coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire, les conditions d'une amélioration considérable des données disponibles et de la délimitation des coûts ont été créées.

Recommandation 4

Si les coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire figurent dans une unité finale d'imputation séparée, le canton vérifie que tous les domaines de la recherche et de l'enseignement universitaire ont été déterminés selon la méthode REKOLE et ne sont pas comptabilisés dans les coûts relatifs aux cas stationnaires. Une déduction sur les unités finales d'imputation « Prestations stationnaires LAMal » est inutile.

Si les coûts pour la recherche d'un hôpital qui en effectue ne sont pas présentés dans une unité finale d'imputation séparée, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements.

⁷ Les hôpitaux sont tenus de présenter de manière transparente les coûts pour les prestations à la charge de l'AOS. Ils ne sont pas libres de choisir entre une déduction normative et la présentation des coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire dans une unité finale d'imputation séparée (arrêt TAF C-1698/2013 du 7 avril 2014, consid. 6.4.4). Une déduction normative ne peut donc être opérée que si l'on ne parvient pas à obtenir les données indispensables pour prendre une décision. Dans ce cas, la déduction normative doit être fixée de telle sorte que l'hôpital ne pourra en aucun cas retirer un avantage du fait de ne pas avoir livré de données de manière transparente (voir consid. 6.5).

⁸ Cf. arrêt TAF C-1698/2013 (Hôpital cantonal Lucerne), consid. 6.6.3

⁹ Cf. arrêt TAF C-2283/2013



Si les coûts pour l'enseignement universitaire d'un hôpital qui en dispense ne sont pas présentés dans une unité finale d'imputation séparée, il convient provisoirement – faute de justificatifs des coûts relevés et consolidés de manière uniforme – de se fonder sur des coûts standard de CHF 15'000 par médecin-assistant (EPT) qui doivent être déduits.

Si l'unité finale d'imputation pour la recherche et l'enseignement universitaire ne comprend qu'une partie des coûts, le montant restant doit être proportionnellement déduit sur l'unité finale d'imputation « Prestations stationnaires LAMal » (base de la répartition proportionnelle: coûts d'exploitation nets I de toutes les unités finales d'imputation sans les exploitations annexes).

Si la présentation des coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire est lacunaire, la position du Tribunal administratif fédéral selon laquelle un hôpital ne doit en aucun cas tirer profit d'une présentation lacunaire peut être prise en compte en effectuant une déduction après le benchmarking.

b) Autres prestations d'intérêt général, respectivement délimitation avec les prestations à la charge de l'AOS

Conformément à l'art. 49 al. 3 LAMal, les rémunérations du traitement stationnaire y compris séjour et prestations de soins dans un hôpital ne peuvent pas contenir les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Le prestataire doit comptabiliser les coûts pour les prestations d'intérêt général dans une unité finale d'imputation séparée. D'éventuelles contributions qui servent en plus des tarifs à couvrir les coûts des prestations LAMal (telles que des contributions pour couvrir un déficit ou des contributions ciblées pour décharger les primes LAMal) doivent être comptabilisées comme des produits et non en déduction des coûts.

Si les coûts sont répartis correctement, une déduction de ces coûts dans les unités finales d'imputation « Prestations stationnaires LAMal » est inutile.

La LAMal et les dispositions d'exécution n'établissent pas de manière exhaustive quelles prestations doivent s'entendre comme étant d'intérêt général. Dans l'optique de la fixation des tarifs, ce n'est pas la désignation des prestations d'intérêt général (à financer en dehors de l'AOS) qui est déterminante, mais d'une manière générale la distinction entre prestations à la charge ou non de l'AOS : qu'une prestation non à la charge de l'AOS soit qualifiée d'intérêt général est en l'occurrence accessoire, tout comme savoir par qui et dans quelle mesure elle est financée (en couvrant ou non les coûts).

La problématique principale dans la fixation des tarifs consiste à préciser la frontière entre prestations à la charge ou non de l'AOS. Il convient à cet égard de partir du **principe** suivant:

Toutes les prestations et les coûts s'y rapportant d'un hôpital qui sont nécessaires pour pouvoir mettre à disposition à long terme dans un système concurrentiel les prestations médicales et de soins d'après l'art. 25 LAMal selon mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal ainsi que remplir les obligations concernant le classement des coûts et des prestations sont à la charge de l'AOS. Les coûts correspondants sont intégrés dans la détermination du tarif hospitalier pour prestations stationnaires (tarif stationnaire).

L'affinement de la délimitation entre prestations à la charge ou non de l'AOS et entre leurs coûts peut se faire en mesurant les prestations en question à l'aune du principe susmentionné et en les qualifiant de manière correspondante.

On peut a contrario partir du principe qu'une prestation est à la charge de l'AOS et que les coûts doivent être inclus dans le calcul du tarif stationnaire si un hôpital n'est, sans celle-ci, pas en mesure de remplir de manière appropriée le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal.



1) Prestations à la charge de l'AOS et devant être financées via le tarif stationnaire

En vue de remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, les prestations suivantes doivent en particulier (liste non exhaustive), de l'avis de la CDS, être impérativement garanties en cas de besoin et donc considérées comme à la charge de l'AOS dans le cadre du traitement hospitalier ambulatoire :

- Prestations du médecin
- Prestations sur prescription du corps médical → spécialistes (art 35 LAMal et 45-46 OAMal)
- Prestations déléguées par le corps médical / le spécialiste
 - médecins-assistants
 - personnel soignant
 - assistantat au cabinet
 - personnel paramédical
- Transports secondaires (selon l'art 33 let. b LAMal ; cf. note du 27.03.2013 de la CDS « Transports secondaires d'un fournisseur de prestations stationnaires à un autre : dispositions concernant la prise en charge des coûts à partir du 1.1.2012 »)
- Séjour de la patiente / du patient (y c. lit/chambre, repas, vêtements d'hôpital, « réception »)
- Charges supplémentaires encadrement de patients mineurs ou de patients handicapés
- Prestations de mise à disposition en cas d'urgence (→ voir arrêt TAF C 2283/2013, consid. 21.3.3 : afin qu'un hôpital puisse prendre en charge des urgences médicales, il doit adapter son organisation aux cas urgents. Il a besoin pour cela d'une flexibilité et d'une disponibilité accrues, de capacités d'accueil constantes et d'un service de piquet, ce qui s'accompagne de charges de personnel supplémentaires.)
- Autres prestations de mise à disposition nécessaires à la prise en charge (p. ex. capacités en sous-utilisation afin de garantir conformément aux besoins l'accès des patients au traitement dans un délai utile au sens de l'art. 58 al. 4 let. b OAMal)
- Formation/formation continue à l'exception de la recherche et de l'enseignement universitaire
- Assurance qualité, tenue de registres, statistique d'exploitation, etc.
- Garantie de la sécurité des patients, des hôtes et du personnel (service du feu de l'établissement, dépenses supplémentaires pour service isolé, etc.)
- Protection contre les patients et les proches susceptibles d'actes de violence
- Compléments salariaux au personnel (en tant que partie intégrante des frais de personnel, p. ex. pour crèche, repas bon marché, place de parking, etc.)
- Marketing / relations publiques de l'hôpital (pour l'information des patients et garantir la liberté entrepreneuriale et l'élément concurrentiel au sens de la LAMal révisée)
- Lit pliant pour parents d'un enfant malade (substitution charge de personnel de l'hôpital en cas d'encadrement de l'enfant par les parents)
- Gestion des entrées et sorties (p. ex. par le service social de l'hôpital)
 - Gestion des entrées : gestion des interfaces avec les prestataires LAMal ayant adressé le patient, information aux patients relative à la gestion de la maladie
 - Gestion des sorties : gestion des interfaces avec les prestataires LAMal assurant le suivi du patient, conseils relatifs à la gestion de la maladie (instructions pour l'aide à



l'entraide, entremise de conseils en matière d'addiction, information aux patients, etc.)

- Services de traduction et d'interprétariat
 - Selon la pratique actuelle et la perception de l'OFSP, les services de traduction et d'interprétariat ne font actuellement pas partie des prestations à la charge de l'AOS. On peut toutefois se demander si la décision du Tribunal fédéral K 138/01 du 31 décembre 2002 sur un cas du secteur ambulatoire peut s'appliquer d'une manière générale à l'ensemble du domaine de prestations (ambulatoire et stationnaire). À partir du principe fixé plus haut sur la délimitation entre prestations à la charge et non à la charge de l'AOS, les services de traduction nécessaires à la réalisation d'un traitement approprié doivent être considérés comme étant à la charge de l'AOS. La clarification de la prise en charge par l'AOS des services de traduction doit être rapidement entreprise conjointement avec les autorités fédérales.

2) Prestations à la charge de l'AOS mais ne devant pas être financées via le tarif stationnaire

En vue de remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, les prestations suivantes doivent être impérativement garanties en cas de besoin et donc être à la charge de l'AOS, mais rémunérées séparément (et pas via le tarif stationnaire) par l'AOS :

- Transports primaires
- Remise médicaments et LiMA à la sortie

3) Prestations non à la charge de l'AOS et ne devant pas être financées via le tarif stationnaire

Non indispensables à l'exécution du mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal, les prestations suivantes doivent donc, aux yeux la CDS, être considérées également en cas de besoin comme non à la charge de l'AOS dans le cadre du traitement hospitalier stationnaire:

- Repas des proches
- Aumônerie de l'hôpital (cf. arrêt TAF 2014/36, consid. E. 16.3.2)
- Mesures de sécurité en forensique (coûts « prison »)
- Consultation sociale en tant qu'intégration sociale et professionnelle : consultation sociale pour patients présents ou au téléphone, connexion avec institutions externes, discussions systémiques avec système de référence (proches, employeurs) et institutions (service social communal, assurances sociales, services de consultation, APEA, etc.), clarification de questions d'assurances sociales, soutien financier, demande de curatelle, entraînement aux entretiens d'embauche, bilans professionnels, conseils juridiques et budgétaires.
- Protection de l'enfance: prestations supplémentaires qui concernent explicitement des cas liés à la protection de l'enfance (p. ex. abus sexuels). Les prestations incluent entre autres des séances de groupes de protection de l'enfance, un service de présence /piquet, la participation à des formations /perfectionnements.
- Prévention s'adressant à la population (pas la prévention médicale liée aux patients)
- Médecine légale en tant que discipline médicale spéciale dont la tâche essentielle est l'utilisation des connaissances médico- scientifiques en vue de l'administration de la justice et en particulier l'élucidation de délits
- Surveillance sanitaire d'autres fournisseurs de prestations
- École/enseignement pour enfants/adolescents
- COP



- Centrale d'engagement 144
- Dispositif pour situations particulières: prestations de mise à disposition et exercices pour situations particulières et événements entraînant un grand accroissement du nombre de patients (p. ex. pandémie, décontamination). Les exercices vont de l'essai d'alarme à l'évacuation des personnes concernées en passant par des exercices à grande échelle.

4) Prestations non à la charge de l'AOS conformément à la loi

- Recherche et enseignement universitaire (art. 49 al. 3 let. a LAMal)
- Surcoûts dus à des considérations de politique régionale (économique) (art. 49 al. 3 let. b LAMal). On peut partir du principe que ces prestations vont au-delà de la couverture des besoins en soins.

Recommandation 5

Les prestataires sont tenus de présenter et justifier séparément les coûts pour les prestations d'intérêt général. D'éventuelles contributions qui servent en plus des tarifs à couvrir les coûts des prestations LAMal doivent être comptabilisées comme des produits et non en déduction coûts.

La délimitation entre prestations à la charge et non à la charge de l'AOS suit le principe fixé plus haut et les exemples correspondants énumérés.

c) Surcoûts pour l'hôtellerie et autres surcoûts pour les patients avec une assurance complémentaire

ITAR_K 5.0 tient une unité finale d'imputation séparée (« Tarif hosp. LAMal AC ») pour les prestations stationnaires LAMal fournies aux patients avec une assurance complémentaire. Les coûts pour les prestations non prises en charge par la LAMal et fournies aux patients disposant d'une assurance complémentaire (ligne 20: honoraires des médecins et ligne 28: déduction pour surcoûts issus de prestations pour assurés avec assurance complémentaire, notamment l'hôtellerie) sont déduits de cette unité finale d'imputation. Après déduction de ces coûts, l'unité finale d'imputation (« Tarif hosp. LAMal AC ») contient uniquement les coûts des prestations LAMal qui sont également fournies aux patients avec une assurance de base (unité finale d'imputation « Cas LAMal hosp. au sens strict »). Selon ITAR_K, la valeur de base pertinente pour le benchmarking pour les prestations stationnaires est obtenue en additionnant les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking des deux unités finales d'imputation (« Cas LAMal hosp. au sens strict » et « Tarif hosp. LAMal AC ») et en divisant ces charges par le case mix des deux unités finales d'imputation.

Il faudrait déduire les surcoûts effectifs tant pour l'hôtellerie que pour les autres prestations (médicaments, soins, moyens/appareils, salle d'opération, etc.). Vu que la comptabilité analytique ne peut pas remplir entièrement cette exigence (problématique liée au classement détaillé des prestations et à la clé de répartition), une déduction normative est indispensable¹⁰. À cet effet, les valeurs calculées par l'association SpitalBenchmark ou par la CDS de Suisse orientale peuvent être reprises. Elles ont déterminé les différences moyennes des coûts par cas entre les patients avec une assurance de base uniquement et les patients avec une assurance complémentaire. Les coûts supplémentaires à déduire se montent à 7% selon le modèle de l'association SpitalBenchmark et à 9,7% selon la CDS de Suisse orientale en prenant comme base la

¹⁰ Attention: ITAR_K 5.0 calcule la part des surcoûts pour les patients avec une assurance complémentaire dans le domaine de l'hôtellerie et recourt à un pourcentage pour déterminer la déduction en partant de la présentation effective des surcoûts.



moyenne arithmétique des coûts par cas des patients avec une assurance de base et des patients avec une assurance complémentaire. Si l'on tient compte de la médiane, les coûts à déduire se montent à 5,7% avec le modèle de l'association SpitalBenchmark et à 9,8% avec celui de la CDS de Suisse orientale^{11,12,13}.

Recommandation 6

Un taux normatif est adéquat pour déterminer la déduction à opérer pour les surcoûts liés aux patients avec une assurance complémentaire. Il convient provisoirement – jusqu'à ce que des données consolidées soient disponibles¹⁴ – de recourir aux valeurs déterminées par la CDS de Suisse orientale, respectivement l'association SpitalBenchmark.

d) Honoraires des médecins pour les patients avec une assurance complémentaire

Les coûts des honoraires des médecins agréés, des médecins consultants et des médecins hospitaliers pour la prise en charge des patients avec une assurance semi-privée ou privée doivent être déduits et ne peuvent être facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins (voir également art. 59 al. 2 OAMal). Sans cela, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements. Une déduction pour manque de transparence est possible après le benchmarking.

Recommandation 7

Les coûts des honoraires des médecins pour les patients avec une assurance complémentaire doivent être déduits. Sans cela, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements.

e) Produits financiers du groupe de comptes 66

ITAR_K rajoute (ligne 23, ITAR_K 5.0) les produits financiers du groupe de comptes 66 aux unités finales d'imputation s'ils ont été traités en diminution des coûts dans le calcul des coûts par centre de charges. Cette manière de faire est légitime, car les produits financiers au sens de l'OCP ne sont pas portés en déduction des coûts.

Recommandation 8

La manière de faire selon ITAR_K pour les produits du groupe de comptes 66 est légitime.

¹¹ Les 9,8% correspondent aux surcoûts calculés par la CDS de Suisse orientale, soit de CHF 800.- par sortie pour les patients avec une assurance semi-privée et de CHF 1000.- par sortie pour les patients avec une assurance privée.

¹² Selon l'ancienne méthode du Surveillant des prix, on obtiendrait avec les mêmes données une déduction normative de 8,7% (comparaison médiane).

¹³ Précision: les anciens taux de déduction dans le modèle du Surveillant des prix (1% des coûts d'exploitation [nets 2] pour une part de jours de soins AC 20% > x > 10% et 2% pour une part de jours de soins AC > 20%) ne correspondent plus aux conditions actuelles dans les hôpitaux, car ils restent toujours de même niveau à partir d'une part AC de 20%. Dans une multitude d'hôpitaux, la part des patients avec une assurance complémentaire est supérieure à 20% et les hôpitaux avec une part très élevée sont aussi en partie cofinancés dans le cadre de la LAMal.

¹⁴ Des analyses approfondies peuvent être réalisées à partir d'un plus grand nombre de données sur les coûts des hôpitaux dans le pool de données de la CDS qui doit être constitué.



f) Produits des groupes de comptes 65 et 68

Les produits des groupes de comptes 65 (autres prestations aux patients) et 68 (prestations au personnel et à des tiers) ne devraient apparaître que dans des cas exceptionnels sur les unités finales d'imputation « Prestations stationnaires LAMal ». Puisque les coûts ne peuvent pas être identifiés, les produits sont comptabilisés en déduction des coûts. Les produits provenant du groupe de comptes 65 doivent être entièrement déduits si l'hôpital ne procède pas à une répartition exacte de ces coûts¹⁵. Si les produits sont afférents aux exploitations annexes et sont présentés dans les unités finales d'imputation correspondantes, aucune déduction n'est nécessaire.

Recommandation 9

Les produits provenant du groupe de comptes 65 doivent être entièrement déduits si l'hôpital ne procède pas à une répartition exacte de ces coûts. Si les produits sont afférents aux exploitations annexes et sont présentés dans les unités finales d'imputation correspondantes, aucune déduction n'est nécessaire. Les produits provenant du groupe de comptes 68 doivent toujours être entièrement déduits.

g) Coûts pour la formation non universitaire

Les coûts pour la formation non universitaire relèvent de la LAMal et doivent donc être inclus dans le prix de base. Si des hôpitaux fournissant des prestations de formation très différentes sont inclus dans la comparaison tarifaire, une différenciation tarifaire après le benchmarking est opportune¹⁶.

Si les hôpitaux inclus dans la comparaison sont tenus de fournir des prestations de formation non universitaire proportionnellement à la taille de l'établissement, une déduction des coûts est inutile.

Recommandation 10

Si des hôpitaux fournissant des prestations de formation très différentes sont inclus dans la comparaison tarifaire, une différenciation tarifaire après le benchmarking peut être opportune. Pour ce faire, il convient de recourir aux taux normatifs recommandés par H+ (et contenus dans ITAR_K) pour la formation non universitaire. Des déductions sur les tarifs des hôpitaux qui ne dispensent pas de formation sont admissibles.

Si les hôpitaux inclus dans la comparaison tarifaire sont contraints de former, aucune différenciation ne peut être effectuée.

2.3 Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking

Avec la rémunération des prestations hospitalières en fonction de la lourdeur des cas, les coûts par cas de tous les hôpitaux sont théoriquement comparables – indépendamment de leur éventail de prestations et de leur taille. La structure tarifaire SwissDRG n'est toutefois pas encore différenciée en conséquence. Sur la base des analyses et des expériences réalisées jusqu'ici, on peut considérer que des différences systématiques de coûts existent au moins entre les hôpitaux à la fin de la chaîne de traitement et les autres hôpitaux dont la structure tarifaire existante ne peut encore suffisamment rendre compte. Une catégorie de benchmark séparée pour

¹⁵ Les éventuelles marges non déduites doivent être indiquées dans les informations complémentaires du formulaire ITAR_K 5.0.

¹⁶ Conditions: les coûts sont importants et la détermination des coûts s'effectue de manière uniforme.



les hôpitaux à la fin de la chaîne de traitement est donc indiquée – du moins dans une phase transitoire.

Une catégorie de benchmark pour les maisons de naissance est également appropriée.

Une répartition des autres hôpitaux en différentes catégories de benchmark est problématique, car des critères objectifs de catégorisation font défaut et seraient nécessaires. Les principales prestations supplémentaires ou en moins et leurs incidences financières (en particulier un service des urgences ou la formation non universitaire, dont les coûts constituent une part des coûts par cas pertinents pour le benchmarking) peuvent être prises en compte via des différenciations tarifaires après le benchmarking et ne nécessitent pas de catégorie de benchmark spécifique.

La condition à remplir pour réaliser des comparaisons d'établissements est que les données des hôpitaux inclus dans le benchmarking aient été relevées de manière uniforme. Plus le nombre d'hôpitaux à comparer est petit, plus les exigences en matière de qualité des données sont élevées.

Si les données d'un nombre suffisamment élevé d'hôpitaux sont disponibles, les hôpitaux dont la qualité des données présente des lacunes doivent être exclus du calcul du benchmark. Sinon, il convient de corriger de manière appropriée les données insuffisantes des hôpitaux inclus.

Selon les arrêts du Tribunal administratif fédéral, il faut idéalement réaliser des comparaisons d'établissements nationales pour les catégories comparables. Tant que le Conseil fédéral n'a pas établi les conditions pour ce faire et que les données correspondantes font défaut, un benchmarking avec un choix régionalement limité d'hôpitaux comme base de comparaison est admissible, du moins durant la phase d'introduction. Il est toutefois nécessaire de recourir à la plus grande base de comparaison possible permettant de disposer de données comparables sans entraîner une charge de travail trop importante.

Pour satisfaire à l'exigence d'inclure un nombre suffisamment élevé d'hôpitaux dans la comparaison après la phase d'introduction, les hôpitaux d'une ou plusieurs grandes régions doivent être pris en compte.

Recommandation 11

Des prix comparables sont appropriés pour des prestations comparables. Des exceptions sont possibles pour les hôpitaux où la structure tarifaire n'a pas pu reproduire convenablement le degré de gravité. Les prestations supplémentaires ou en moins (p. ex. service des urgences, formation) doivent être prises en compte par des différenciations de prix. Néanmoins, les exceptions doivent être explicitement motivées.

À court et moyen terme, il est nécessaire de recourir à la plus grande base de comparaison possible permettant de disposer de données comparables sans entraîner une charge de travail trop importante.

À long terme, un benchmark doit reposer sur la comparaison d'un nombre représentatif d'hôpitaux provenant d'une grande région ou de la Suisse entière.

2.4 Définition du benchmark

2.4.1 Principes

La fixation du benchmark (la valeur de référence) est déterminée par le principe de l'économicité, dont l'application ne peut cependant se faire de manière exhaustive et selon des critères clairement définis. Le concept d'économicité englobe différentes politiques tarifaires et méthodes de benchmarking. En fonction de l'axe retenu, le benchmark est:

- la valeur la plus basse sur le marché pour une prestation définie,



- une valeur avec le meilleur rapport prix/prestation,
- une valeur qui garantit un niveau de prestations et de prise en charge répondant aux besoins,
- une valeur qui, suite aux insécurités de la structure tarifaire, protège les fournisseurs de prestations de changements importants à court terme dans la rémunération des prestations,
- une valeur qui, face à une demande fortement induite par l'offre et aux incitations correspondantes pour les prestataires d'élargir l'offre, maintient une certaine contre-pression au niveau de la rémunération.

Suite au passage au nouveau financement hospitalier, un équilibre doit être trouvé entre la prise en considération des structures mises en place, les modifications possibles de ces structures et le temps nécessaire à leur application ainsi que l'instauration d'incitations pour une fourniture plus efficace des prestations. Cet équilibre doit également tenir compte des situations différentes dans les cantons et les hôpitaux participants.

Recommandation 12

Le benchmark prend en compte les nombreuses incertitudes existantes liées aux changements dans le système de financement hospitalier et doit être fixé de telle sorte que la sécurité de la prise en charge soit garantie.

Avec la fixation d'un benchmark, les éléments concurrentiels du système, dont le renforcement est l'un des objectifs du nouveau financement hospitalier, doivent être encouragés¹⁷.

La valeur du benchmark (ne correspondant pas forcément à l'hôpital de référence) est déterminée à partir d'une comparaison des coûts par hôpital pertinents pour le benchmarking en tenant compte du nombre d'hôpitaux (pas de pondération), du nombre de cas par hôpital (pondération par cas) ou du casemix par hôpital (pondération en fonction du casemix). La pondération permet de gagner en représentativité lorsque peu d'hôpitaux sont inclus dans la comparaison¹⁸.

La valeur déterminée par le benchmark sert de repère pour les tarifs (système des prix) indépendamment des coûts par hôpital.

Des différenciations de prix sont possibles lorsque des différences dans le mandat de prestations engendrent des coûts supplémentaires ou en moins considérables et non pris en compte dans la structure tarifaire (en particulier exploitation d'un service des urgences, formation non universitaire ou autres charges particulières, p. ex. nombre supérieur à la moyenne de cas hautement déficitaires).

2.4.2 Problèmes particuliers dans le processus de benchmarking

a) Coûts d'utilisation des immobilisations CUI

Comme exposé dans le chapitre 2.2.2 lettre b, le mode de détermination des coûts d'utilisation des immobilisations pertinents pour le benchmarking qui est retenu a des conséquences sur le processus de benchmarking.

Pour l'heure, la qualité des données requise pour les coûts d'utilisation des immobilisations n'est pas suffisamment claire. Sur la base de données empiriques, le principe suivant peut être retenu: les coûts d'utilisation des immobilisations justifiés oscilleront entre 5% au minimum et 15% au maximum des coûts par cas pertinents pour le benchmarking. Les coûts d'utilisation des

¹⁷ Le GT Examen de l'économie est chargé d'élaborer une recommandation concernant le quantile sur lequel le benchmark doit être fixé.

¹⁸ Le GT Examen de l'économie est chargé d'élaborer au moyen de données concrètes sur les coûts une recommandation sur la méthode à privilégier.



immobilisations (selon la méthode OCP) des hôpitaux qui sont inférieurs ou supérieurs à ces valeurs doivent de toute façon être particulièrement contrôlés quant à leur plausibilité.

Concernant la problématique décrite sous 2.2.2 let. b de la valeur résiduelle nulle et des valeurs OCP manquantes, la démarche ci-après est recommandée.

Recommandation 13

1. Intégration dans le processus de benchmarking, respectivement exclusion de ce processus, des hôpitaux dont des immobilisations ont une valeur résiduelle nulle

Si les hôpitaux dont un grand nombre d'immobilisations ont une valeur résiduelle nulle¹⁹ (la part des amortissements en dessous de zéro est supérieure à 20% de l'ensemble des amortissements) faussent le benchmark de manière déterminante, les démarches suivantes sont appropriées:

Si suffisamment d'hôpitaux sont disponibles pour la comparaison, ces hôpitaux peuvent être exclus du processus de benchmarking afin d'éviter de fausser le benchmark.

Si le nombre d'hôpitaux comparés est faible, il est approprié, pour une immobilisation dont la valeur résiduelle est déjà nulle, de classer non pas intégralement mais du moins proportionnellement les amortissements encore actifs dans les coûts par cas pertinents pour le benchmarking, parce qu'une utilisation plus longue que prévue d'une immobilisation entraîne des coûts de réparation, d'entretien et d'exploitation plus élevés et que ceux-ci sont déjà pris en compte en tant que coûts supplémentaires dans la comptabilité analytique. L'imputation de 50% des amortissements en dessous de zéro semble appropriée.

2. Intégration, respectivement exclusion, des hôpitaux dont les CUI ne sont pas plausibles (valeurs OCP)

Si suffisamment d'hôpitaux sont disponibles pour la comparaison, les hôpitaux dont les valeurs OCP manquent ou ne sont pas plausibles peuvent être exclus du processus de benchmarking.

Si peu d'hôpitaux sont disponibles pour la comparaison, il est approprié de corriger les valeurs inférieures à 5% ou supérieures à 15% des coûts par cas pertinents pour le benchmarking en les ramenant à ces deux valeurs limites.

b) Qualité insuffisante des données

Il est nécessaire et légitime d'inciter les hôpitaux à fournir de manière transparente et complète des données sur les coûts dans la qualité et selon le degré de différenciation requis. Si le nombre d'hôpitaux de comparaison est suffisant, les hôpitaux dont la qualité des données est insuffisante doivent être exclus du benchmarking. Si le nombre d'hôpitaux de comparaison est faible, il convient de prévoir des corrections des données à la place de l'exclusion de ces hôpitaux.

Une éventuelle déduction pour manque de transparence du fait d'une qualité insuffisante des données doit être opérée après et non avant le benchmarking. Le manque de transparence de certains hôpitaux ne porte ainsi pas préjudice aux autres hôpitaux.

¹⁹ À examiner à l'aide du tableau des immobilisations présenté par l'hôpital.



Recommandation 14

En cas de qualité insuffisante ou de manque de transparence des données, une déduction par hôpital pour manque de transparence doit être opérée après le benchmarking.

- Comptabilité analytique selon REKOLE disponible, mais absence de comptabilité des immobilisations selon l'OCP - 1%
- Comptabilité analytique disponible, mais pas selon REKOLE - 2%
- Centres de charges mais pas de comptabilité par unité finale d'imputation - 4%
- Comptabilité financière sans centres de charges / comptabilité par unité finale d'imputation - 8%

1 % supplémentaire est déduit si l'hôpital ne remet pas ses données dans la qualité et la transparence nécessaires pour le développement de la structure tarifaire nationale.

Sont exemptés de la règle mentionnée ci-dessus les tarifs dans les deux premières années d'exploitation d'un nouvel hôpital.



Annexe 1

Détermination des coûts par cas pertinents pour le benchmarking (domaine SwissDRG)

Total des coûts selon la comptabilité analytique

./. Coûts qui ne devraient pas figurer dans les unités finales d'imputation à prendre en compte pour le prix de base

./. Coûts pour les prestations supplémentaires (facturées directement aux patients)

./. Coût des cas non évalués (SwissDRG)

./. Rémunérations additionnelles (dialyse, cœurs artificiels, autres rémunérations particulières, p. ex. facteurs de coagulation du sang)

./. Coûts des honoraires des médecins pour les prestations fournies aux patients avec une assurance complémentaire

./. Surcoûts pour les prestations fournies aux patients avec une assurance complémentaire (hôtellerie, autres coûts de la division semi-privée / privée)

./. Charges d'intérêts effectives

= Total des coûts selon la comptabilité analytique ajusté avant prise en compte des intérêts calculatoires

+ Intérêts actifs circulants (calculatoires)

= coûts pertinents pour le benchmarking - domaine stationnaire

/ CM des cas stationnaires (domaine SwissDRG: uniquement les cas évalués)

= coûts par cas ajustés en fonction du CM (domaine SwissDRG)

Informations standardisées supplémentaires

- *Nombre de journées de soins des patients sortis (brut)*
- *Nombre de journées de soins facturées des patients sortis*
- **Nombre de cas stationnaires**
 - dont cas évalués
 - dont cas évalués comme patients en division semi-privée
 - dont cas évalués comme patients en division privée