

Recommandations

8-4-2-0

27 juin 2019

Recommandations sur l'examen de l'économicité Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal

Approuvées par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019

1.	Contexte	1
2.	Les quatre étapes de l'examen de l'économicité	3
2.1	Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements	3
2.2	Calcul des coûts d'exploitation par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark	3
2.2.1	Contexte	3
2.2.2	Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique	4
2.2.3	Délimitation des coûts non pertinents pour le benchmark.....	5
2.3	Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark	11
2.4	Définition du benchmark	12
2.4.1	Principes	12
2.4.2	Qualité insuffisante des données	13
	Annexe.....	15
	Abréviations	16

1. Contexte

Les recommandations ci-après servent de base aux cantons pour l'approbation des conventions relatives aux tarifs hospitaliers 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 efficiente et avantageuse. Avec le nouveau financement hospitalier, on est passé d'un système basé sur l'indemnisation des coûts spécifiques à l'hôpital (avant 2012) 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 efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal** (ci-après « tarif basé sur les coûts »). Ce tarif constitue la base 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 et le tarif demandé par un hôpital est possible, 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 efficients 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 et assureurs 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.

Lorsqu'ils fixent les tarifs, les cantons utilisent comme critère d'efficacité la valeur de référence établie par une comparaison d'établissements. En outre, on peut tenir compte des particularités d'un hôpital en cas de besoin.

Les recommandations ci-après se concentrent sur les domaines des hôpitaux relevant de la structure tarifaire SwissDRG. Des recommandations complémentaires pour la psychiatrie et la réadaptation font l'objet d'un document distinct.¹

En outre, les recommandations ci-après 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 efficients est effectuée en déterminant les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité de chaque hôpital et est fondée – en règle générale et dans la mesure du possible – sur des comparaisons d'établissements subséquentes.

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

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

S'il n'est pas possible de définir un benchmark, la LAMal statue néanmoins qu'un examen de l'économicité et, au besoin, une comparaison de cette économicité au moyen d'autres méthodes s'imposent.

¹ Recommandations de la CDS relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation : Compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal

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 Tribunal administratif fédéral présuppose de telles comparaisons d'établissements dans le cadre de l'examen de l'économicité.² C'est pourquoi, depuis 2015, la CDS échange des données entre les cantons dans le cadre de l'entraide administrative.

L'objectif de l'échange de données sur les coûts hospitaliers organisé par la CDS est de créer une base de données suffisante et de haute qualité pour les comparaisons d'établissements hospitaliers dans le cadre des procédures d'approbation et de fixation des tarifs.

À partir de l'année de données 2018, la Confédération s'appuie sur l'échange de données CDS pour la publication des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité aux termes de l'art. 49, al. 8, LAMal.³

2.2 Calcul des coûts d'exploitation par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark

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 hospitaliers pertinents pour le benchmark. 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 applicables.⁴

Le total des coûts selon la comptabilité analytique d'après REKOLE pour les prestations hospitalières LAMal constitue le point de départ de l'analyse, comptabilité qui assure une méthodologie uniforme pour déterminer les coûts et répertorier les prestations dans tous les hôpitaux et cliniques. À compter de l'année de données 2019, les établissements sans certification REKOLE devraient dans la mesure du possible être exclus d'une comparaison.

Les délimitations matérielles et temporelles de la comptabilité financière doivent être présentées dans la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et doivent être compréhensibles. Cela concerne en particulier les charges d'exploitation (groupes de comptes 41-49), les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI, groupe de comptes 44), 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 hospitalières LAMal doivent être exclus (comptabilité séparée, centres de charges accessoires, recherche et enseignement universitaire, prestations d'intérêt général ou autres unités finales d'imputation). En font partie les prestations non prises en charge par la LAMal.

Pour la détermination des coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark dans le domaine SwissDRG (c.-à-d. des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité), 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 supplémentaires, prestations SVK), doivent être exclus.

² Cf. l'arrêt de principe ATAF 2014/36 (Hôpital de Triemli).

³ Cf. Concept OFSP sur la publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal.

⁴ ITAR_K détermine les coûts par cas ajustés selon le 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 hospitalières LAMal ».

Pour une évaluation globale des coûts, il est nécessaire d'avoir, en plus de la présentation des coûts selon ITAR_K et la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique, un tableau ou une comptabilité des immobilisations selon l'art. 10a OCP (p. ex. extrait correspondant de l'auto-déclaration CUI selon l'OCP de la statistique des hôpitaux).

D'une manière générale, les coûts par cas doivent être présentés site par site. La jurisprudence confirme également l'exigence d'une présentation des coûts par site.⁵

Par conséquent, une présentation des coûts séparée doit être établie pour chaque hôpital. Les données sont intégrées site par site dans la comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark.⁶

Par ailleurs, la délimitation des établissements hospitaliers dans les listes hospitalières et lors de l'attribution des autorisations d'exploitation est gérée différemment d'un canton à l'autre. Dans le domaine de l'admission des hôpitaux à facturer des prestations AOS (art. 39 LAMal), il convient toutefois de définir ce qu'est un hôpital, car selon la jurisprudence un canton ne peut attribuer le mandat de prestations sur plusieurs sites, respectivement l'exploitant d'un hôpital comportant plusieurs sites ne peut décider librement quelles prestations il fournit sur un site déterminé sans que ce site dispose d'un mandat de prestations correspondant.⁷

La transparence analytique en ce qui concerne les coûts d'exploitation des différents sites est aussi important parce que la présentation de leur économicité réelle augmente la pertinence du benchmark. Par contre, l'agrégation croissante des données tend à rapprocher le benchmark du 50^e percentile (médiane). Une présentation par site des coûts par cas est particulièrement importante si l'éventail des prestations est très différent selon le site.

Si un hôpital ne dispose pas de présentations ITAR_K distinctes pour chaque site, le canton peut collecter les informations spécifiques au site nécessaires à la plausibilisation des données sur les coûts par le biais du formulaire complémentaire CDS *Présentation par site des coûts par cas*.

Recommandation 1

Les cantons exigent une présentation des coûts selon ITAR_K complétée par la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et un tableau ou une comptabilité des immobilisations d'après l'art. 10a de l'OCP (p. ex. extrait correspondant de l'auto-déclaration CUI selon l'OCP de la statistique des hôpitaux) ainsi que, pour chaque hôpital, une présentation des coûts par cas.

Dans le cadre des mandats de prestations, les cantons devraient imposer à leurs hôpitaux la certification REKOLE au plus tard pour l'année de données 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. Pour la détermination des intérêts calculatoires, la méthode de la Surveillance des prix (SPR) est applicable. Celle-ci repose sur le rendement moyen des obligations de la Confédération (base : coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark ; durée: 10 ans ; délai de paiement : 40 jours ; p. ex. pour l'année tarifaire 2018 = $-0,072 \% [2017] * 40/365 = -0,008 \%$).⁸ Si le taux d'intérêt est négatif, aucune déduction n'est à effectuer.

⁵ Cf. arrêt de principe ATAF 2014/3 (hôpital cantonal de Lucerne).

⁶ Définition du *site hospitalier (hôpital)* analogue à la version en vigueur des recommandations de la CDS sur la planification hospitalière. La présentation site par site des coûts par cas doit être assurée au plus tard à partir de l'année de données 2020.

⁷ Cf. arrêts du TAF C-2290/2013, consid. 8.4 ss (See-Spital Horgen und Kilchberg), et C-5849/2013, consid. 2.3.1 (Clinique Gut St. Moritz SA).

⁸ Méthode de la SPR retenue dans l'arrêt du TAF C-1698/2013 (Hôpital cantonal Lucerne), voir consid. 3.7.

Recommandation 2

Pour déterminer les intérêts calculatoires sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation, il convient de se référer à un taux d'intérêt pour les immobilisations à faible risque. Il est recommandé d'appliquer la méthode utilisée par la SPR. Le canton doit vérifier si les intérêts calculatoires ont été déterminés conformément à la méthode de la SPR.

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

Pour l'évaluation de l'efficacité d'un hôpital, il convient de prendre en compte également les coûts d'utilisation des immobilisations^{9,10}. 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 CUI sous forme de loyers, leasing et achat de prestations dans le prix desquels l'utilisation des immobilisations est intégrée.

Pour ces raisons, les CUI doivent être inclus, depuis la suppression du supplément normatif au 1^{er} janvier 2013, dans le calcul des coûts par cas hospitaliers pertinents pour le benchmark.

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

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 requises sur les coûts d'un hôpital ne sont pas disponibles au sens de l'OCP, l'hôpital doit être exclu du benchmarking.

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. Les données recueillies depuis 2012 ne révèlent toutefois aucune distorsion significative du benchmark. Pour comparer l'économicité de deux ou trois prestataires seulement (par exemple dans des domaines partiels de la psychiatrie ou de la réadaptation), des examens encore plus précis peuvent être effectués.

Recommandation 3

Les CUI déterminés selon les exigences de l'OCP doivent être pris en compte dans le benchmarking.

2.2.3 Délimitation des coûts non pertinents pour le benchmark

a) Recherche et formation universitaire

La recherche et la formation universitaire englobent la recherche fondamentale, la recherche clinique, les coûts de la formation théorique et pratique ainsi que les coûts de la formation postgrade 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 figurer dans une unité finale d'imputation séparée, conformément à REKOLE. Si celle-ci comprend exclusivement et définitivement les coûts de la formation universitaire et de la re-

⁹ Selon arrêt du TAF C-2283/2013, consid. 4.9.5 (hôpitaux de Triemli et de Waid)

¹⁰ Selon ITAR_K, les coûts CUI doivent être présentés d'après REKOLE et l'OCP. Les coûts par cas hospitaliers pertinents pour le benchmark sont présentés en tenant compte ou non des CUI, ce qui permet un benchmarking au niveau des coûts d'exploitation et au niveau des coûts complets.

cherche au sens de l'OCP, aucune déduction supplémentaire n'est effectuée dans l'unité finale d'imputation « Prestations hospitalières LAMal ». ¹¹ Si, dans des cas exceptionnels, il n'existe pas d'unité finale d'imputation pour la formation universitaire, une déduction normative doit être opérée. Les taux de déduction normatifs de 0,8-3,5% (base : coûts salariaux) pour les autres hôpitaux utilisés jusqu'ici par la SPR sont trop élevés, notamment parce que les coûts de la formation non universitaire sont imputables dans le cadre de la LAMal. Vu que de nombreuses dépenses pour la formation 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 SPR n'est pas adéquate.

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) remet en question la méthode de la SPR pour déterminer les taux de déduction normatifs (déduction normative calculée en fonction du nombre de lits) ¹² et confirme la déduction par tête (personnes en formation postgrade dans une profession médicale) ¹³. 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.

Depuis la 4^e édition (2013) du manuel REKOLE® est disponible un concept détaillé pour la détermination des coûts pour la recherche et la formation universitaire. Ainsi les conditions d'une amélioration considérable des données disponibles et de la délimitation des coûts ont été créées dans ce domaine.

Recommandation 4

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

Si les coûts pour la formation universitaire d'un hôpital qui en dispense ne sont pas présentés dans une unité finale d'imputation séparée, il convient – faute de justificatifs de 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 la formation universitaire ne comprend qu'une partie des coûts, le montant restant doit être proportionnellement déduit sur l'unité finale d'imputation « Prestations hospitalières 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 la formation 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 par rapport aux coûts imputables pour le benchmark

L'AOS doit prendre en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 LAMal). Afin que le caractère obligatoire des prestations puisse être reconnu, une méthode de traitement doit avoir un caractère médicalement efficace et être adéquate et économique

¹¹ 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 la formation universitaire dans une unité finale d'imputation séparée (arrêt TAF C-1698/2013, hôpital cantonal de Lucerne, 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).

¹² Cf. arrêt du TAF C-1698/2013, consid. 6.6.3 (Hôpital cantonal de Lucerne), et ATAF 2014/36, consid. 16.1.8 (hôpital de Triemli).

¹³ Cf. arrêt du TAF C-2283/2013 (hôpitaux de Triemli et de Waid)

(critères dits EAE). Ce caractère obligatoire des prestations est implicitement supposé pour les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien (art. 33, al. 1, LAMal); pour toutes les autres prestations, une obligation de prise en charge des coûts n'existe que si elles figurent dans les listes positives de la LAMal.

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 des forfaits par cas) qui est déterminante, mais d'une manière générale la distinction entre coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark, que les prestations engendrant ces derniers soient qualifiées d'intérêt général n'étant en l'occurrence pas essentiel, tout comme savoir par qui et dans quelle mesure elles sont financées (en couvrant ou non les coûts).

La problématique principale dans la fixation des tarifs consiste à préciser la frontière entre les coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark. Il convient à cet égard de partir du **principe** ci-après.

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 ss. LAMal selon mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal ainsi que pour remplir les obligations concernant le classement des coûts et des prestations sont rémunérées au moyen de forfaits pas cas. Les coûts correspondants sont intégrés dans la détermination du tarif hospitalier.

L'affinement 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 que les coûts d'une prestation doivent être inclus dans le calcul du tarif hospitalier 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 hospitalier selon réglementation légale

En vue de remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, les prestations et activités suivantes doivent en particulier (liste non exhaustive), selon l'interprétation que la CDS fait de la loi, être impérativement garanties en cas de besoin comme partie de la fourniture de prestations diligente et correcte vis-à-vis de la population de patients. Les coûts de ces prestations font donc partie intégrante du forfait par cas et ne doivent pas être rémunérées séparément via l'AOS, sauf si une rémunération supplémentaire est prévue dans la structure tarifaire :

- prestations du médecin
- prestations par spécialistes sur prescription du corps médical
- prestations déléguées par le corps médical / le spécialiste
 - aux médecins-assistants
 - au personnel soignant
 - à l'assistant du cabinet
 - au personnel paramédical

- Transports secondaires (selon l'art. 33, let. b, OAMal ; 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, traitement et séjour de patientes / patients mineurs ou de patientes / 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 patientes / 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 la formation universitaire
- Assurance qualité, tenue de registres, statistique d'exploitation, etc.
- Garantie de la sécurité des patientes / patients, des hôtes et du personnel (en particulier service du feu de l'établissement et dépenses supplémentaires pour service isolé)
- Protection contre les patientes / patients et les proches susceptibles d'actes de violence avant l'arrivée des forces de police, mesures de prévention de la mise en danger de soi-même ou d'autrui lors de diagnostic psychiatrique principal ou secondaire
- Compléments salariaux au personnel (en tant que partie intégrante des frais de personnel, p. ex. pour crèche, repas bon marché, place de parking, etc.)
- 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'interprétation (en vue de garantir la compréhension linguistique en tant que condition de la qualité de l'indication et du traitement)
 - À partir du principe fixé plus haut, les services de traduction nécessaires à la réalisation d'un traitement approprié doivent être considérés comme des coûts imputables pour le benchmark qui sont pris en compte dans le calcul des forfaits pas cas.

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

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 hospitalier) 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 hospitalier

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 :

- repas des proches
- aumônerie de l'hôpital (cf. ATAF 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 et des formations continues.
- 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
- Centres opératoires protégés (COP) / constructions sanitaires protégées
- 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. Rémunérations non comprises dans les forfaits par cas conformément à la loi

- Recherche et formation 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.
- Autres prestations d'intérêt général.

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 des coûts.

La délimitation entre coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark suit le principe fixé plus haut et les exemples correspondants énumérés.

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

Le modèle ITAR_K comporte une unité finale d'imputation spécifique (« Tarif hosp. LAMal AC ») pour les prestations hospitalières aux personnes avec assurance complémentaire. Les coûts pour les prestations

non prises en charge par la LAMal fournies aux patients avec une assurance complémentaire sont déduits sur cette unité finale d'imputation (honoraires du médecin et frais supplémentaires de traitement, de soins et d'hôtellerie). Après déduction des 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 benchmark 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.

Dans l'idéal, 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), il est indispensable de disposer d'une déduction normative, basée sur les différences moyennes des coûts par cas entre les patients avec une assurance de base uniquement et les patients avec une assurance complémentaire, dans chacun des hôpitaux. Pour les soins aigus, ces valeurs demeurent stables sur plusieurs années à environ 800 francs par sortie pour les patients assurés en semi-privé et à environ 1000 francs par sortie pour les patients assuré en privé, ce qui correspond à une déduction de 10 % environ.^{14 15}

Recommandation 6

Un taux normatif est adéquat pour déterminer la déduction à opérer pour les surcoûts liés aux patients avec une assurance complémentaire. Pour les soins aigus, une déduction supplémentaire de 800 francs par sortie pour les patients avec une assurance complémentaire semi-privée et de 1000 francs par sortie pour les patients avec une assurance privée est recommandée.

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'AOS / des cantons (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 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 n'influent pas à la baisse sur les coûts.

¹⁴ Ces déductions ont également été confirmées par le Tribunal administratif fédéral, cf. arrêt C-2283/2013, consid. 15.6 (hôpitaux de Triemli et de Waid).

¹⁵ Pour la psychiatrie et la réadaptation, des déductions correspondantes sont appliquées ; cf. les recommandations de la CDS sur l'examen de l'économie dans la psychiatrie et la réadaptation.

Recommandation 8

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

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 hospitalières 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 coûts.¹⁶ 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 comptabilisés dans les établissements annexes ou dans une unité finale d'imputation autre que les « Prestations hospitalières LAMal », 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 les coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark. Si des hôpitaux fournissant des prestations de formation très différentes sont inclus dans la comparaison tarifaire, il convient d'examiner une différenciation tarifaire après le benchmarking.^{17 18}

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 différenciation tarifaire 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 benchmark

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

¹⁶ Les éventuelles marges non déduites doivent être indiquées dans les informations complémentaires du formulaire ITAR_K.

¹⁷ Conditions: les coûts sont importants et la détermination des coûts s'effectue de manière uniforme.

¹⁸ Cf. les recommandations de la CDS du 25 juin 2015 concernant les coûts standard nets des prestations de formation pratique dans les professions de la santé non universitaires.

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 de dernier recours et les autres hôpitaux dont la structure tarifaire actuelle ne peut encore suffisamment rendre compte. Tant que cette situation perdurera, une catégorie de benchmark séparée pour les hôpitaux à la fin de la chaîne de traitement est indiquée.

Une catégorie de benchmark pour les maisons de naissance est également appropriée. Le TAF rejette toute répartition des autres hôpitaux en différentes catégories de benchmark.¹⁹ 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 benchmark) 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. Bien qu'avec son concept *Publication des « coûts par cas pondérés selon le degré de gravité » dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal*, la Confédération ait créé les conditions pour établir des comparaisons d'établissements dans toute la Suisse, elle laisse ouvertes les questions du degré d'efficacité du benchmarking et de la constitution de bases de comparaison.

Recommandation 11

Pour des prestations comparables, des tarifs comparables sont appropriés. 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 ou formation) doivent être prises en compte par des différenciations de tarifs. Néanmoins, les exceptions doivent être explicitement motivées.

Le benchmark doit être fondé sur un nombre représentatif d'hôpitaux de comparaison.

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,

¹⁹ Cf. ATAF 2014/36, consid. 6.6 ss. (hôpital de Triemli) et ATAF C-1698/2013 (hôpital cantonal de Lucerne)

- 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.

Recommandation 12

Avec la fixation d'un benchmark, les éléments concurrentiels du système doivent être encouragés.

La valeur du benchmark (ne correspondant pas forcément à l'hôpital de référence) est déterminée à partir d'une comparaison des coûts par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark 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 comparaison.

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, tel un nombre supérieur à la moyenne de cas hautement déficitaires).

2.4.2 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.

Cela est également valable pour la mise en œuvre par les cantons de la recommandation d'exiger des exploitants d'hôpitaux des présentations des coûts site par site (cf. recommandation 1). Dès que le pool de données contient un nombre suffisant d'hôpitaux de comparaison qui satisfont à cette exigence, les hôpitaux comportant plusieurs sites et ne présentant pas leurs coûts par cas de manière différenciée par site sont exclus du benchmarking.

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.

Recommandation 13

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%

Un pourcent 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.

Les cantons et la CDS sont libres de publier des informations sur la qualité des données et de nommer les hôpitaux concernés.

Annexe

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

Total coûts selon comptabilité analytique d'exploitation (y c. coûts d'utilisation des immobilisations selon OCP)²⁰

./. 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 supplémentaires (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 hospitalier

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

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

Informations standardisées supplémentaires

- Nombre de cas hospitaliers
 - dont cas évalués
 - dont cas évalués comme patients en division semi-privée
 - dont cas évalués comme patients en division privée

²⁰ Ceci correspond au total des coûts selon comptabilité d'exploitation REKOLE après déduction des CUI selon REKOLE et imputation des CUI selon OCP.

Abréviations

AC	assurance complémentaire ; personnes avec assurance complémentaire
AOS	assurance obligatoire des soins
ATAF	Recueil officiel des arrêts du TAF
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CUI	coûts d'utilisation des immobilisations
EPT	équivalent plein temps
ITAR_K	modèle tarifaire intégré sur la base de la comptabilité par unité finale d'imputation.
LAMal	loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994, état le 1 ^{er} janvier 2019, RS 832.10
LPMéd	loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006, état le 1 ^{er} janvier 2018 ; RS 811.11
OAMal	ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995, état le 1 ^{er} janvier 2019, RS 832.102
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 du 3 juillet 2002, état le 1 ^{er} janvier 2009 ; RS 832 104)
REKOLE	révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
SPR	Surveillance des prix
SVK	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK/FSA)
TAF	Tribunal administratif fédéral