

Recommandations

8-4-2-0

27 juin 2019

Recommandations relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation

Compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficaces au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, concernant la psychiatrie et la réadaptation

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

1. Contexte

En vertu de l'art. 49, al. 1, LAMal, les tarifs des hôpitaux sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficace et avantageuse. Le Comité directeur de la CDS a formulé à l'intention des cantons des recommandations visant à déterminer les tarifs des hôpitaux conformément à la loi. 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). Ces recommandations sont également applicables aux prestations de psychiatrie stationnaire et de réadaptation.

Dans le domaine de la psychiatrie hospitalière, l'introduction de TARPSY au 1^{er} janvier 2018 a permis de mettre en place une structure tarifaire uniforme dans l'ensemble du pays pour la psychiatrie de l'adulte ainsi qu'au 1^{er} janvier 2019, pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cette structure repose sur des forfaits journaliers liés aux prestations et couvre tous les domaines de prestations hospitalières de la psychiatrie.

Toutefois, dans la réadaptation, il n'existe pas encore de structure tarifaire uniforme nationale et donc aucune méthode nationale reconnue pour mesurer et ajuster le degré de gravité.¹ Il manque en outre une répartition uniforme en domaines de prestations (disciplines). Il doit être tenu compte de cette situation dans le cadre des différents aspects des recommandations relatives à l'examen d'économicité. Les commentaires suivants mettent en évidence les points sur lesquels la détermination des tarifs conforme à la loi dans la psychiatrie et la réadaptation doit s'écarter des recommandations, ou quelles réflexions supplémentaires doivent être prises en compte dans le cadre des comparaisons d'établissements. Ces commentaires s'appuient sur les différents chapitres des recommandations relatives à l'examen d'économicité du 27 juin 2019 (document de référence).

¹ ST Reha, la structure tarifaire, liée aux prestations de réadaptation a été présentée dans une version préliminaire.

2. Recommandations complémentaires / dérogatoires pour la psychiatrie et la réadaptation

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

Pour la psychiatrie et la réadaptation, il est également prévu que, pour déterminer les coûts pertinents pour les tarifs, tous les coûts imputables doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'efficacité. Cela concerne aussi les coûts des prestations rémunérées séparément par les hôpitaux dans le cadre de séjours (par exemple, prestations indemnisées séparément selon les accords SVK). L'indemnisation spéciale ne doit être exclue des tarifs qu'après le benchmarking.

Chapitre 2.2.2 Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique, lettre b) Coûts d'utilisation des immobilisations

Si des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) ne sont pas présentés au sens de l'OCP, il y a lieu d'admettre que les données sur les coûts ne sont pas d'une qualité suffisante. Si la dispersion des CUI est très élevée dans la réadaptation et la psychiatrie, elle permet néanmoins – en y intégrant des valeurs empiriques du domaine des EMS – de déterminer une fourchette généreuse des CUI de 40 CHF par jour de soins, soit jusqu'à 20 % de l'ensemble des coûts tarifaires.²

Chapitre 2.2.3 Délimitation des coûts non pertinents pour le benchmark, lettre c) Surcoûts d'hôtellerie et autres surcoûts pour les patients avec une assurance complémentaire

Les recommandations de la CDS partent du principe que les surcoûts de traitement, de soins et d'hôtellerie des patients avec assurance complémentaire ne peuvent pas être distingués de façon adéquate dans le calcul des coûts et que par conséquent une déduction normative de ces coûts est indispensable. Compte tenu de la durée nettement plus longue des séjours en réadaptation et psychiatrie qu'en médecine somatique, il est opportun de ne pas opérer la déduction par cas, mais de fixer cependant de manière normative le montant sur la base des données de plusieurs cantons (analyse échange de données sur les coûts entre les cantons).

En psychiatrie, il en résulte une déduction normative de 67 CHF par jour de soins. En réadaptation, la dispersion des coûts ayant une incidence sur les tarifs étant plus importante d'un domaine de prestations à l'autre, il est recommandé d'opérer une déduction normative à concurrence de 9,8 % des coûts d'exploitation ayant une incidence sur les tarifs pour les patients ayant une assurance semi-privée ou privée.³ Les données ne donnent pas lieu à des déductions différenciées pour patients ayant une assurance semi-privée ou privée.

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

Afin de constituer des volumes de comparaisons en vue d'un benchmarking entre les fournisseurs de prestations, il est indispensable de disposer de données de prestations TARPSY effectives d'une qualité suffisante (nombre de jours de soins, nombre de cas hospitaliers, rémunérations supplémentaires et Day Mix Index). Cette condition est remplie pour la première fois pour la psychiatrie de l'adulte dans l'année de données 2018 et pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans l'année de données 2019.

Pour l'heure, il n'existe pas encore de structure tarifaire uniforme nationale pour la réadaptation sur la base de laquelle il soit possible de procéder à une comparaison des coûts des hôpitaux ayant des mandats de prestations différents et des degrés de gravité différents des patientes et patients. Néanmoins, dans tous

² Afin d'établir les limites supérieure et inférieure, on a tablé sur des coûts moyens ayant une incidence sur les tarifs de 800 CHF par jour de soins. Une part CUI (normative avant 2012) de 10 % correspond à 80 CHF, dont la moitié se monte à 40 CHF et le double, à 160 CHF, c.-à-d. à 20 % des coûts ayant une incidence sur les tarifs. L'indication d'une limite supérieure en % des coûts permet de bien couvrir des domaines de prestations utilisant beaucoup plus de technologies de pointe également.

³ La déduction de 9,8 % pour la réadaptation correspond à la valeur moyenne établie en soins aigus. De même, la déduction normative en psychiatrie de 67 CHF par jour de soins correspond dans la moyenne des fournisseurs de prestations à quelque 9,8 % des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark.

les domaines de prestations, l'examen de l'efficience doit se faire, conformément à la LAMal, sur la base de comparaisons d'établissements.

S'il n'y a pas de structure tarifaire uniforme avec ajustement selon le degré de gravité à l'échelle nationale, on ne peut que comparer directement entre eux les hôpitaux qui ont des mandats de prestations comparables et pour lesquels il n'existe pas d'indices de degrés de gravité différents (par exemple durées de séjour moyennes très différentes, cliniques avec spécialisation particulière → les indices doivent être justifiés au cas par cas) pour un même mandat de prestations. Si un tel groupe de comparaison peut être constitué, on doit mettre en œuvre un processus de benchmarking également dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation afin de déterminer le tarif hospitalier pertinent.

Si aucun groupe de comparaison ne peut être constitué, le tarif ne peut pas être déterminé sur la base d'un benchmarking. Le principe prévu par l'art. 49, al. 1, LAMal pour déterminer le tarif (indemnisation de prestations fournies de manière efficiente, avantageuse et dans la qualité nécessaire) est toutefois applicable. Cela signifie que même pour les hôpitaux non comparables ou dont la comparabilité est limitée, il convient de vérifier si l'hôpital devant être évalué doit être considéré comme efficient et avantageux au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal.

Les situations et coûts par hôpital peuvent être examinés de manière critique quant à leur économicité à l'aide des approches ci-après.

- « Second Best » : pour un petit nombre d'hôpitaux comparables, le deuxième hôpital le plus avantageux peut être considéré comme un critère adéquat d'économicité⁴.
- Relation avec d'autres niveaux de prise en charge : les coûts par cas ou par jour devraient correspondre au degré de gravité ou au niveau de prise en charge : les hôpitaux offrant des traitements simples ou des niveaux de prise en charge peu élevés devraient avoir des coûts par cas ou par jour plus bas que des hôpitaux proposant des traitements plus lourds ou des niveaux de prise en charge plus élevés.
- Comparaison tarifaire / plausibilité : des comparaisons avec des tarifs approuvés ou fixés réglementairement d'autres hôpitaux ou d'autres assureurs peuvent s'avérer adéquates. En vue de plausibiliser un forfait journalier établi par hôpital au moyen d'une comparaison tarifaire, il convient de tenir compte du contexte dans son intégralité. Il incombe à l'autorité de fixation d'analyser le tableau tarifaire aussi bien que d'éventuels facteurs de distorsion ainsi que les indices de degrés de gravité supérieurs ou moindres par rapport aux cliniques comparées.⁵ Il ne doit pas y avoir d'indices en vertu desquels le tarif de comparaison se situe bien en dessous ou au-dessus des coûts du fournisseur de prestations concerné. Étant donné que la gravité du cas n'est pas mesurée et ne peut éventuellement être évaluée que de manière inexacte, la prise en compte d'une marge de sécurité se justifie. Il appartient aux cantons d'évaluer cette marge de sécurité.⁶
- Comparaison intertemporelle : les coûts d'un hôpital pour une année donnée peuvent être comparés avec ceux de l'année précédente. La Surveillance des prix a développé cette méthode pour toutes les situations dans lesquelles une comparaison avec d'autres hôpitaux de même niveau de prise en charge ou de niveaux de prise en charge différents n'est pas possible. Une hausse annuelle des coûts par jour de soins de 1,5 % se situe dans le cadre de ce que la Surveillance des prix considère encore comme raisonnable. Des hausses plus importantes des coûts sont considérées comme non économiques⁷.

Le choix d'hôpitaux de comparaison devrait s'opérer sur la base de prestations, niveaux de prise en charge, etc., comparables et non par une sélection positive. La méthode choisie est à justifier de manière raisonnée. S'agissant des hôpitaux ayant plusieurs mandats de prestations, l'examen de l'économicité doit fondamentalement s'effectuer par mandat de prestations, de même que la fixation ou l'approbation éventuelle des tarifs.⁸ Des tarifs mixtes ne sont adéquats que dans la mesure où les partenaires tarifaires

⁴ Corroboré par l'arrêt TAF C-6392/2014 (Hôpital pédiatrique de Zurich), consid. 6.5.

⁵ Cf. arrêt TAF C-3947/2016 (Berner Reha Zentrum et Berner Klinik Montana), consid. 8.3.5 et 8.3.8.

⁶ Dans le cas de la clinique Barmelweid, le Tribunal administratif fédéral a considéré la marge de sécurité de 30 % comme nettement trop élevée ; voir ATAF C-4479/2013, consid. 5.5 et 5.7.

⁷ Corroboré par l'arrêt TAF C-2617/2014 (Klinik Susenberg), consid. 10.1 et 12.5.

⁸ Voir aussi : arrêt TAF C-2142/2013 (Felix-Platter-Spital), consid. 18.6.

s'accordent contractuellement à ce sujet et que des tarifs (économiques) similaires résultent des différents mandats de prestations.