



Tarifs hospitaliers

Pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires

Surveillance des prix

Berne, octobre 2016

Impressum

Tarifs hospitaliers : pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires

Auteurs : Simon Iseli, Maira Fierri Kovács, Mirjam Trüb, Manuel Jung

Surveillance des prix

Einsteinstrasse 2

3003 Berne

webmaster@pue.admin.ch

Berne, octobre 2016

Avant-propos

De nos jours, quiconque cherche son chemin ou une adresse inconnue arrive facilement à destination grâce à la technologie moderne. Un GPS, ou même un simple téléphone portable, permet de localiser sa position et indique l'itinéraire jusqu'à l'adresse voulue. Il nous prend en quelque sorte par la main et nous guide jusqu'au but – pas à pas, mètre par mètre. Malheureusement, dans la vraie vie, le smartphone ne permet pas de trouver tous les chemins. Pour les routes nationales et les sentiers forestiers, certes, il y a le GPS, mais celui-ci n'est pas d'une grande utilité quand il s'agit de s'y retrouver dans la jungle de règles, de prescriptions, de normes, de lois et d'ordonnances.

Le système de santé coûte cher dans notre pays. Après les États-Unis, la Suisse est le pays où l'on débourse proportionnellement le plus d'argent pour sa santé. La courbe des coûts ne cesse de grimper : pour 2017, les caisses-maladie ont de nouveau annoncé une hausse des primes de 4,5 % en moyenne.

Depuis très longtemps, les politiques, les fournisseurs de prestations, les régulateurs et les payeurs de primes cherchent la voie d'une diminution des coûts et, partant, d'une baisse des primes. À ce jour, il n'existe pas de GPS qui indique par où passer pour parvenir à ce but. Comme il est exclu de faire demi-tour, il faut continuer à chercher.

Les coûts liés aux soins aigus stationnaires sont parmi les plus importants groupes de coûts à la charge de la caisse-maladie sociale. La mise en place du système forfaitaire devait être la voie d'une réduction des coûts. Toutefois, le bilan après quelques années est – pour l'heure – quelque peu décevant : sans doute avons-nous avancé de quelques mètres, mais, sur les 42 km d'un marathon, nous n'avons pas encore parcouru les 10 premiers.

Pour juguler les coûts grâce au nouveau tarif forfaitaire, l'une des recettes est la « concurrence fictive », le benchmarking. Celui-ci doit être strict et complet pour qu'une maîtrise des coûts entre dans le domaine du possible. Le présent opuscule explique – à l'image d'un livre de cuisine Betty Bossi destiné aux fournisseurs de prestations et, entre autres, aux juges – comment nous contribuons à endiguer les coûts. Nous ambitionnons non pas de fournir un GPS, mais d'indiquer un itinéraire permettant de s'y retrouver dans la jungle des contrôles des coûts liés aux tarifs hospitaliers. Je vous souhaite de faire preuve, dans ce voyage, de persévérance, de compréhension et de discernement : seul un benchmarking strict nous permettra de franchir la ligne d'arrivée du marathon de la maîtrise des coûts hospitaliers.



Stefan Meierhans, Surveillant des prix

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introduction | 5 |
| 2 | Cadre juridique..... | 5 |
| 2.1 | Éléments d'appréciation mentionnés dans la LSPr..... | 6 |
| 2.2 | Éléments d'appréciation mentionnés dans la LAMal..... | 8 |
| 3 | Facturation des prestations hospitalières selon SwissDRG | 8 |
| 4 | Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires | 10 |
| 4.1 | Calcul des coûts | 10 |
| 4.1.1 | Données sur les coûts et les prestations | 10 |
| 4.1.2 | Calcul du <i>baserate</i> pertinent pour le benchmarking..... | 12 |
| 4.2 | Examen de l'économicité | 16 |
| 4.2.1 | Jurisprudence..... | 16 |
| 4.2.2 | Bases théoriques | 18 |
| 4.2.3 | Mise en œuvre pratique : modalités du benchmarking de la SPR..... | 20 |
| 4.2.4 | Détermination du montant maximal admis des bénéfices liés à l'effcience | 26 |
| 5 | Perspectives | 27 |
| | Annexe 1 à 3..... | 29 |

1 Introduction

La Surveillance des prix (SPR) rédige des recommandations et des avis concernant les tarifs hospitaliers stationnaires depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), en 1996. Ces recommandations et avis ont été largement soutenus par les autorités de recours¹. La présente publication décrit la pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs des soins aigus stationnaires². Depuis la dernière édition, qui date de 2006, il y a eu plusieurs changements. Citons en particulier la mise en place d'un nouveau système de financement des hôpitaux en 2012 et les premiers arrêts du TAF concernant des *baserates* (prix de base) SwissDRG contestés. Rappelons également que la procédure d'examen est bien entendu appelée à évoluer au gré des développements futurs et des nouvelles prescriptions légales.

Dans les explications qui suivent, l'accent est mis sur la méthode d'examen, présentée au chapitre 4. Auparavant, le chapitre 2 décrit le cadre juridique de l'activité d'examen et le chapitre 3 détaille les points principaux du décompte à l'aide de forfaits par cas SwissDRG³. Enfin, l'évolution possible de l'examen des tarifs hospitaliers dans la perspective d'une montée en flèche des coûts hospitaliers est envisagée au chapitre 5.

La description de la pratique adoptée pour examiner les tarifs des soins aigus stationnaires LAMal s'adresse aux personnes intéressées par la politique de la santé et aux professionnels de la santé. Pour des détails sur la jurisprudence, nous renvoyons aux décisions de recours du TAF concernant des tarifs stationnaires LAMal⁴.

2 Cadre juridique

Le présent chapitre indique les bases juridiques de l'activité du Surveillant des prix concernant les tarifs des soins aigus stationnaires LAMal. Il est délibérément succinct, étant donné que c'est le chapitre 4 (description de la pratique en matière d'examen) qui constitue le cœur de la présente publication.

¹ À la fin de 2006, le Tribunal administratif fédéral s'est substitué au Conseil fédéral en tant qu'instance de recours compétente pour trancher les décisions litigieuses prises par les cantons en application de la LAMal.

² Les tarifs des soins aigus stationnaires sont pratiqués dans les établissements de soins somatiques aigus. Dans la présente publication, les termes « établissement de soins somatiques aigus » et « hôpital » sont utilisés comme synonymes et englobent l'ensemble des établissements hospitaliers, y c. les hôpitaux universitaires et les maisons de naissance, qui facturent leurs prestations selon SwissDRG.

³ Pour comprendre la pratique du Surveillant des prix, il faut certaines connaissances de base de la structure tarifaire SwissDRG, qui figurent au chap. 3.

⁴ Ces décisions peuvent être consultées sur le site internet du TAF, à l'adresse suivante : www.tribunal-administratif.ch.

L'activité de la SPR en matière de tarifs hospitaliers LAMal s'appuie en premier lieu sur l'art. 14 de la loi fédérale du 20 décembre 1985 sur la surveillance des prix (LSPR). Cette disposition prévoit que les autorités exécutives de la Confédération et des cantons prennent l'avis de la SPR avant d'approuver des tarifs hospitaliers en vertu de l'art. 46 LAMal. Il en va de même lorsque les gouvernements cantonaux compétents fixent les tarifs en application de l'art. 47 LAMal. Cette procédure, qui est précisée dans le message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, a toujours été confirmée par le TAF. La non-consultation de la SPR peut, notamment en cas de de recours, être un motif suffisant pour abroger des tarifs ayant déjà fait l'objet d'une décision. La SPR doit alors être consultée a posteriori. À cet égard, il convient de mentionner que la SPR n'est pas compétente seulement dans les cas où les tarifs augmentent, mais également quand ils sont maintenus ou abaissés, étant donné qu'un abus de prix est aussi envisageable lorsqu'un prix n'est pas abaissé ou que la réduction est insuffisante. Les autorités compétentes doivent donc généralement aussi soumettre pour avis à la SPR les décisions envisagées sur le maintien ou la baisse de prix.

Lorsque, sur la base d'un examen selon l'art. 14 LSPR, la SPR arrive à la conclusion qu'un tarif hospitalier est trop élevé, elle adresse à l'autorité compétente une recommandation, qui peut aller dans le sens d'une renonciation à l'augmentation prévue du tarif examiné ou de l'abaissement d'un prix maintenu abusivement. Dans tous les cas, l'autorité (généralement le gouvernement cantonal) doit tenir compte de la recommandation de la SPR dans sa décision. Si elle ne la suit pas, elle doit motiver son choix. Les tarifs fixés par les gouvernements cantonaux en application de l'art. 47 LAMal peuvent être contestés par les assureurs-maladie et/ou les hôpitaux en déposant un recours auprès du TAF. Dès lors que la SPR a émis une recommandation concernant un tarif dans la procédure de première instance, elle est aussi invitée, en qualité de service spécialisé, à présenter son point de vue dans la procédure de recours contre ce tarif. Les avis qu'elle a exposés jusqu'ici dans ce cadre ont été largement soutenus par l'autorité de recours. Les décisions de celle-ci concernant les tarifs hospitaliers déterminent toujours la pratique future en matière de calcul des tarifs, car elles tranchent nombre de questions litigieuses découlant de l'interprétation de la loi. Lorsqu'elle formule des recommandations à l'intention de la première instance décisionnelle (généralement le gouvernement cantonal), la SPR tient toujours compte des derniers arrêts rendus par le TAF sur la question de la définition des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires, de sorte qu'elle contribue à l'application concrète de la jurisprudence relative à la LAMal.

2.1 Éléments d'appréciation mentionnés dans la LSPR

L'examen proprement dit des tarifs, qui vise à déterminer s'il y a abus de prix, s'appuie sur les éléments d'appréciation énumérés à l'art. 13 LSPR. La liste qui y figure n'est pas exhaustive et

n'impose pas une méthode d'appréciation unique. Les éléments cités à prendre en compte dans le cas particulier des tarifs hospitaliers relevant de l'assurance de base – et dont il sera exclusivement question par la suite – sont les suivants :

- l'évolution des prix sur des marchés comparables ;
- l'évolution des coûts par rapport au prix socle.

Compte tenu de ces éléments d'appréciation, deux méthodes sont envisageables pour examiner les tarifs hospitaliers applicables aux patients couverts seulement par l'assurance de base, à savoir la méthode des coûts et la méthode comparative⁵.

La méthode des coûts consiste à décomposer un tarif hospitalier donné en ses différents éléments de calcul et à analyser ces éléments. L'augmentation d'un prix qui ne peut s'expliquer par une hausse proportionnelle des coûts de ces éléments est alors présumée abusive. De même, le maintien d'un prix est jugé abusif si le prix en question n'est pas réduit en dépit de la baisse des coûts pertinents.

En réalité, puisque la concurrence ne garantit aux entreprises ni de couvrir leurs coûts ni de dégager des bénéfices, la méthode des coûts ne devrait pas jouer un rôle prépondérant dans le cadre d'une surveillance des prix axée sur la politique de la concurrence. Or, comme il n'y a souvent pas de prix comparables résultant d'une situation de concurrence dans le cas particulier des tarifs administrés par l'État dans le domaine de la santé, il n'est pas possible de se passer de la méthode des coûts. Celle-ci n'est toutefois pas la seule utilisée pour examiner des prix administrés par l'État. Dans l'examen des coûts, il faut toujours se demander si les coûts invoqués seraient aussi induits en situation de concurrence et pourraient être répercutés sur les prix. Autrement dit, il faut toujours prendre en considération la question de l'économicité et de l'efficacité pour s'assurer, entre autres, que les coûts liés aux surcapacités ne sont pas répercutés sur les tarifs⁶.

Aussi, dans un deuxième temps, les coûts ou les prix invoqués doivent-ils être confrontés, au moyen de la méthode comparative, avec les coûts ou les prix en vigueur sur un marché qui existe réellement et qui soit comparable du point de vue matériel, géographique ou temporel. Idéalement, il devrait s'agir ici de coûts ou de prix qui sont la conséquence d'une concurrence efficace. Comme il n'est pas rare, en réalité, que les marchés comparables qui entrent en ligne de compte dans le domaine hospitalier soient eux aussi organisés ou administrés de façon cartellaire ou monopolistique, la SPR simule la concurrence en effectuant un benchmarking.

⁵ Cf. Lanz R., 2007, « Die wettbewerbspolitische Preisüberwachung », dans : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, vol. VI : Cottier Th. et Oesch M. (éd.), *Allgemeines Aussenwirtschafts- und Binnenmarktrecht*, p. 809 ss. (méthodes et éléments pour déterminer s'il y a abus de prix).

⁶ Cf. Lanz R., *ibid.*

2.2 Éléments d'appréciation mentionnés dans la LAMal

Selon l'art. 14, al. 3, LSPr, la SPR doit tenir compte, dans ses examens, des dispositions des lois spéciales applicables. En ce qui concerne les tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires, il s'agit surtout des art. 43, 49 et 49a LAMal, de l'ordonnance du 3 juillet 2002 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 (OCP) et de la jurisprudence de l'instance de recours. Les règles de calcul applicables aux forfaits hospitaliers stationnaires se fondent sur l'art. 49 LAMal, les dispositions de l'OCP et la jurisprudence pertinente. Les art. 32, al. 1, 43, al. 6, 46, al. 4, et 49, al. 1, 5^e phrase, LAMal constituent la base légale de l'examen de l'économicité des forfaits hospitaliers calculés selon les principes de la gestion d'entreprise (ci-après désigné « principe d'économicité de la LAMal »).

3 Facturation des prestations hospitalières selon SwissDRG

Depuis l'introduction du nouveau régime de financement hospitalier, en 2012, les prestations de soins aigus stationnaires fournies dans les hôpitaux suisses sont facturées sur la base de forfaits par cas. Ce système de facturation se caractérise par une rémunération liée aux prestations qui se fonde sur une structure tarifaire harmonisée au niveau national. La mise en place de SwissDRG vise à renforcer la concurrence entre les hôpitaux, à accroître l'efficacité et la transparence, et à améliorer la qualité des prestations.

Le système SwissDRG repose sur un système de classification des patients qui regroupe les patients selon différents critères (tels que le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les procédures et d'autres facteurs comme l'âge ou le sexe). Un groupe de cas liés au diagnostic (*diagnosis related group*, DRG) est par définition un groupe réunissant des cas homogènes du point de vue des coûts. Autrement dit, les divers DRG se distinguent les uns des autres par des frais de traitement différents.

Sur la base de la classification des patients mentionnée ci-dessus, on calcule les coûts relatifs (*cost-weights*) de chaque groupe de cas (degré de sévérité d'un DRG), ce qui permet de dégager la structure tarifaire. Les coûts relatifs correspondent au coût moyen d'un DRG rapportée au coût moyen de l'ensemble des DRGs. Ils sont calculés en utilisant les données des hôpitaux de réseau⁷ sur les coûts et les prestations des cas « normaux » (*inliers*). Les cas *inliers* désignent les cas d'un DRG dont la durée de séjour n'est ni plus courte qu'une limite inférieure donnée ni plus longue qu'une limite supérieure donnée. Les cas pour lesquels la durée de séjour est plus courte sont appelés « *low-outliers* » ceux dont la durée de séjour est plus

⁷ Les hôpitaux de réseau sont les établissements qui fournissent à SwissDRG SA les données servant au calcul des coûts relatifs.

longue, « *high-outliers* ». Pour pouvoir refléter l'utilisation effective des ressources, des déductions par rapport au coût relatif applicable aux *inliers* sont prévues pour les *low-outliers* et des suppléments pour les *high-outliers*. Idéalement, les corrections effectuées pour les courts séjours et les longs séjours devraient s'équilibrer, car la rémunération selon SwissDRG est fonction du coût moyen d'un DRG. Le système SwissDRG prend aussi en compte des traitements complexes nécessitant des médicaments, implants et procédures particulièrement onéreux ; comme la structure tarifaire ne peut prendre toute la mesure de la complexité de ces traitements, une rémunération supplémentaire est prévue.

Les coûts relatifs des DRG sont recalculés chaque année. Le tableau ci-après indique la relation entre la collecte des données et la version du tarif utilisée pour la facturation :

| | | | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Collecte des données | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Bases de données | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Version du tarif | 1.0 | 2.0 | 3.0 | 4.0 | 5.0 | 6.0 | 7.0 |
| Année de facturation | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |

Tableau 1 : Collecte des données et versions du tarif selon SwissDRG.

Pour l'année de facturation 2016, les données déterminantes sont celles de 2013, qui ont été collectées en 2014. La version correspondante du tarif est la version 5.0. Les coûts relatifs des différents DRGs, y compris les déductions et les suppléments pour les cas *outliers*, peuvent être consultés dans le catalogue des forfaits par cas⁸.

Outre les coûts relatifs, le *baserate* est le second paramètre utilisé pour calculer les forfaits par cas en vue de la facturation des traitements aigus stationnaires. Le *baserate* ne fait pas partie de la structure tarifaire (qui mesure les coûts relatifs entre les prestations), mais représente pour ainsi dire la « valeur du point » (niveau absolu des prix) et fait l'objet d'une négociation entre les partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs-maladie) sur la base des coûts d'exploitation d'un hôpital. Il correspond au montant auquel est facturé, selon un système DRG, un cas ayant le coût relatif de 1. Comme le *baserate* est une valeur normée (caractérisée par un degré de sévérité 1), il est possible de comparer les *baserates* de différents hôpitaux. Alors que les coûts relatifs se rapportent aux groupes de cas (environ 1000) de la structure tarifaire SwissDRG, le *baserate* est défini pour l'ensemble d'un hôpital. La rémunération d'un

⁸ Ce catalogue peut être consulté à l'adresse suivante : www.swissdrg.org/fr/index.asp?navid=0.

cas concret résulte, en fin de compte, de la multiplication du *baserate* de l'hôpital par le coût relatif du DRG correspondant au traitement administré au patient.

Dans le cadre du processus de recommandation fondé sur l'art. 14 LSPr, la SPR vérifie les *baserates* des hôpitaux. Le chapitre suivant donne des explications plus détaillées sur le calcul et l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires (*baserates*).

4 Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires

En vertu des arts. 49 et 49a LAMal, les *baserates* sont contrôlés en deux étapes. La première étape consiste à calculer les charges d'exploitation⁹ pertinentes pour le benchmarking et les *baserates*¹⁰ pertinents pour le benchmarking du plus grand nombre d'hôpitaux possible, en s'appuyant sur les données relatives aux coûts et aux prestations propres à chaque hôpital et en respectant les dispositions légales et la jurisprudence en la matière. La seconde étape consiste à effectuer un benchmarking à partir des *baserates* obtenus lors de la première étape. Il en résulte un *baserate* de référence, dont les hôpitaux doivent tenir compte (cf. notamment les arrêts de principe concernant les *baserates* 2012 contestés dans les cantons de Lucerne, de Zurich et de Glaris [procédures C-1698/2013, C-2283/2013, C-3617/2013 et C-3425/2013], qui peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.tribunal-administratif.ch).

4.1 Calcul des coûts

La présente section indique d'abord les données sur lesquelles se fonde la SPR pour examiner les coûts. Elle détaille ensuite comment la SPR calcule les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking, dont dérivent les *baserates* pertinents pour le benchmarking.

4.1.1 Données sur les coûts et les prestations

Les données utilisées pour calculer les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking sont généralement tirées du *modèle ITAR_K*¹¹, qui se base sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation selon REKOLE¹². Les données sur les coûts sont présentées séparément dans des colonnes (unités finales d'imputation) pour chaque système tarifaire. Un système tarifaire se différencie par diverses caractéristiques des patients ; on distingue par exemple entre les patients de l'assurance-accidents et ceux de l'assurance-maladie, entre les

⁹ Les charges d'exploitation sont calculées pour chaque hôpital sur la base des coûts propres (cf. tableau 2 ci-après).

¹⁰ On obtient les *baserates* en divisant les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking par les coûts relatifs de l'ensemble de l'hôpital (cf. tableau 2 ci-après).

¹¹ « ITAR_K » signifie « tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation ».

¹² Le manuel REKOLE (révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations) décrit la comptabilité d'exploitation des hôpitaux.

patients avec assurance de base et ceux avec assurance complémentaire, entre les différents domaines hospitaliers (secteur des soins aigus stationnaires, réadaptation hospitalière, psychiatrie intra-muros, secteur ambulatoire, etc.).

Pour calculer les tarifs hospitaliers des soins stationnaires aigus à la charge de l'assurance de base, deux colonnes du modèle ITAR_K sont déterminantes : les colonnes « cas LAMal hospitaliers aigus au sens strict » (ci-après : « LAMal ») et « tarif hospitalier aigu LAMal assurance complémentaire » (ci-après : « LAMal AC »). La colonne « LAMal » indique les coûts induits par les patients avec assurance de base uniquement. La colonne « LAMal AC » fait état des coûts liés aux patients avec assurance complémentaire ; les coûts figurant dans cette colonne comportent donc une part afférente à l'assurance de base et une part afférente à l'assurance complémentaire. Tant la colonne « LAMal » que la colonne « LAMal AC » entrent dans le calcul des coûts pertinents pour le benchmarking, car toutes deux contiennent des coûts pris en charge par l'assurance de base. Il convient de retrancher la part des coûts couverts par l'assurance complémentaire, puisque ces coûts ne sont pas financés par les *baserates* LAMal¹³.

En plus du modèle ITAR_K, la SPR collecte séparément encore d'autres données sur les coûts et les prestations. Pour ce faire, elle a créé un classeur Excel intitulé « Données requises par la SPR » que les hôpitaux remplissent et lui envoient avec le modèle ITAR_K. Ce classeur Excel permet à la SPR d'obtenir les données sur les prestations dont elle a besoin pour le calcul, telles que le nombre de lits exploités, le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de sorties ou le *case mix* d'un hôpital. Il comprend également d'autres grandeurs, comme les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche, ceux liés aux surcapacités, ceux des autres prestations d'intérêt général ou les produits des prestations facturées indépendamment du *baserate* SwissDRG (DRG non évalués, rémunérations supplémentaires).

La section ci-après indique comment sont calculées, à l'aide du modèle ITAR_K, les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking et les *baserates* pertinents pour le benchmarking qui en découlent.

¹³ La section 4.1.2 explique comment s'effectue la soustraction des coûts pris en charge par l'assurance complémentaire.

4.1.2 Calcul du *baserate* pertinent pour le benchmarking

Le calcul du *baserate* pertinent pour le benchmarking compte plusieurs étapes, qui sont résumées dans le tableau ci-dessous :

| |
|---|
| Total des coûts, selon la comptabilité d'exploitation, des colonnes « LAMal » et « LAMal AC » |
| - Déductions |
| <ul style="list-style-type: none"> • Coûts des autres prestations d'intérêt général • Charges financières (selon le compte 46) ; valeur indiquée • Produits portés en diminution des coûts, marge comprise (selon le compte 65) • Honoraires des médecins des patients avec assurance complémentaire • Produits de prestations facturées indépendamment du <i>baserate</i> |
| + Suppléments |
| <ul style="list-style-type: none"> • Produits non portés en diminution des coûts (selon le compte 66 ; à condition qu'ils soient déduits à titre de diminution des coûts dans la comptabilité par centre de charges) • Coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche (s'ils sont indiqués pour l'ensemble de l'hôpital par le biais d'une unité finale d'imputation propre) |
| <u>Autres déductions et/ou suppléments spécifiques à l'hôpital (le cas échéant)</u> |
| = Coûts d'exploitation (nets 1) |
| - Coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche |
| = Coûts d'exploitation (nets 2) |
| - Coûts liés aux surcapacités et aux patients avec assurance complémentaire |
| = Coûts d'exploitation (nets 3) |
| + Intérêts sur les actifs circulants ; valeur normative |
| = Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking |
| ÷ Coûts relatifs et supplément de renchérissement |
| = <i>Baserate</i> pertinent pour le benchmarking |

Tableau 2 : Calcul effectué par la SPR pour obtenir le *baserate* pertinent pour le benchmarking.

Les paragraphes qui suivent détaillent les différentes étapes du calcul du *baserate* pertinent pour le benchmarking.

Coûts d'exploitation (nets 1)

Le total des coûts, selon la comptabilité d'exploitation, des colonnes « LAMal » et « LAMal AC » constitue le point de départ du calcul. Sur la base de ces coûts, il faut d'abord effectuer quelques corrections pour obtenir les coûts d'exploitation (nets 1).

En vertu de l'art. 49, al. 3, LAMal, les coûts des prestations d'intérêt général doivent être retranchés. Outre les coûts cités explicitement à l'art. 49, al. 3, LAMal, à savoir ceux liés au maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche, les *coûts des autres prestations d'intérêt général* doivent aussi être soustraits¹⁴. En outre, d'autres positions doivent être déduites pour éviter un double financement : il s'agit, d'une part, des *produits, marges comprises, du compte 65* et, d'autre part, des *produits de prestations facturées indépendamment du baserate*. Alors que les produits du compte 65 découlent de prestations payées par les patients eux-mêmes (achats au restaurant de l'hôpital, p. ex.), il faut également déduire les produits de prestations financées par une rémunération supplémentaire et non par le *baserate*. De même, les *honoraires des médecins des patients avec assurance complémentaire* doivent être ôtés, puisqu'ils ne sont pas couverts par l'assurance de base. Enfin, il convient de retrancher les *charges financières du compte 46*, à savoir les intérêts sur les actifs circulants. Cette dernière opération vise à éviter que les charges financières soient comptabilisées deux fois dans le calcul, étant donné qu'elles sont remplacées par une valeur normative dans la suite du calcul. Le montant à soustraire doit être déterminé en proportion des colonnes « LAMal » et « LAMal AC », vu que les charges financières indiquées se rapportent à l'ensemble de l'hôpital¹⁵.

Pour obtenir les coûts d'exploitation (nets 1), il faut additionner les *produits du compte 66 non portés en diminution des coûts*, car ils sont généralement déduits à titre de diminution des coûts dans la comptabilité par centre de charges¹⁶. Il convient aussi d'ajouter une part des *coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche*, s'ils figurent pour l'ensemble de l'hôpital par le biais d'une unité finale d'imputation (colonne) propre¹⁷. Si cette correction n'était pas effectuée, les colonnes « LAMal » et « LAMal AC » ne contiendraient pas de coûts correspondants à soustraire dans la suite du calcul.

Par ailleurs, d'*autres déductions et/ou suppléments spécifiques à l'hôpital* peuvent être intégrés au calcul, pour autant qu'ils puissent être attestés.

En effectuant les opérations susmentionnées, on obtient les **coûts d'exploitation (nets 1)**.

¹⁴ Les coûts des autres prestations d'intérêt général ne sont pas clairement définis dans la loi, ce qui peut donner lieu à des inexactitudes dans la déclaration de ces coûts.

¹⁵ Pour ce faire, les coûts des colonnes « LAMal » et « LAMal AC » sont rapportés aux coûts totaux de l'hôpital. Le chiffre obtenu est ensuite multiplié par les charges financières de l'ensemble de l'hôpital.

¹⁶ Cf. « Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation : explications concernant l'utilisation du relevé de données d'ITAR_K », version 6.0, janvier 2016, p. 12 s.

¹⁷ Le calcul de cette part est similaire à celui des charges financières (cf. note 15).

Coûts d'exploitation (nets 2)

Comme indiqué plus haut, les coûts effectifs de l'enseignement universitaire et de la recherche doivent être soustraits, car ils ne font pas partie des coûts imputables en vertu de la LAMal. Si l'hôpital n'est pas parvenu, pour une raison ou pour une autre, à calculer ces coûts ou que la valeur indiquée semble invraisemblable, on déduit une valeur normative. Celle-ci s'élève à 23 % des coûts d'exploitation (nets 1) dans le cas des hôpitaux universitaires ; pour les hôpitaux non universitaires, elle dépend de la taille de l'hôpital, mesurée par le nombre de lits : la valeur est de 0,8 % pour les hôpitaux ayant 1 à 74 lits, de 1,5 % pour les hôpitaux ayant 75 à 124 lits et de 3,5 % pour les hôpitaux ayant au moins 125 lits. Ces pourcentages sont ensuite appliqués aux frais de personnel proportionnels (comptes 30 à 39 à l'exclusion du compte 38) du domaine de l'assurance-maladie pour pouvoir finalement déterminer la valeur normative¹⁸.

En déduisant des coûts d'exploitation (nets 1) les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche, on obtient les **coûts d'exploitation (nets 2)**.

Coûts d'exploitation (nets 3)

Selon la LAMal, il faut également retrancher les coûts liés aux *surcapacités maintenues délibérément ou pour des raisons de politique régionale*¹⁹, comme indiqué plus haut. L'existence d'une surcapacité dans un hôpital dépend du taux moyen d'occupation des lits²⁰. Le seuil normatif d'occupation est de 85 % dans les hôpitaux qui ont un service d'urgence et de 90 % dans les autres hôpitaux. Il y a surcapacité lorsque le taux moyen d'occupation des lits est inférieur au pourcentage indiqué ; les coûts qui s'y rapportent doivent alors être soustraits. Comme les hôpitaux font très rarement état des coûts effectifs induits par les surcapacités, un taux de déduction normatif est calculé pour déterminer le montant des coûts à déduire. Le taux de déduction pour surcapacités, qui est fonction de la part des coûts fixes des hôpitaux, est calculé à l'aide d'une formule qui établit la part des coûts fixes à 80 %. Plus le taux moyen d'occupation des lits s'écarte du seuil normatif d'occupation, plus le taux de déduction est élevé²¹. Enfin, on obtient les coûts non imputables liés aux surcapacités en multipliant le taux de déduction par les coûts d'exploitation (nets 2).

¹⁸ Avant l'introduction du régime actuel de financement hospitalier, en 2012, on déduisait des frais de personnel, selon la pratique du Conseil fédéral, 25 % des coûts d'exploitation (nets 1) des hôpitaux universitaires et 1 % (1 à 74 lits), 2 % (75 à 124 lits) ou 5 % (125 lits et plus) des hôpitaux non universitaires. Les taux actuels sont plus bas parce que seuls les coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires sont à soustraire, et non plus l'ensemble des coûts de l'enseignement et de la recherche.

¹⁹ Cf. arrêt du TAF C-2283/2013 et C-3617/2013 du 11 septembre 2014 consid. 4.9.6.

²⁰ Le taux d'occupation des lits peut être calculé au moyen de la formule suivante, sur la base des données relatives aux prestations de l'hôpital :

$$\text{taux d'occupation des lits} = \text{nombre de jours d'hospitalisation} \div ([\text{nombre de lits exploités} \times 365] \times 100).$$

²¹ Le taux de déduction est calculé au moyen de la formule suivante :

$$\text{taux de déduction} = 80 \% - ([80 \% \times \text{taux moyen d'occupation des lits}] \div \text{seuil normatif d'occupation}).$$

Avant d'arriver aux coûts d'exploitation (nets 3), on doit d'abord effectuer une *déduction pour patients avec assurance complémentaire*, car ces patients occasionnent des coûts supplémentaires visés à la colonne « LAMal AC ». Là aussi, le calcul se fonde sur une approche normative, vu que les coûts pris en charge par l'assurance complémentaire ne sont pas comptabilisés séparément. Le taux de déduction dépend de la part des patients avec assurance complémentaire, mesurée par le nombre de jours d'hospitalisation de ces patients rapporté au nombre de jours d'hospitalisation de l'ensemble des patients (assurance de base et assurance complémentaire). Si la part des patients avec assurance complémentaire est inférieure à 10 %, aucune déduction n'est opérée ; si elle se situe entre 10 et 20 %, le taux de déduction est de 1 % ; si elle est supérieure à 20 %, on applique un taux de déduction de 2 %. On obtient le montant à déduire en multipliant le taux de déduction applicable à l'hôpital considéré par les coûts d'exploitation (nets 2).

Après avoir corrigé les coûts liés aux surcapacités et déduits les coûts pris en charge par l'assurance complémentaire, on obtient les **coûts d'exploitation (nets 3)**.

Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking

Pour calculer les coûts d'exploitation (nets 1), on a déduit les charges financières indiquées sur les actifs courants. Pour obtenir les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking, on additionne à nouveau les charges d'intérêts au moyen d'une valeur normative, obtenue à partir du rendement annuel moyen des obligations de la Confédération ayant une échéance de 10 ans et un délai de paiement de 40 jours²². Ce calcul doit toujours être effectué sur la base du taux d'intérêt annuel actuel, qui figure sur le site internet de la Banque nationale suisse²³.

Baserate pertinent pour le benchmarking

Comme indiqué au chapitre 3, le *baserate* correspond au montant en francs qui rémunère un cas ayant le degré de sévérité 1. Les charges d'exploitation de l'hôpital qui sont pertinentes pour le benchmarking doivent donc être divisées par le *case mix net*²⁴.

À la fin du calcul, il convient d'effectuer une dernière correction pour tenir compte de l'inflation. Le *baserate* de l'année t (t = année tarifaire) repose sur les coûts effectifs de l'année $t-2$. Pour que l'inflation de l'année $t-1$ soit prise en compte dans le *baserate* de l'année t , on additionne

²² Les intérêts sont calculés au moyen de la formule suivante :
charges d'intérêts = (rendement annuel moyen des obligations de la Confédération à 10 ans × 40) ÷ 365.

²³ www.snb.ch/fr

²⁴ Le *case mix net* correspond au degré de sévérité effectif des traitements administrés dans un hôpital aux patients de l'assurance-maladie. En le divisant par le nombre de cas, on obtient l'indice du *case mix* (ICM), autrement dit le degré de sévérité moyen des cas.

le montant correspondant. Le renchérissement correspond à la moyenne pondérée des variations de l'indice des prix à la consommation (IPC) et de l'indice des salaires nominaux (ISN) par rapport aux valeurs de l'année $t-1$. La pondération s'effectue comme suit : 30 % pour les frais de matériel et 70 % pour les frais de personnel²⁵.

On obtient ainsi le ***baserate pertinent pour le benchmarking***.

4.2 Examen de l'économicité

Comme indiqué en introduction du chapitre 4, il convient de procéder, dans une seconde étape, à un benchmarking fondé sur les *baserates* pertinents pour le benchmarking du plus grand nombre d'hôpitaux possible. La présente section décrit les exigences posées au benchmarking dans la jurisprudence. Elle indique en outre les bases théoriques en la matière et détaille la mise en œuvre pratique de la SPR.

4.2.1 Jurisprudence

Dans ses décisions concernant les cas zurichoïses et glaronnais en particulier, le TAF a débattu du benchmarking idéal (cf. les arrêts C-2283/2013, C-3617/2013 et C-3425/2013 précités). Les neuf critères suivants doivent notamment être pris en considération :

1. le benchmarking devrait, en principe, inclure tous les hôpitaux de soins somatiques aigus de Suisse, y compris les établissements inefficients ;
2. le benchmarking doit être représentatif ;
3. dans le système des forfaits par cas (système DRG), les hôpitaux ne doivent plus être catégorisés pour le benchmarking ; des exceptions pouvaient être admises durant une période transitoire²⁶ ;
4. le benchmarking devrait porter sur les coûts et non sur les tarifs (à l'exception du benchmarking des tarifs) ;

²⁵ Le renchérissement est calculé au moyen de la formule suivante :
$$\text{renchérissement}_{t-1} = 0,3 \times \Delta \text{IPC}_{t-1} + 0,7 \times \Delta \text{ISN}_{t-1}$$

²⁶ La situation spécifique d'un fournisseur de prestations ne doit être prise en considération que dans des cas exceptionnels dûment motivés et à certaines conditions, qui nécessiteront de fixer ou de négocier des *baserates* adaptés par rapport à la valeur de référence (cf. arrêt de principe C-2283/2013 et C-3617/2013 concernant le cas zurichoïse consid. 6.8).

Il était pertinent, durant la phase d'introduction, d'effectuer un benchmarking distinct pour les hôpitaux universitaires. Quatre ans s'étant écoulés, nous considérons cette phase comme terminée. La version 5.0 des SwissDRG utilisée pour le calcul des cas 2016 présente, d'une part, une bonne représentativité des données, le R2 de 0,808 des cas *inliers* étant p. ex. déjà très élevé. D'autre part, elle comprend un nombre relativement élevé de rémunérations supplémentaires (58) pour des médicaments, implants et procédés particulièrement onéreux. Par conséquent, il est désormais possible, à partir de 2016, de n'effectuer plus qu'un seul benchmarking pour les hôpitaux universitaires, les hôpitaux non universitaires et les maisons de naissance. Les différences de coûts justifiées et les rémunérations supplémentaires sont prises en considération dans la structure tarifaire.

5. il est admis que les hôpitaux dont les coûts sont en-dessous de la valeur de référence (benchmark) réalisent des bénéfices du fait de leur efficience ;
6. la valeur de référence ou de comparaison nationale doit refléter le *baserate* des hôpitaux efficients ;
7. il existe plusieurs méthodes pour effectuer un benchmarking et déterminer une valeur de référence : selon les arrêts de principe relatifs aux cas zurichois et glaronnais, la méthode du centile constitue une procédure de benchmarking acceptable. Le centile à utiliser (p. ex. 10^e, 20^e, 40^e centile) pour définir la valeur de référence et la méthode déterminant les valeurs de base sous-jacentes au calcul du centile (nombre d'hôpitaux, nombre de cas, *case mix*) n'ont pas été fixés ;
8. la fixation d'une valeur de comparaison a pour conséquence que les hôpitaux inefficients ne parviennent pas à couvrir leurs coûts, ce qui les incite à s'améliorer ;
9. les partenaires tarifaires et les cantons disposent d'une marge de manœuvre lors de la négociation, de l'approbation et de la fixation du *baserate*.

Dans les observations du TAF, deux points, en particulier, méritent d'être relevés dans la perspective du benchmarking.

1. Le TAF confirme le changement de paradigme amorcé en 2012 dans le financement hospitalier en direction d'un *modèle incitatif*. Dans un tel modèle, ce ne sont plus les coûts LAMal réels d'un hôpital donné qui sont rémunérés, mais une valeur de référence (benchmark). Il est admis non seulement que les hôpitaux réalisent des bénéfices du fait de leur l'efficience, mais aussi que les coûts des établissements inefficients ne soient pas couverts. La valeur de référence s'apparente donc à un « *prix fixe* » ou à un « *prix plafond* »²⁷. Ainsi, le TAF reconnaît l'opportunité de l'intervention de l'État et, en particulier, d'une autorité de régulation. Cela exige en retour une grande transparence, afin que l'autorité de régulation puisse fixer le tarif de référence au niveau adéquat (soit, avant tout, à un niveau suffisamment bas).
2. La valeur de référence doit découler d'un *benchmarking national* qui englobe l'ensemble des hôpitaux, y compris les établissements inefficients. Ce sont là les conditions à remplir pour pouvoir *comparer les niveaux d'efficience*.

²⁷ Cette manière de procéder est aussi usitée à l'étranger pour réguler d'autres industries présentant des caractéristiques de monopole naturel (électricité, transport urbain, etc.).

La section suivante propose quelques rappels théoriques et conceptuels de la théorie de la régulation des monopoles naturels et de l'application de cette théorie au domaine de la régulation des hôpitaux. Elle met l'accent sur l'effet d'incitation de plusieurs modèles de régulation.

4.2.2 Bases théoriques

Les modèles de régulation modernes peuvent être classés selon les deux critères suivants²⁸ :

1. *transfert financier* : l'entreprise régulée obtient-elle un transfert financier²⁹ ?
2. *niveau d'incitation* : quel est le degré d'incitation à améliorer l'efficacité et à réduire les coûts ?

En principe, il existe trois régimes de régulation déployant des effets d'incitation différents.

Régimes de type « coût du service »

Dans les régimes de type « coût du service », l'entreprise régulée bénéficie du remboursement intégral de ses coûts. L'incitation à améliorer l'efficacité est très faible, étant donné que *le transfert a lieu indépendamment de la performance de l'entreprise* : si celle-ci travaille de manière peu efficace, elle ne supporte aucun risque financier, puisque ses coûts sont couverts quel que soit leur niveau ; si l'entreprise améliore sa productivité, elle ne peut réaliser aucun bénéfice, car, dans ce cas aussi, seuls les coûts effectifs sont intégralement remboursés.

Régimes de type « prix fixe »

Dans les régimes de prix fixe, c'est l'autorité qui détermine le niveau optimal des prix (= équilibre financier) indépendamment des coûts effectifs d'une entreprise donnée. Les entreprises régulées sont *fortement incitées à améliorer leur efficacité* : si les coûts dépassent le montant de la rémunération, c'est l'entreprise qui supporte les pertes, ce qui, de son point de vue, doit être évité ; en revanche, une entreprise suffisamment efficace qui parvient à abaisser les coûts en-dessous du montant payé peut conserver l'intégralité de la différence (les bénéfices). Ainsi, la responsabilité financière incombe à l'entreprise. Ces régimes impliquent toutefois que les entreprises les plus efficaces peuvent potentiellement conserver d'importants *bénéfices résultant de leur efficacité*.

Régimes de type « contrat incitatif »

Ces régimes de régulation se situent entre les régimes de type « coût du service » et ceux de type « prix fixe ». L'idée est non seulement que les entreprises soient incitées à accroître leur

²⁸ Laffont J.-J. et Tirole J., 2013 (v. o. 1993), *Théorie des incitations et réglementation*, Economica.

²⁹ Le critère du transfert financier est toujours rempli dans le cas présent, puisque, actuellement, les cantons et les assureurs-maladie participent au financement des coûts hospitaliers. Les règles du système de financement dual fixe s'appliquent aussi bien aux hôpitaux publics qu'aux établissements privés.

efficience, mais encore qu'elles partagent le risque financier avec l'autorité. Les deux parties encaissent les bénéfices éventuels ou, dans le cas contraire, subissent les pertes. La définition et la mise en place de ce type de régime sont au cœur de la nouvelle économie de la régulation³⁰. *Ce régime permet de créer une forte incitation à réduire les coûts tout en garantissant que les bénéfices résultant de l'efficience profitent (également) à la collectivité.*

Le tableau ci-dessous résume les trois régimes de régulation sous l'angle de l'incitation à réduire les coûts et des bénéfices que les fournisseurs de prestations réalisent du fait de leur efficience et peuvent conserver :

| Régime de régulation | Incitation à réduire les coûts | Bénéfices liés à l'efficience pouvant être conservés |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| Prix fixe | Très forte | Élevés |
| Contrat d'incitatif | Forte | Limités |
| Coût du service | Aucune | Aucun |

Tableau 3 : Classification des régimes de régulation.

Le passage d'un modèle de type « coût du service » à un modèle incitatif de type « prix fixe » ou « contrat d'incitatif » vise à créer des incitations à une fourniture plus efficiente des services. Il permet en particulier d'éliminer les coûts macroéconomiques liés aux inefficiences du régime du premier type. La persistance d'inefficiences tient à l'*asymétrie d'information* : contrairement à l'entreprise régulée, le régulateur n'a pas connaissance des efforts consentis par un établissement donné pour baisser les coûts. Si le régulateur connaissait le potentiel d'efficience, il en tiendrait compte dans le calcul qu'il effectue dans le processus décisionnel et ne cofinancerait plus que les solutions optimales³¹.

Pour trouver des solutions optimales sur des marchés régulés, il faut simuler une situation de concurrence, ce qui permet de comparer les niveaux d'efficience. Pour ce faire, on utilise ce que la littérature économique connaît sous le nom de « concurrence par comparaison » (*yardstick competition*). Le mécanisme sous-jacent est le suivant : le prix optimal n'est pas fonction des coûts spécifiques d'une entreprise, mais de ceux d'entreprises régulées comparables. Le prix ainsi obtenu sert de valeur de référence (benchmark) et permet mesurer l'efficience des entreprises. Dans la littérature scientifique, nombre d'auteurs citent un système DRG de rémunération des prestations hospitalières tel que le connaît la Suisse comme exemple concret de simulation des conditions de concurrence au moyen d'une valeur de référence (concurrence

³⁰ Gagnepain Ph., 2001, « La nouvelle théorie de la régulation des monopoles naturels : fondements et tests », *Revue française d'économie*, vol. 15, n° 4, pp. 55-110.

³¹ Ce type de situation est étudié par la théorie des mandats (ou théorie de l'agence), selon laquelle le mandataire en sait généralement plus que le mandant.

par comparaison) en vue de comparer les niveaux d'efficacité. Comme nous l'avons expliqué au chapitre 3, les *baserates* sont des valeurs normées (pour un coût relatif 1) qui permettent d'effectuer des comparaisons entre les hôpitaux. Ainsi, les conditions sont réunies pour calculer une valeur de référence qui repose, comme le demande le TAF, sur un benchmarking national³².

En pratique, les systèmes de forfaits par cas mis en place dans divers pays d'Europe ont des modalités différentes en ce qui concerne le montant de la rémunération, ce qui a des conséquences sur les efforts consentis par les hôpitaux pour accroître leur efficacité. La Pologne fait figure d'exemple : comme il n'y a qu'un seul *baserate*, les hôpitaux ont tout intérêt à ce que leurs coûts soient inférieurs à cette valeur³³. En Finlande, au contraire, les hôpitaux sont rémunérés en fonction d'un *bas rate* individuel, si bien qu'ils ne sont pas incités à abaisser leurs coûts en-deçà d'une valeur de référence déterminée³⁴.

La section qui suit décrit le benchmarking effectué par la SPR, qui repose sur les observations du TAF et les bases théoriques susmentionnées.

4.2.3 Mise en œuvre pratique : modalités du benchmarking de la SPR

Dans son arrêt du 29 janvier 2015 relatif au *baserate* 2012 de l'hôpital cantonal de Glaris, le TAF a souligné l'impact considérable du choix de la méthode sur le résultat du benchmarking et a conclu que le Conseil fédéral devait arrêter des directives contraignantes concernant la méthode à utiliser pour calculer la valeur de référence (arrêt C-3425/2013 du 20 avril 2015 consid. 4.3.1 à 4.4.6). Les observations et les calculs qu'il a effectués dans cet arrêt se fondent sur les *baserates* obtenus par Tarifsuisse à partir des données de 2010 sur les coûts et les prestations de 74 hôpitaux³⁵.

S'agissant des observations et des calculs du TAF concernant les méthodes de calcul dans l'affaire du *baserate* 2012 contesté de l'hôpital cantonal de Glaris, il convient de relever que si la valeur de référence nationale est calculée selon les méthodes du « nombre de cas » (méthode de calcul 2 ; cf. annexe 1) ou du « *case mix* » (méthode de calcul 3 ; cf. annexe 1), la *taille* des hôpitaux considérés dans l'établissement du benchmarking (mesurée par le nombre de cas ou le *case mix* par hôpital, deux valeurs fortement corrélées) peut avoir une

³² Shleifer A., 1985, « A theory of yardstick competition », *Rand Journal of Economics*, vol. 16, n° 3, pp. 319-327.

³³ Cots F., Chiarello P., Salvador X., Castells X. et Quentin W., 2011, « DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences », in : Busse R., Geissler A., Quentin W. et Wiley M., *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, McGraw Hill Press, pp. 75-92.

³⁴ Street A., O'Reilly J., Ward P. et Mason A., 2011, « DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges », in : Busse R., Geissler A., Quentin W. et Wiley M., *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, McGraw Hill Press, pp. 93-114.

³⁵ Une description des différentes méthodes de calcul (1 à 3) et les valeurs calculées par Tarifsuisse figurent à l'annexe 1.

importance potentiellement significative, dans la mesure où elle influence la valeur de référence obtenue, notamment si le benchmarking inclut un nombre relativement élevé d'hôpitaux chers et de grande taille. Une telle situation n'est pas souhaitable. Il faut plutôt partir du principe que l'efficacité économique d'un hôpital dépend essentiellement des décisions de gestion prises par la direction, et qu'elle n'est donc fonction ni du nombre de cas traités ni du *case mix*. Il est dès lors plus judicieux de pondérer tous les hôpitaux de la même manière dans le calcul du benchmarking (selon la méthode de calcul 1 ou méthode du « nombre d'hôpitaux » ; cf. annexe 1), ce qui est d'ailleurs en phase avec l'objectif du nouveau système de financement hospitalier, qui est d'améliorer l'efficacité de *chaque hôpital*. Effectuer un benchmarking en fonction d'un centile du nombre (total) de patients ou du *case mix* total revient à atténuer l'importance des décisions prises par la direction d'un hôpital en matière d'efficacité et à réduire le montant du *baserate* de cet établissement, et donc à limiter l'effet d'incitation produit par le benchmarking sur les hôpitaux (l'objectif étant de les pousser à améliorer leur efficacité).

Le benchmarking de la SPR doit donc **considérer les hôpitaux comme des unités de décision équivalentes**, raison pour laquelle la *valeur de comparaison ou de référence nationale* doit être calculée en utilisant la **méthode du « nombre d'hôpitaux »**³⁶.

La méthode servant à déterminer la valeur de référence nationale est détaillée ci-après et illustrée par le benchmarking de l'année tarifaire 2016³⁷.

Pour calculer le baserate pertinent pour le benchmarking 2016 de chaque établissement, la SPR a utilisé les données sur les coûts et les prestations issues de la statistique des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La procédure présentée ici diffère de la méthode idéale de calcul des *baserates* pertinents pour le benchmarking décrite à la section 4.1, qui se base sur le modèle ITAR_K. Il convient de relever à cet égard qu'à l'heure actuelle la SPR ne dispose pas des données ITAR_K de tous les hôpitaux suisses, de sorte qu'elle ne peut pas effectuer, sur la base de ces données, un benchmarking représentatif incluant le plus grand nombre d'hôpitaux possible, comme le demande le TAF. Pour le benchmarking 2016, la SPR, qui a utilisé les données individuelles des hôpitaux sur les coûts et les prestations, a néanmoins opté pour la solution qui permet le mieux de satisfaire les exigences du TAF concernant le calcul à effectuer pour obtenir une valeur de référence représentative.

³⁶ Cf. annexe 1.

³⁷ Pour évaluer les tarifs des années 2012 à 2015, la SPR s'appuie sur la valeur de référence 2015 (9592 francs), qui, comme la valeur de référence 2016, a été calculée sur la base des données de l'OFS sur les coûts et les prestations (de 141 hôpitaux).

Pour calculer le *base rate* pertinent pour le benchmarking 2016, la SPR a procédé comme suit :

| Calcul | Source des données et remarques |
|---|--|
| Coûts totaux des cas administratifs, traitements de type stationnaire (y c. charges d'utilisation des immobilisations) | KS 2014 : KS_Kostenträgerrechnung (comptabilité analytique des charges) |
| - Intérêts (part ³⁸) | KS 2014 : KS_Finanzbuchhaltung (comptabilité financière) |
| - Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers (compte 68), traitements de type stationnaire | KS 2014 : KS_Erlösträgerrechnung (comptabilité analytique des revenus) |
| - Produits d'autres prestations aux patients (compte 65), traitements de type stationnaire | KS 2014 : KS_Erlösträgerrechnung (comptabilité analytique des revenus) |
| = Coûts d'exploitation I (nets I) | |
| - Coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires (part ³⁹) : → si indiqués, sinon déduction normative ⁴⁰ | KS 2014 : KS_Kostenträgerrechnung (comptabilité analytique des charges) et KS_Finanzbuchhaltung (comptabilité financière) pour les frais de personnel |
| = Coûts d'exploitation II (nets II) | |

³⁸ Les intérêts n'étant indiqués que pour l'ensemble de l'hôpital (et donc couvrant aussi le domaine ambulatoire et les soins de longue durée), la part du domaine stationnaire dans les charges d'intérêts est calculée au moyen de la formule suivante :

(coûts stationnaires totaux ÷ [coûts stationnaires totaux + coûts ambulatoires totaux + coûts totaux des hospitalisations de longue durée]) × intérêts.

On obtient ainsi les charges d'intérêts du domaine stationnaire. Cette manière de procéder est comparable au calcul effectué sur la base du modèle ITAR_K (cf. note 15).

³⁹ Comme pour les intérêts, les coûts totaux de l'enseignement et de la recherche universitaires ne sont indiqués que pour l'ensemble de l'hôpital. C'est pourquoi la part des coûts stationnaires dans les coûts totaux de l'ensemble de l'hôpital (domaine stationnaire + domaine ambulatoire + hospitalisations de longue durée) est multipliée par les coûts totaux de l'enseignement et de la recherche universitaires afin d'obtenir les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche pour le domaine stationnaire. Là encore, la manière de procéder est comparable au calcul effectué sur la base du modèle ITAR_K (cf. note 17).

⁴⁰ En 2014, seuls 63 hôpitaux ont indiqué des coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires; 97 n'en auraient donc aucun (dont de grands hôpitaux cantonaux comptant plusieurs centaines de lits), ce qui paraît peu probable. Nous avons repris tels quels les coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires de l'ensemble des hôpitaux qui en ont fait état (parmi lesquels tous les hôpitaux universitaires). Pour les 97 autres n'ayant rien indiqué, nous avons calculé la déduction normative comme au moyen de la formule suivante :

(frais de personnel des comptes 30 à 39 [part] - frais de personnel du compte 38 [part]) × 3,5 % ou 1,5 % ou 0,8 %.

Les données relatives aux frais de personnel proviennent de la KS 2014 (KS_Finanzbuchhaltung) et concernent l'hôpital dans son ensemble. La part du domaine stationnaire a été calculée par analogie avec celle des intérêts et des coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires (cf. notes 38 et 39).

Le pourcentage (3,5 % ou 1,5 % ou 0,8 %) utilisé dans la formule susmentionnée est fonction de la taille de l'hôpital, mesurée par le nombre de lits : la déduction est de 0,8 % pour les hôpitaux de 1 à 74 lits, de 1,5 % pour les hôpitaux de 75 à 124 lits et de 3,5 % pour les hôpitaux de 125 lits ou plus (cf. sect. 4.1.2).

| Calcul | Source des données et remarques |
|---|---|
| + Intérêts des obligations de la Confédération à 10 ans ⁴¹ | |
| + Renchérissement (2015 : 0 % ⁴²) | |
| = Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking | |
| ÷ Coûts relatifs nets | Indice du <i>case mix</i> (ICM) de l'OFS, version 3.0 (version de tarification) |
| = Baserate pertinent pour le benchmarking | |

Tableau 4 : Mode de calcul du baserate pertinent pour le benchmarking de chaque hôpital.

La SPR a par ailleurs vérifié, à l'aide de la formule suivante, si au moins 80 % des cas stationnaires sont des cas SwissDRG : $\frac{\text{coût relatif}}{\text{ICM} \times \text{nombre de cas}} \geq 0,8$.

Pour l'année tarifaire 2016, la SPR a ainsi pu se fonder sur les coûts d'exploitation et données relatives aux prestations 2014 *relevés et vérifiés par l'OFS* pour une grande majorité des établissements (160, dont des maisons de naissance et l'ensemble des hôpitaux universitaires) pour calculer un *baserate* pertinent pour le benchmarking qui soit solide. Ont été exclus, sur un total de 181 établissements, les hôpitaux dans lesquels les cas SwissDRG représentent moins de 80 % des cas stationnaires (car ils englobent aussi des cas psychiatriques et/ou des cas de réadaptation), ceux pour lesquels aucun ICM n'était indiqué, ceux qui n'ont pas communiqué les coûts totaux et ceux pour lesquels le calcul a donné une valeur non plausible⁴³. **Le benchmarking de la SPR pour l'année tarifaire 2016, qui se base sur les données de 160 hôpitaux, est donc largement représentatif⁴⁴.**

En ce qui concerne le **critère de l'efficience**, l'**utilisation du 20^e centile au maximum** pour calculer la valeur de référence nationale est indiquée. Elle se justifie par le fait que la LAMal n'impose pas de retenir l'hôpital le plus efficace, mais de choisir un hôpital efficace qui serve de référence aux autres établissements hospitaliers. Les hôpitaux situés dans ou près de la

⁴¹ En 2015, le taux d'intérêt des obligations de la Confédération à 10 ans était négatif. La SPR a cependant renoncé à une déduction et fixé le taux d'intérêt à 0 %.

⁴² Le renchérissement est calculé au moyen de la formule suivante, sur la base de l'indice des prix à la consommation (IPC) 2015 et de l'indice des salaires nominaux (ISN) 2015 :
 $= 0,3 \times \Delta \text{IPC} + 0,7 \times \Delta \text{ISN} = 0,3 \times (-1,1 \%) + 0,7 \times 0,4 \% = -0,05 \%$ (cf. note 21).

Les données actuelles donnent, en moyenne pondérée des deux indices de renchérissement, un renchérissement négatif. La SPR a cependant renoncé à déduire le renchérissement négatif et fixé le taux d'inflation 2015 à 0 %.

⁴³ Les hôpitaux exclus sont énumérés à l'annexe 2.

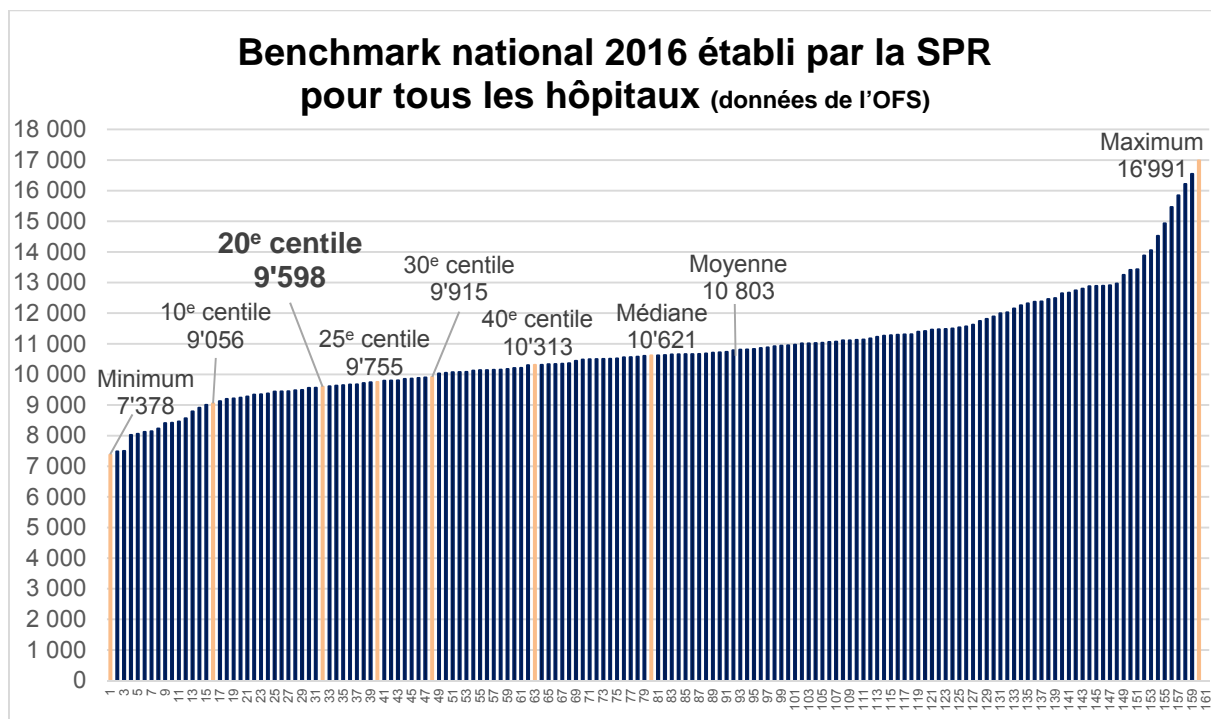
⁴⁴ La question de la représentativité des échantillons est abordée à l'annexe 3.

moyenne peuvent ne pas satisfaire au principe d'économicité de la LAMal : quoi qu'il en soit, 1 hôpital sur 5 parvient manifestement à travailler à des coûts plus faibles. Par ailleurs, la valeur de référence donnée par l'hôpital au 20^e centile dans le benchmarking 2016, qui est de 9598 francs, dépasse de plus de 30 % les coûts de l'hôpital le plus efficient (qui affiche un *baserate* de 7378 francs) et de près de 6 % ceux de l'hôpital au 10^e centile. Aller encore au-delà de ces inefficiences en fixant une valeur plus élevée ne permettrait en aucun cas de satisfaire au critère de l'efficience⁴⁵.

De surcroît, le niveau tarifaire des soins aigus stationnaires est actuellement très élevé en Suisse, de sorte que l'on doit, sur ce point aussi, qualifier la Suisse de véritable îlot de cherté. En effet, en 2016, un traitement hospitalier de ce type ne coûte que 3312 euros en Allemagne (= valeur de base nationale), soit moins de la moitié moins cher qu'en Suisse, ce qui pourrait s'expliquer principalement par une meilleure efficience des traitements. Enfin, le groupe suisse de cliniques privées Swiss Medical Network SA a convenu avec les assureurs-maladie, pour ses cliniques, d'un *baserate* 2016 de 9050 francs. Ce montant, inférieur d'un peu plus de 500 francs au tarif de la plupart des hôpitaux de soins aigus, montre qu'un établissement peut manifestement encore tirer son épingle du jeu et qu'un benchmarking fondé sur le 20^e centile n'est pas trop strict, mais absolument nécessaire pour faire progresser l'efficience des hôpitaux suisses par rapport à celle des hôpitaux allemands, et celle de certains établissements privés dans notre pays.

⁴⁵ Dans des conditions de concurrence parfaite, l'hôpital le plus efficient enlèverait théoriquement la totalité du marché et bouterait les autres établissements hors du marché, à moins que ceux-ci parviennent, avant de faire faillite, à baisser leurs coûts au niveau de ceux de l'hôpital le plus efficient.

Le graphique ci-après montre la distribution des *baserates* calculés pour les 160 hôpitaux pris en compte dans le benchmarking.



Graphique 1 : Distribution des baserates pertinents pour le benchmarking et basés sur les coûts de 160 hôpitaux pris en compte dans le benchmarking national 2016 de la SPR. Il en ressort que, pour l'année tarifaire 2016, la valeur de référence nationale basée sur le 20^e centile s'élève à 9598 francs (source des données : KS et MS de l'OFS, données 2014 ; calculs de la SPR).

Le graphique met en évidence la **valeur de référence nationale pour l'année tarifaire 2016 constituée par un baserate pertinent pour le benchmarking d'un montant de 9598 francs** (100 %, y.c. utilisation des immobilisations et renchérissement, 20^e centile). Il indique également les valeurs d'autres centiles, dont la médiane (= 50^e centile) et la moyenne (arithmétique). Comme le montre le graphique, **les données sur les hôpitaux utilisées pour le benchmarking 2016 incluent aussi, comme le demande le TAF, des hôpitaux très chers**, qui affichent un *baserate* calculé de plus de 14 000 francs⁴⁶.

Enfin, la SPR a soumis le benchmarking, de même que la valeur de référence nationale obtenue pour 2016 (9598 francs), à une **vérification de plausibilité**, qui permet de tirer les conclusions suivantes :

- la nouvelle méthode satisfait aux neuf critères fixés par le TAF pour le benchmarking des hôpitaux (cf. sect. 4.2.1). Le benchmarking est très représentatif, notamment parce qu'il se base sur des coûts calculés, qu'il englobe à la fois des hôpitaux bon marché et

⁴⁶ Les *baserates* des 160 hôpitaux pris en compte dans le benchmarking sont indiqués à l'annexe 2.

des établissements très chers et que, dans l'ensemble, il permet de déterminer ce qu'est un hôpital efficient, ce qui, comme le veut le législateur, incite à accroître l'efficience ;

- la valeur de référence obtenue, de 9598 francs, est même plus élevée que la valeur de référence moyenne négociée par Tarifsuisse pour 2016 (9499 francs) ;
- la valeur de référence est supérieure, voire nettement supérieure, aux *baserates* négociés par de nombreux hôpitaux, par exemple le *baserate* de 9050 francs facturé par les cliniques du groupe Swiss Medical Network SA à partir de 2016.

4.2.4 Détermination du montant maximal admis des bénéfices liés à l'efficience

Pour les hôpitaux très efficients, qui présentent des *baserates* calculés nettement inférieurs à la valeur de référence nationale (les données 2016 comptent 3 hôpitaux affichant un *baserate* calculé de moins de 8000 francs), il s'agit finalement de déterminer quel peut être le montant maximal des bénéfices liés à l'efficience.

Le TAF n'est pas entré dans les détails sur ce point. Il semble toutefois clair que, en raison du critère du caractère économique fixé dans la LAMal, des rendements illimités ne sauraient être admis, sous peine de violer le principe d'économicité de la LAMal. Pour calculer le montant maximal des bénéfices liés à l'efficience, il est possible de se fonder sur le critère de la marge EBITDA (*earnings before interest, taxes, depreciation and amortisation* ; en français : bénéfice d'exploitation avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissements).

Dans une étude de 2014 consacrée aux hôpitaux suisses⁴⁷, PwC estime qu'une **marge EBITDA de 10 %** serait souhaitable. Il s'ensuit que les bénéfices (liés à l'efficience) à la charge de l'assurance de base ne doivent en tout cas pas être plus élevés. ***Si la différence entre le baserate calculé d'un établissement très efficient et la valeur de référence nationale est supérieure à la marge EBITDA de 10 % sur le baserate calculé (c'est le cas de plusieurs cliniques), la part du bénéfice qui dépasse cette valeur ne peut être conservé par l'établissement en question. Cette règle vise à faire bénéficier l'assurance-maladie sociale des hôpitaux très efficients.***

Si les hôpitaux et les cliniques très efficients devaient toujours conserver l'intégralité de la différence entre leur *baserate* calculé et la valeur de référence nationale, il pourrait arriver, dans certains cas, que des bénéfices liés à l'efficience réalisés à la charge de l'assurance-maladie sociale correspondent à une marge EBITDA nettement supérieure à 20 %. Une telle situation serait clairement contraire à l'esprit et à la lettre de la LAMal.

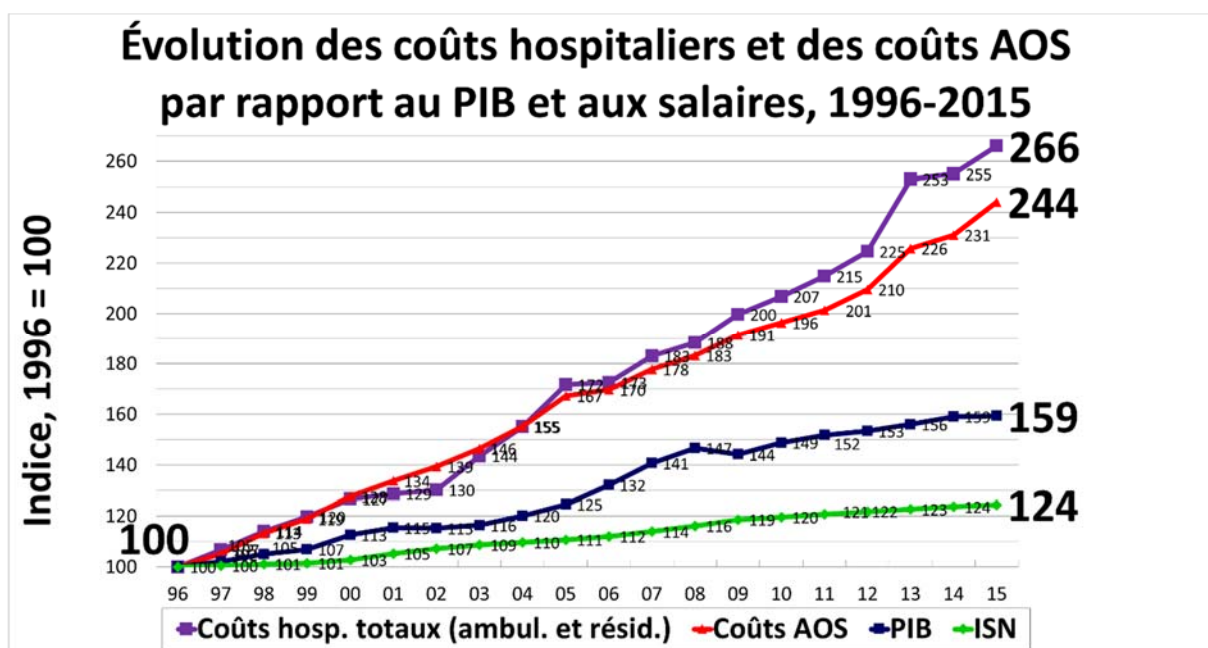
⁴⁷ Cf. PwC Suisse, 2014, *Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013*, PwC, Zurich.

Le chapitre suivant présente les perspectives relatives aux tarifs hospitaliers et la pratique adoptée pour les examiner.

5 Perspectives

La description de la pratique de la SPR dans l'examen des tarifs est un instantané. Si le cadre légal ne change pas, le calcul des tarifs hospitaliers dépend surtout de la jurisprudence du TAF, qui modèle de façon déterminante la pratique de la SPR. C'est le cas, par exemple, des observations du TAF, évoquées dans la présente publication, au sujet du benchmarking. De plus, il convient de rappeler qu'un système de rémunération fondé sur des forfaits par cas SwissDRG évolue sans cesse, étant donné que les coûts relatifs et les rémunérations supplémentaires sont recalculés chaque année et que les règles de calcul changent, ce qui peut influencer sur la détermination du *baserate* et du benchmarking.

La SPR reste constamment attentive à l'évolution des coûts hospitaliers, représentée dans le graphique ci-dessous :



Graphique 2 : Évolution, entre 1996 et 2015, des coûts hospitaliers totaux (ambulatoires et stationnaires) en comparaison de celle de l'ensemble des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), du PIB et des salaires, mesurés par l'indice des salaires nominaux (ISN). Sources : Santésuisse et Office fédéral de la statistique.

Le graphique montre que les coûts hospitaliers à la charge de l'assurance de base ont plus que doublé depuis 1996 (hausse de 100 à 266 points, soit un taux de croissance annuel moyen

de 5,3 %). Dans le même temps, le PIB⁴⁸ n'a augmenté que de 59 % (soit un taux de croissance annuel moyen de 2,5 %), tandis que les salaires ont été relevés de seulement 24 % (soit un taux de croissance annuel moyen de 1,6 %). Il ressort également du graphique que les coûts hospitaliers à la charge de l'assurance de base ont connu une hausse plus forte que l'ensemble des coûts couverts par l'assurance de base, qui se sont accrus en moyenne de 4,8 % par an entre 1996 et 2015.

Si cette évolution se poursuit, les primes des caisses-maladie vont continuer d'augmenter. Le fait que les coûts à la charge de l'assurance de base en général et les coûts hospitaliers en particulier ont enregistré, ces dernières années, une croissance plus forte que le PIB et les salaires signifie que la part des coûts hospitaliers dans le revenu national s'accroît. Cette évolution place notre société devant des défis de taille, étant donné qu'elle touche davantage la classe moyenne que les autres groupes de population. Il convient de relever à cet égard que la part des coûts hospitaliers dans le revenu des ménages de la classe moyenne est généralement la plus élevée.

Compte tenu de l'évolution des coûts hospitaliers, il est indispensable de les abaisser jusqu'à un niveau raisonnable. Une mesure efficace pour endiguer les coûts consiste à appliquer des règles strictes pour calculer la valeur de référence et à se fonder sur la qualité de traitement moyenne actuelle dans les pays de l'OCDE⁴⁹. La SPR, se faisant le porte-parole des payeurs de primes, défendra ce point de vue dans les discussions à venir sur le financement des hôpitaux.

⁴⁸ Le PIB, qui correspond à la valeur de l'ensemble des biens et services produits sur le territoire national, sert à mesurer la performance globale d'une économie.

⁴⁹ Cf. SPR, *Bericht zu Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitälern im Ländervergleich*, Berne, août 2016.

Annexes 1 à 3

Annexe 1 : Méthodes de calcul de la valeur de référence avec les valeurs obtenues par Tarifsuisse

Les trois méthodes de calcul suivantes sont envisageables selon les observations et les calculs du TAF dans son arrêt du 29 janvier 2015 relatif au *baserate* 2012 de l'hôpital cantonal de Glaris (arrêt C-3425/2013 consid. 4.3.1 à 4.4.6). Les *baserates* mentionnés sont ceux de Tarifsuisse.

- *Méthode de calcul 1* : cette méthode consiste à classer les hôpitaux par ordre croissant en fonction du *baserate* obtenu et à calculer les centiles par rapport au *nombre d'hôpitaux* (cf. tableau 5 : « nombre d'hôpitaux »). À titre d'exemple, le 25^e centile correspond à 19 hôpitaux. Avec cette méthode, les coûts par cas des petits hôpitaux sont pondérés de la même manière que ceux des grands hôpitaux.
- *Méthode de calcul 2* : cette méthode utilise également le classement des hôpitaux par ordre croissant en fonction du *baserate*, mais les centiles sont calculés par rapport au *nombre total de cas* (cf. tableau 5 : « nombre de cas »). Pour le 25^e centile, par exemple, le *baserate* calculé retenu est celui de l'hôpital qui contient le cas correspondant à 25 % du nombre total de cas.
- *Méthode de calcul 3* : cette méthode est très proche de la méthode 2, à la différence que les centiles ne sont pas calculés par rapport au nombre de cas, mais à la somme des coûts relatifs ou du *case mix* de tous les hôpitaux (cf. tableau 5 : « case mix »). Par exemple, pour le 25^e centile, le *baserate* calculé retenu est celui de l'hôpital dont le *case mix* représente 25 % du *case mix* total.

Le tableau 5 ci-dessous résume les valeurs de référence obtenues par Tarifsuisse en fonction de la méthode de calcul et du centile retenu (25^e, 40^e ou 50^e centile) :

| | Valeur de base | 25 ^e centile | 40 ^e centile | 50 ^e centile |
|---|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | Nombre d'hôpitaux | 9 499 | 9 809 | 9 888 |
| 2 | Nombre de cas | 9 849 | 10 211 | 10 221 |
| 3 | Case mix | 9 875 | 10 211 | 10 221 |
| Valeur de référence de Tarifsuisse (hors formation non-universitaire) | | 9 386 | – | – |

Tableau 5 : Valeurs de référence obtenues en fonction de la méthode de calcul et du centile retenu.
Source : arrêt du TAF C-3425/2013 du 29 janvier 2015 concernant le *baserate* 2012 de l'hôpital cantonal de Glaris consid. 4.3.3.

Pour les raisons évoquées plus haut, il convient de privilégier la méthode de calcul du type « nombre d'hôpitaux ».

Annexe 2 : Hôpitaux exclus et *baserates* des 160 hôpitaux pris en compte dans le benchmarking 2016

Liste des hôpitaux exclus :

Klinik St. Georg Goldach AG, Clinique des Grangettes SA, Klinik Barmelweid AG, Clinique Générale-Beaulieu, Geburtshaus Luna Biel, Hôpital de la Tour, Centre suisse de paraplégiques Nottwil SA, Clinique de Genolier, Clinique de la Plaine, Hochgebirgsklinik Davos, Klinik Susenberg, Clinique la Prairie SA, Berit Paracelsus-Klinik AG, Hospiz im Park, Palliativzentrum Hildegard, Klinik für Schlafmedizin, Clinica D^r Spinedi % Clinica Santa Croce, Maison de naissance Tilia (Ghezzi-Gacond), Sune-Egge, Aeskulap-Klinik, Stiftung Diaconis Palliative Care.

Valeurs (anonymisées) des hôpitaux pris en compte dans le benchmarking 2016, par ordre croissant :

| N° | <i>Baserate</i> | | N° | <i>Baserate</i> | | N° | <i>Baserate</i> | | N° | <i>Baserate</i> |
|-----------|------------------------|--|-----------|------------------------|--|-----------|------------------------|--|-----------|------------------------|
| 1 | 7 378 | | 41 | 9 798 | | 81 | 10 623 | | 121 | 11 463 |
| 2 | 7 488 | | 42 | 9 802 | | 82 | 10 634 | | 122 | 11 473 |
| 3 | 7 502 | | 43 | 9 808 | | 83 | 10 654 | | 123 | 11 485 |
| 4 | 8 023 | | 44 | 9 852 | | 84 | 10 658 | | 124 | 11 500 |
| 5 | 8 058 | | 45 | 9 866 | | 85 | 10 662 | | 125 | 11 537 |
| 6 | 8 122 | | 46 | 9 883 | | 86 | 10 666 | | 126 | 11 565 |
| 7 | 8 143 | | 47 | 9 899 | | 87 | 10 667 | | 127 | 11 626 |
| 8 | 8 234 | | 48 | 9 915 | | 88 | 10 687 | | 128 | 11 747 |
| 9 | 8 409 | | 49 | 10 029 | | 89 | 10 712 | | 129 | 11 815 |
| 10 | 8 421 | | 50 | 10 049 | | 90 | 10 718 | | 130 | 11 890 |
| 11 | 8 464 | | 51 | 10 071 | | 91 | 10 734 | | 131 | 11 995 |
| 12 | 8 567 | | 52 | 10 079 | | 92 | 10 788 | | 132 | 12 030 |
| 13 | 8 792 | | 53 | 10 085 | | 93 | 10 812 | | 133 | 12 153 |
| 14 | 8 912 | | 54 | 10 124 | | 94 | 10 818 | | 134 | 12 255 |
| 15 | 9 004 | | 55 | 10 139 | | 95 | 10 830 | | 135 | 12 319 |
| 16 | 9 056 | | 56 | 10 143 | | 96 | 10 864 | | 136 | 12 374 |
| 17 | 9 125 | | 57 | 10 152 | | 97 | 10 880 | | 137 | 12 381 |
| 18 | 9 202 | | 58 | 10 155 | | 98 | 10 918 | | 138 | 12 463 |
| 19 | 9 214 | | 59 | 10 175 | | 99 | 10 938 | | 139 | 12 493 |
| 20 | 9 241 | | 60 | 10 207 | | 100 | 10 953 | | 140 | 12 651 |

| N° | Baserate | | N° | Baserate | | N° | Baserate | | N° | Baserate |
|----|----------|--|----|----------|--|-----|----------|--|-----|----------|
| 21 | 9 279 | | 61 | 10 212 | | 101 | 10 974 | | 141 | 12 671 |
| 22 | 9 340 | | 62 | 10 302 | | 102 | 11 013 | | 142 | 12 745 |
| 23 | 9 353 | | 63 | 10 313 | | 103 | 11 015 | | 143 | 12 800 |
| 24 | 9 376 | | 64 | 10 314 | | 104 | 11 022 | | 144 | 12 878 |
| 25 | 9 439 | | 65 | 10 335 | | 105 | 11 035 | | 145 | 12 891 |
| 26 | 9 445 | | 66 | 10 339 | | 106 | 11 062 | | 146 | 12 897 |
| 27 | 9 449 | | 67 | 10 352 | | 107 | 11 071 | | 147 | 12 910 |
| 28 | 9 483 | | 68 | 10 368 | | 108 | 11 111 | | 148 | 12 969 |
| 29 | 9 493 | | 69 | 10 444 | | 109 | 11 111 | | 149 | 13 248 |
| 30 | 9 563 | | 70 | 10 486 | | 110 | 11 129 | | 150 | 13 415 |
| 31 | 9 564 | | 71 | 10 496 | | 111 | 11 140 | | 151 | 13 436 |
| 32 | 9 598 | | 72 | 10 504 | | 112 | 11 177 | | 152 | 13 884 |
| 33 | 9 613 | | 73 | 10 509 | | 113 | 11 228 | | 153 | 14 057 |
| 34 | 9 634 | | 74 | 10 511 | | 114 | 11 265 | | 154 | 14 528 |
| 35 | 9 650 | | 75 | 10 525 | | 115 | 11 281 | | 155 | 14 933 |
| 36 | 9 670 | | 76 | 10 559 | | 116 | 11 295 | | 156 | 15 466 |
| 37 | 9 675 | | 77 | 10 566 | | 117 | 11 307 | | 157 | 15 850 |
| 38 | 9 716 | | 78 | 10 582 | | 118 | 11 310 | | 158 | 16 219 |
| 39 | 9 745 | | 79 | 10 604 | | 119 | 11 395 | | 159 | 16 547 |
| 40 | 9 755 | | 80 | 10 621 | | 120 | 11 416 | | 160 | 16 991 |

Tableau 6 : Baserates (100 %, y c. charges d'utilisation des immobilisations) des 160 hôpitaux et maisons de naissance pris en compte dans le benchmarking 2016, par ordre croissant.

Annexe 3 : Représentativité des échantillons

Le calcul effectué inclut la majorité des établissements hospitaliers de Suisse : 160 établissements sont pris en compte dans le benchmarking 2016, ce qui correspond à la quasi-totalité des hôpitaux.

Puisqu'un échantillon établi à partir de la totalité des hôpitaux existants est nécessairement représentatif de ces hôpitaux, il n'est pas indispensable de se fonder sur l'ensemble des hôpitaux pour tirer des conclusions statistiques représentatives de la population. Dans l'hypothèse où la totalité des observations (en l'espèce les *baserates* pertinents pour le benchmarking calculés pour chaque hôpital) est distribuée de façon homogène, on peut obtenir une estimation suffisamment précise concernant les paramètres de la distribution des observations (p. ex. concernant la moyenne ou les valeurs de centile des *baserates* observés), à condition qu'un minimum d'observations (pour une marge d'erreur statistique donnée) ait été utilisé. Ainsi, le *nombre requis d'observations* n^0 (c.-à-d. de *baserates* des différents hôpitaux) pour une estimation de la moyenne avec une marge d'erreur de 2 % (marge d'erreur évoquée par le TAF) peut être obtenu au moyen de la formule suivante :

$$n^0 = \left(\frac{(2 \times \text{écart-type})}{\text{marge d'erreur} \times \text{valeur moyenne}} \right)^2.$$

Lorsque la population considérée est relativement petite, ce qui est le cas des 181 hôpitaux et cliniques suisses concernés par le benchmarking, l'estimation est ajustée selon la formule suivante :

$$n = \frac{n^0}{1 + \frac{n^0}{\text{population}}}.$$

L'utilisation des données figurant à l'annexe 2 montre qu'un échantillon de 104 hôpitaux (avec un écart type de 1675 francs et un *baserate* moyen de 10 803 francs) serait suffisant pour tirer des conclusions représentatives sur la distribution des *baserates* pertinents pour le benchmarking obtenus. Par conséquent, le benchmarking de la SPR pour l'année tarifaire 2016, qui se base sur 160 hôpitaux parmi une population de 181 établissements hospitaliers, est assurément largement représentatif.