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

Version mise à jour, décembre 2022

No de référence : PUE-212-396

Impressum

Le présent document, paru en décembre 2022, met à jour et remplace la version d'octobre 2016 : Tarifs hospitaliers – Pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires

Auteurs : Mirjam Trüb, Maira Fierri Kovács, Malgorzata Wasmer, Kaspar Engelberger, Manuel Jung

Surveillance des prix

Einsteinstrasse 2

3003 Berne

preisueberwacher@pue.admin.ch

Berne, décembre 2022

Table des matières

1	Introduction	4
2	Cadre juridique	5
3	Facturation des prestations hospitalières selon SwissDRG	6
4	Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires (SwissDRG)	7
4.1	Calcul des coûts	7
4.1.1	Données sur les coûts et les prestations	7
4.1.2	Calcul du <i>baserate</i> pertinent pour le benchmarking	8
4.2	Examen de l'économicité	14
4.2.1	Jurisprudence	14
4.2.2	Méthode de benchmarking du Surveillant des prix	16
4.2.3	Détermination des hôpitaux pris en compte dans le benchmarking	16
4.2.4	Benchmarkings 2020 et 2021 du Surveillant des prix	17
4.3	Contrôle de plausibilité du benchmarking du SPR	18
5	Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins psychiatriques (TARPSY)	19
5.1	Calcul du prix de base pertinent pour le benchmarking	19
5.2	Phase d'introduction	19
6	Calcul et examen des tarifs de la réadaptation hospitalière (ST Reha)	21
7	Perspectives	22

1 Introduction

Le Surveillant des prix rédige des recommandations et des avis concernant les tarifs hospitaliers stationnaires depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en 1996. Le présent rapport décrit la pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs des soins aigus stationnaires. Il s'agit d'une version mise à jour de celui publié en octobre 2016. La procédure appliquée par le Surveillant des prix (pour ses contrôles) a évolué entre-temps, notamment sur la base des décisions rendues par le Tribunal administratif fédéral (TAF) concernant certains baserates (prix de base) SwissDRG contestés.

Dans les explications qui suivent, l'accent est mis sur la méthode d'examen des tarifs stationnaires des hôpitaux de soins somatiques aigus¹ (cf. chap. 4). Depuis 2012, ceux-ci établissent leurs décomptes à l'aide du système de forfaits par cas SwissDRG. Concernant la psychiatrie stationnaire, le nouveau système tarifaire TARPSY est entré en vigueur en 2018, tout d'abord pour les adultes, puis, depuis 2019, également pour les enfants et adolescents (cf. chap. 5). Enfin, la structure tarifaire ST Reha est appliquée depuis début 2022 pour la rémunération des prestations de réadaptation hospitalière (cf. chap. 6). La méthode appliquée pour examiner les tarifs TARPSY et ST Reha ressemble à celle utilisée pour les soins somatiques aigus.

Le chapitre 2 décrit les conditions-cadre régissant l'activité du Surveillant des prix relative à l'examen des tarifs. Certaines connaissances de base concernant la structure tarifaire SwissDRG, nécessaires pour comprendre la pratique du Surveillant des prix, sont abordées au chap. 3.

La présente description de la pratique en matière d'examen des tarifs hospitaliers LAMal pour les soins aigus stationnaires s'adresse aux personnes intéressées par la politique de la santé et aux professionnels de la santé. Pour davantage de détails concernant la jurisprudence, nous renvoyons aux décisions du Tribunal administratif fédéral concernant les tarifs hospitaliers².

¹ Sauf mention contraire, les termes « établissement de soins somatiques aigus » et « hôpital » sont utilisés comme synonymes dans la présente publication et englobent l'ensemble des établissements hospitaliers qui facturent leurs prestations selon le système SwissDRG, y c. les hôpitaux universitaires et les maisons de naissance.

² Les informations y relatives sont disponibles sous <https://www.bvger.ch/bvger/fr>.

2 Cadre juridique

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

L'activité d'examen des tarifs hospitaliers LAMal s'appuie en premier lieu sur l'art. 14 de la loi sur la surveillance des prix (LSPr). Cette disposition prévoit que les autorités exécutives de la Confédération et des cantons prennent l'avis du Surveillant des prix 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 du SPR peut, particulièrement en cas de recours, constituer un motif suffisant pour abroger des tarifs ayant déjà fait l'objet d'une décision. Le SPR doit alors être consulté a posteriori. À cet égard, il faut relever que le SPR est compétent non seulement quand les tarifs augmentent, mais également quand ils sont maintenus ou abaissés, puis qu'il peut aussi y avoir abus lorsqu'un prix n'est pas, ou pas suffisamment abaissé. Les autorités compétentes doivent donc généralement aussi soumettre au SPR les décisions envisagées sur le maintien ou la baisse de prix.

Si le SPR arrive à la conclusion, sur la base d'un examen selon l'art. 14 LSPr, qu'un tarif hospitalier est trop élevé, il adresse à l'autorité compétente une recommandation qui peut aller dans le sens d'une renonciation à une augmentation, ou de l'abaissement d'un prix maintenu abusivement. Dans tous les cas, l'autorité compétente (généralement le gouvernement cantonal) doit tenir compte de la recommandation du SPR dans sa décision ou, si elle ne la suit pas, justifier son choix. Les assureurs-maladie et/ou les hôpitaux ont la possibilité de contester les tarifs fixés par les gouvernements cantonaux en application de l'art. 47 LAMal en déposant un recours auprès du TAF. Dès lors que le SPR a émis une recommandation concernant un tarif dans la procédure de première instance, il est aussi invité, en qualité de service spécialisé, à exposer son point de vue dans la procédure de recours contre ce tarif. Les décisions de l'instance de recours concernant les tarifs hospitaliers déterminent la pratique future en matière de calcul des tarifs, car elles tranchent nombre de questions litigieuses découlant de l'interprétation de la loi. Lorsqu'il formule des recommandations à l'intention de la première instance décisionnelle (généralement le gouvernement cantonal), le 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'il contribue à l'application concrète de la jurisprudence relative à la LAMal.

Éléments d'appréciation mentionnés dans la LSPr et la LAMal

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.

Selon l'art. 14, al. 3, LSPr, le 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.

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, baptisé SwissDRG, se caractérise par une rémunération liée aux prestations, fondée sur une structure tarifaire harmonisée au niveau national. Son introduction avait pour but de renforcer la concurrence entre les hôpitaux, favoriser l'efficacité et la transparence, ainsi qu'améliorer la qualité.

Le système SwissDRG opère une classification des patients ou cas sur la base de divers critères (diagnostics, traitements, âge, etc.). Un DRG (*diagnosis related group*, ou groupe de cas liés au diagnostic) correspond de ce fait, par définition, à un groupe de cas homogènes du point de vue des coûts, les différents DRG se distinguant les uns des autres par le montant des frais de traitement qu'ils génèrent. Les coûts relatifs (*cost-weights*) de chaque groupe de cas (présentant un degré de sévérité spécifique) sont calculés et la structure tarifaire est établie sur cette base.

Une nouvelle version de la structure tarifaire est éditée chaque année, qui donne lieu, à chaque fois, à un nouveau calcul des coûts relatifs des différents groupes de cas. Les données y-relatives figurent dans le catalogue des forfaits par cas³. Pour chaque année de facturation, les données vieilles de trois ans sont déterminantes, soit, par exemple pour la version 11.0 du tarif, qui correspond à l'année de facturation 2022, celles de 2019.

Outre les coûts relatifs, le prix de base, aussi appelé *baserate*, est le second paramètre utilisé pour calculer les forfaits par cas en vue de la facturation des traitements aigus stationnaires. Le prix de base ne fait pas partie de la structure tarifaire, mais représente pour ainsi dire la « valeur du point » (niveau absolu de prix) et fait l'objet d'une négociation entre les partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs-maladie). Il correspond au montant auquel est facturé, selon un système DRG, un cas ayant le coût relatif de 1. Le *baserate* étant établi par rapport à une valeur normalisée (correspondant à un degré de sévérité 1), il est possible d'opérer des comparaisons entre les *baserates* des différents hôpitaux. À la différence des coûts relatifs, établis pour les divers groupes de cas (environ 1000) de la structure tarifaire SwissDRG, le prix de base est défini pour l'ensemble d'un hôpital ou d'un service de soins somatiques aigus. La rémunération d'un cas concret résulte donc en fin de compte de la multiplication du *baserate* de l'hôpital par le coût relatif du DRG correspondant au traitement administré au patient.

Conformément au processus de recommandation décrit à l'art. 14 LSPr, le SPR vérifie les prix de base des hôpitaux. Le chapitre qui suit fournit des explications détaillées sur le calcul et l'examen des tarifs hospitaliers (*baserates*) dans le domaine des soins aigus stationnaires.

³ <https://www.swissdrq.org/fr/somatique-aigue/swissdrq>

4 Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires (SwissDRG)

Les prix de base sont contrôlés en deux étapes, conformément à l'art. 49, al. 1, phrase 5, LAMal⁴. Les coûts d'exploitation pertinents du plus grand nombre possible d'hôpitaux sont relevés afin d'établir pour chacun le *baserate* individuel qui permettrait de couvrir intégralement les coûts. Étant donné qu'avec la nouvelle réglementation, il est prévu de ne rembourser que les coûts correspondant à ceux d'un hôpital efficient, il faut déterminer lesquels parmi ces *baserates* individuels résultent d'une exploitation efficiente. À cet effet, il faut donc procéder à un benchmarking pour établir un prix de base de référence dont les autres hôpitaux devront tenir compte (cf. notamment les décisions de principe concernant les prix de base 2012 contestés dans les cantons de Lucerne (C-1698/2013 du 7 avril 2014), de Zurich (C-2283/2013 du 11 septembre 2014), de Glaris (C-3425/2013 du 29 janvier 2015), ainsi que de Schwyz concernant le *baserate* de 2016 (C-4374/2017 du 15 mai 2019), consultables à l'adresse www.bvger.ch).

4.1 Calcul des coûts

La section qui suit détaille la façon dont le SPR calcule les coûts d'exploitation pertinentes pour le benchmarking, dont sont dérivés les *baserates* pris en considération dans le benchmarking.

4.1.1 Données sur les coûts et les prestations

Les données utilisées pour calculer les coûts d'exploitation pertinentes pour le benchmarking sont généralement tirées du modèle *ITAR_K*⁵, qui se base sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation selon REKOLE⁶. Les données sur les coûts sont présentées séparément par colonnes (unités finales d'imputation), chacune correspondant à un domaine des coûts. Chaque domaine adopte sa propre typologie et distingue par exemple entre patients de l'assurance-accidents et ceux de l'assurance-maladie, entre patients avec assurance de base et ceux avec assurance complémentaire, ou encore entre secteurs hospitaliers (soins aigus stationnaires, réadaptation hospitalière, psychiatrie intra-muros, secteur ambulatoire, etc.). En règle générale, le *baserate* d'une année donnée *t* est calculé sur la base des coûts effectifs recensés durant l'avant-dernière année (*t-2*).

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 hosp. au sens strict, soins aigus* (ci-après : « *LAMal* ») et *tarif hospitalier LAMal assurance complémentaire* (ci-après : « *LAMal AC* »). La colonne « *LAMal* » recense donc les coûts induits par les patients assurés en base uniquement et la colonne « *LAMal AC* » ceux liés aux patients assurés en complémentaire ; les coûts figurant dans cette deuxième colonne comportent donc une part afférente à l'assurance de base et une autre à l'assurance complémentaire. Il convient de retrancher cette part couverte par l'assurance complémentaire, puisqu'elle n'est pas financée par les prix de base LAMal. Les deux colonnes « *LAMal* » et « *LAMal AC* » sont regroupées dans la colonne *Total tarif hosp. LAMal*.

⁴ « Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, *de manière efficiente et avantageuse*. ».

⁵ « *ITAR_K* » signifie « tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation ».

⁶ Le manuel REKOLE (révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations) décrit la comptabilité d'exploitation des hôpitaux.

En plus du modèle ITAR_K, le SPR a besoin des indications relatives au nombre de sorties parmi les patients assurés en division semi-privée et privée. Ces informations proviennent soit des cliniques ou des cantons eux-mêmes soit, à titre subsidiaire, de la statistique médicale des hôpitaux établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

4.1.2 Calcul du *baserate* pertinent pour le benchmarking

Le calcul du *baserate* pertinent pour le benchmarking comporte plusieurs étapes. Le tableau ci-après présente succinctement la manière dont le calcul est effectué pour chaque hôpital, sur la base des colonnes pertinentes du modèle ITAR_K, version V12.0. Il regroupe les données pour l'année 2021, déterminantes pour les calculs relatifs à l'année tarifaire 2023. Sauf mention contraire, les explications portent sur le feuillet « Aperçu global ». Les termes repris du modèle ITAR_K, comme les noms de colonnes et de lignes, sont en italique.

Calcul	Cellule ITAR-K (V12.0)	Remarques
<i>Total coûts selon COEX</i>	K19	Pour la colonne <i>tarif hosp. LAMal total</i> , COEX=comptabilité d'exploitation
Déduction de la part proportionnelle des <i>charges financières</i> (compte 46)	- E13*K19/(EB19-DX19-DY19-DZ19)	Les intérêts sont additionnés normativement par la suite. Les intérêts n'étant indiqués que pour l'hôpital dans son ensemble, il convient de calculer la proportion de patients LAMal avec assurance de base ou assurance complémentaire.
Déduction <i>produits, gr. de compte 65</i>	- K22	Déduction des produits portés en diminution des coûts
Déduction <i>honoraires des médecins des patients avec assurance complémentaire (AC)</i>	- J20	Les honoraires des médecins des patients AC doivent être déduits à 100 %.
<i>Déduction pour coûts supplémentaires issus de prestations pour assurés AC</i>	- J27	Les surcoûts indiqués pour les patients AC sont déduits. Si aucun surcoût n'est indiqué malgré la présence de patients AC, une déduction normative est effectuée de la même façon que le fait la CDS.
<i>Déductions pour rémunérations complémentaires SwissDRG (évalués et non évalués)</i>	- K28	Les rémunérations supplémentaires sont remboursées séparément.
Déduction éventuelle des coûts de <i>l'enseignement universitaire + recherche</i>		Les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche devraient figurer dans une unité finale d'imputation séparée (colonne DX). Pour les hôpitaux qui n'ont indiqué aucun coût au titre de l'enseignement et de la recherche, une déduction normative est opérée.
<i>Déductions subsidiaires : coûts des prestations d'intérêt général (PIG)</i>	- K25	
Supplément <i>produits, gr. de comptes 66</i>	+ K23	
Autres suppléments/déductions		Corrections spécifiques à l'hôpital
Le cas échéant, correction des CUI	- K40 + K44	S'ils sont indiqués selon REKOLE, les CUI sont déduits, et ceux selon l'OCP sont ajoutés.
= Coûts d'exploitation sans les intérêts		
Supplément pour les intérêts		Supplément normatif
= Coûts d'exploitation pertinentes pour le benchmarking calculées avant renchérissement,		
divisés par les coûts relatifs (case mix net)		de tous les patients hospitalisés ayant une assurance maladie

= <i>base rate</i> pertinent pour le marketing, calculé avant renchérissement		
Supplément pour le renchérissement		Addition normative
= <i>Base rate</i> pertinent pour le benchmarking		

Tableau 1 : procédure appliquée par le SPR pour calculer les *base rates* pertinents pour le benchmarking pour les hôpitaux de soins stationnaires aigus

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

Total coûts selon COEX :

Le calcul se fonde sur le *total coûts selon COEX* de la colonne *Total tarif hosp. LAMal*, qui représente la somme des deux colonnes *cas LAMal hosp. au sens strict, soins aigus* et *tarif hospitalier LAMal assurance complémentaire*. Pour le calcul des baserates pertinents pour le benchmarking, il convient d'apporter les corrections ci-après.

Déduction de la part proportionnelle des charges financières (compte 46) :

Les *charges financières* indiquées pour le compte 46 représentent les intérêts sur les actifs circulants. Elles sont retranchées, puisqu'elles sont remplacées par une valeur normative dans la suite du calcul. Le montant à retrancher doit être calculé proportionnellement pour la colonne *Total tarif hosp. LAMal*, puisque les coûts d'intérêts indiqués se réfèrent à l'ensemble de l'hôpital. Les *coûts totaux selon COEX* de la colonne *Total tarif hosp. LAMal* sont rapportés pour cela aux coûts totaux de l'hôpital (*total*, moins les trois unités finales d'imputation *enseignement universitaire + recherche, PIG* et *autres mandats de tiers*), puis multipliés par les *charges financières* de l'ensemble de l'hôpital.

Déduction des produits portés en diminution des coûts (compte 65) :

Les produits du compte 65 découlent de prestations payées par les patients eux-mêmes (achats au restaurant de l'hôpital, p. ex.). Le montant intégral doit être retranché. Des valeurs positives (plutôt que négatives) sont peu plausibles, raison pour laquelle elles ne sont pas prises en compte dans le calcul du SPR.

Déduction des honoraires des médecins de patients avec assurance complémentaire :

Les honoraires de médecins de patients assurés en complémentaire doivent être déduits dans leur intégralité, étant donné que les coûts à la charge de l'assurance obligatoire ne peuvent pas englober de coûts à la charge de l'assurance complémentaire. Il n'existait pas jusqu'ici de répartition transparente et compréhensible (et non normative) des coûts découlant des honoraires de médecins de patients avec assurance complémentaire. Si le montant figurant à la ligne 20 ne correspond pas à la valeur à 100 % (c'est le cas lorsqu'un pourcentage figure dans la cellule J67), les cellules E30, E32 et E33 du feuillet « Relevé CUF1 Assureur » sont additionnées et retranchées.

Déduction pour coûts supplémentaires issus de prestations pour patients assurés AC :

Les patients avec assurance complémentaire génèrent des surcoûts de type hôtelier (chambre, repas, service) qui ne sont pas pris en charge par l'assurance de base et doivent donc être déduits. Le montant indiqué est accepté (dans la mesure où il s'agit de surcoûts et non de baisses de coûts). Lorsqu'aucun surcoût n'est indiqué en dépit de la présence de patients AC, une déduction normative est opérée, de la même façon que le fait la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), à hauteur de Fr. 800.- par patient assuré en division semi-privée et Fr. 1 000.- par patient assuré en division privée. Les éventuelles baisses de coûts (où des patients dotés uniquement d'une assurance de base généreraient plus de coûts de type hôtelier que les patients AC) sont peu plausibles. Dans un tel cas aussi, une déduction normative est opérée, comme le fait la CDS. Le nombre de cas de patients assurés en semi-privé ou en privé (cas évalués) provient soit de l'hôpital soit du canton, soit encore, à titre subsidiaire, de la statistique médicale des hôpitaux établie par l'OFS.

Déduction des rémunérations complémentaires SwissDRG :

Les rémunérations complémentaires SwissDRG (évaluées ou non évaluées) ne sont pas financées par le biais des baserates mais facturées séparément.

Déduction des coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche (s'ils ne figurent pas dans une unité finale d'imputation séparée) :

Les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche devraient figurer dans une unité finale d'imputation séparée (colonne DX). Lorsque c'est le cas, ils sont d'ores et déjà retranchés des coûts imputables. Pour les hôpitaux qui n'ont indiqué aucun coût à ce titre, une déduction normative est opérée. La déduction normative pour les hôpitaux non universitaires dépend de la taille de l'hôpital, déterminée par le nombre de lits : la valeur est de 0,8 % pour les hôpitaux de 1 à 74 lits, 1,5 % pour les hôpitaux de 75 à 124 lits et 3,5 % pour les hôpitaux de 125 lits ou davantage⁷. Ces pourcentages sont ensuite multipliés avec la part correspondante des coûts de personnel (comptes 30 à 39, sans le 38), pour calculer la déduction. Comme les coûts de personnel se réfèrent à l'ensemble de l'hôpital, le montant à retrancher doit être calculé proportionnellement pour la colonne *Total tarif hosp. LAMal*. Les *coûts totaux selon COEX* de la colonne *Total tarif hosp. LAMal* sont rapportés pour cela aux coûts totaux de l'hôpital (*Total*, moins les trois unités finales d'imputation : *enseignement universitaire + recherche*, *PIG* et *autres mandats de tiers*), puis multipliés par les frais de personnel sans les honoraires de médecins (comptes 30 à 39, sans le 38).

Les hôpitaux universitaires déclarent depuis plusieurs années déjà leurs coûts pour l'enseignement universitaire et la recherche, si bien que la valeur normative ne s'applique plus dans leur cas.

Déductions subsidiaires : coûts des prestations d'intérêt général (PIG) :

En vertu de l'art. 49, al. 3, LAMal, les coûts des prestations d'intérêt général (PIG) 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 eux aussi être soustraits. 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.

En règle générale, les coûts des prestations d'intérêt général devraient figurer dans une unité finale d'imputation distincte (colonne DY). Lorsque c'est le cas, ils sont d'ores et déjà retranchés des coûts imputables. Il arrive toutefois qu'ils ne soient pas indiqués dans une unité finale d'imputation séparée. Il convient alors de les retrancher des coûts imputables.

Supplément produits, groupe de comptes 66 :

Les produits du compte 66 sont additionnés, à condition d'avoir été déduits à titre de diminution des coûts dans la comptabilité par centre des coûts, ce qui est généralement le cas⁸. Des valeurs positives (plutôt que négatives) sont peu plausibles, raison pour laquelle elles ne sont pas prises en compte dans le calcul du SPR.

⁷ Avant l'introduction du régime actuel de financement hospitalier, en 2012, on déduisait, conformément à la pratique du Conseil fédéral, 1 % des frais de personnel pour les hôpitaux non-universitaires de 1 à 74 lits, 2 % pour ceux de 75 à 124 lits ou 5 % pour ceux de 125 lits ou davantage. Les pourcentages appliqués aujourd'hui sont plus bas car on ne déduit plus les coûts de l'enseignement et de la recherche en général, mais uniquement ceux correspondant à l'enseignement et à la recherche universitaires.

⁸ 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 12.0, p. 9.

Autres déductions et/ou suppléments spécifiques à l'hôpital (le cas échéant) :

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

Correction des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI), dans la mesure où ils ont été indiqués selon REKOLE :

Les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) doivent être indiqués conformément aux prescriptions de l'OCP. S'ils sont incorporés conformément à REKOLE, ce qui est généralement le cas, les CUI sont déduits et ceux selon l'OCP ajoutés.

Coûts d'exploitation sans les intérêts

Après ces différentes corrections apportées au *total des coûts selon COEX*, on obtient les coûts d'exploitation sans les intérêts.

Ajout des intérêts sur les actifs circulants ; valeur normative :

Pour obtenir les coûts d'exploitation pertinentes pour le benchmarking avant renchérissement, on additionne les coûts 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 jours :

coûts d'intérêts = (rendement annuel moyen des obligations de la Confédération à 10 ans × 40) ÷ 365.

Ce calcul doit toujours être effectué sur la base du taux d'intérêt annuel de l'année t-1 (entre l'année de collecte de données et l'année tarifaire considérée), qui figure sur le site internet de la Banque nationale suisse. Les taux négatifs ne sont pas pris en compte dans le calcul du Surveillant des prix, ce qui est en faveur des hôpitaux.

Coûts d'exploitation et baserates pertinents pour le benchmarking, calculés avant renchérissement :

Les coûts d'exploitation pertinentes pour le benchmarking avant renchérissement ainsi obtenues sont divisées par les coûts relatifs (case mix net⁹) des patients hospitalisés ayant une assurance maladie (LAMal + LAMal AC), pour obtenir le baserate pertinent pour le benchmarking avant renchérissement.

Supplément pour renchérissement :

À la fin du calcul, il convient encore de tenir compte de l'inflation. Pour ce faire, on détermine l'inflation de l'année t-1. 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 personnel. Le renchérissement est donc calculé comme suit :

inflation (t-1) = 30 % * ΔIPC (t-1) + 70 % * ΔISN (t-1).

Baserate pertinent pour le benchmarking

On obtient ainsi le **baserate pertinent pour le benchmarking** d'un hôpital. Le calcul est fait pour tous les hôpitaux pour lesquels on dispose de données complètes et fiables.

⁹ Le case mix net correspond au degré de sévérité effectif des traitements administrés aux patients de l'assurance-maladie (LAMal ou AC) dans un hôpital. En divisant le case mix par le nombre de cas, on obtient l'indice du case mix (ICM), autrement dit le degré de sévérité moyen des cas.

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 ainsi que la méthode de mise en œuvre pratique du Surveillant des prix.

4.2.1 Jurisprudence

Dans ses décisions concernant les cas zurichois et glaronnais en particulier, le TAF a débattu du benchmarking idéal (cf. les arrêts C-2283/2013 du 11.09.2014 et C-3425/2013 du 29.01.2015). Les huit critères suivants notamment doivent 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 transitoire¹⁰.
4. Le benchmarking devrait porter sur les coûts et non sur les tarifs (à l'exception du benchmarking des tarifs).
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 efficaces.
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 percentile constitue une procédure de benchmarking acceptable. Le percentile à utiliser (p. ex. 10^e, 20^e, 40^e percentile) pour définir la valeur de référence et la méthode déterminant les valeurs de base sous-jacentes au calcul du percentile (nombre d'hôpitaux, nombre de cas, case mix) n'ont pas été fixés. Les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre sur ce plan.
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.

Le TAF confirme ainsi le changement de paradigme amorcé en 2012 dans le financement des hôpitaux. « Un hôpital a désormais la possibilité de conserver la différence (ou une partie de la différence) entre ses coûts et le tarif de référence issu du benchmarking. Cela a fait évoluer le système de financement d'un modèle qui couvrait essentiellement les coûts réels liés à la LA-Mal vers un modèle incitatif, qui prévoit un « prix fixe » ou un « prix plafond » sous la forme,

¹⁰ La situation spécifique d'un fournisseur de prestations ne doit être prise en considération que dans certains 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. décision de principe du TAF concernant le cas zurichois, C-2283/2013 du 11 septembre 2014, consid. 6.8).

Il était pertinent, durant la phase d'introduction, d'effectuer un benchmarking distinct pour les hôpitaux universitaires. Depuis 2016, nous considérons cette phase comme terminée. La version 5.0 des SwissDRG utilisée pour le calcul des cas 2016 présentait, d'une part, une bonne représentativité des données, le R² des cas inliers étant p. ex. déjà très élevé, avec une valeur de 0,808. D'autre part, elle comprenait un nombre relativement élevé de rémunérations supplémentaires (58) pour des médicaments, implants et procédés particulièrement onéreux. Par conséquent, il devenait 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.

idéalement, d'une valeur de comparaison nationale. On retrouve ce type de modèle dans les modèles de régulation d'autres industries présentant des caractéristiques de monopole naturel (électricité, transport urbain, médicaments, moyens auxiliaires médicaux, etc.). Un tel système génère des incitations plus fortes pour améliorer l'efficacité économique, mais il requiert en contrepartie un degré de transparence des coûts très élevé vis-à-vis des autorités de régulation, afin que celles-ci puissent fixer les tarifs à un niveau adéquat (soit avant tout à un niveau suffisamment bas).

Par ses considérations, le TAF reconnaît que le manque de concurrence naturelle inhérent à notre système de santé ainsi qu'à la nature même de ce secteur économique justifie l'intervention de l'État et, en particulier, d'une autorité de régulation. À l'instar de la plupart des autres pays européens, la voie choisie consiste à introduire, de manière artificielle, un certain niveau de concurrence dans le domaine des soins aigus afin de bénéficier des effets positifs à long terme de cette dernière. La possibilité pour un hôpital efficace de réaliser des bénéfices et le principe selon lequel le tarif appliqué par un hôpital ne doit pas être basé directement sur les coûts de ce dernier mais sur un benchmarking national introduit explicitement la notion d'incitation dans le système de financement des hôpitaux. Le mécanisme théorique sous-jacent prend le nom, dans la littérature, de concurrence par comparaison, ou *yardstick competition*. Celle-ci est conçue de manière à inciter les producteurs à réduire leurs coûts de production dans un contexte où ils font face à une pression concurrentielle limitée. Les producteurs plus performants retirent un bénéfice direct en conservant l'excédent financier qu'ils ont généré, tandis que les producteurs moins performants subissent des pertes financières et risquent à moyen terme la faillite si rien n'est entrepris. Les producteurs, indépendamment du fait que ces coûts se situent en dessous, au-dessus ou dans la cible de la valeur de référence, ont ainsi tout intérêt à réduire leurs coûts. Idéalement, les prix (base rates) devraient refléter les coûts de production des producteurs efficaces, des coûts déterminés en fonction des coûts de l'ensemble des producteurs d'un même secteur ou d'un échantillon représentatif de ces derniers.

Les bénéfices résultant de l'efficacité devraient donc être le fruit des incitations générées par le système de régulation mis en place. La notion d'incitation est par conséquent primordiale et doit être au cœur des réflexions présidant à la mise en place d'un système visant à déterminer les valeurs de référence à partir d'un benchmarking.

Dans son arrêté C-4374/2017 du 15 mai 2019 (consid. 8.7), le TAF a constaté que les maisons de naissance ainsi que les petits et très petits hôpitaux proposant une gamme de prestations moins étendue se situent souvent en dessous de la cible dans le benchmarking du Surveillant des prix, ce qui peut induire une distorsion du benchmark des hôpitaux de base et des centres hospitaliers. Le Surveillant des prix fait au contraire remarquer que de par la nature même d'un système DRG, toutes les catégories d'hôpitaux doivent en principe être prises en considération à égalité dans le cadre d'un comparatif de rentabilité. La catégorie de l'hôpital ne joue aucun rôle dans un système de forfaits par cas, puisque les coûts relatifs reflètent les différences de coûts justifiées. La raison d'être et l'objectif de ce système étant précisément de permettre la comparaison des différents hôpitaux grâce aux coûts relatifs, le benchmarking doit intégrer tous les établissements qui facturent leurs prestations selon SwissDRG. On n'y était probablement pas tout à fait parvenu lors de la fixation des prix pour 2016, selon le système SwissDRG 5.0, puisque 10 maisons de naissance figuraient dans les 20 premiers percentiles. Pour l'exercice tarifaire 2021, avec la version améliorée SwissDRG 10.0, il y en a désormais moins de la moitié. Relevons à cet égard que certaines maisons de naissance sont plus chères que la moyenne. Un benchmarking représentatif doit donc inclure également cette catégorie de structures.

4.2.2 Méthode de benchmarking du Surveillant des prix

Concernant la réalisation du benchmarking et la détermination du tarif de référence, le TAF a jugé la méthode des percentiles suffisamment fiable (arrêts du TAF C-2283/2013 du 11 septembre 2014 et C-3425/2013 du 29 janvier 2015). La jurisprudence n'a toutefois (encore) spécifié ni le percentile à utiliser pour définir la valeur de référence, ni la méthode à appliquer pour définir ce percentile déterminant. Dans sa décision du 29 janvier 2015 relative au base-rate 2012 de l'hôpital cantonal de Glaris (C-3425/2013, consid. 4.3.1 à 4.4.6), le TAF a souligné l'impact considérable du choix de la méthode sur le résultat du benchmarking (« nombre d'hôpitaux », « nombre de cas » et « case mix »).

Si le calcul de la valeur de référence nationale est fondé sur le nombre de cas ou le case mix, la taille des hôpitaux considérés dans l'établissement du benchmarking (mesurée par le nombre de cas ou le case mix par hôpital) peut avoir une importance significative, dans la mesure où elle influence la valeur de référence obtenue, notamment si le benchmarking inclut un nombre 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. Le nouveau système de financement ayant pour but d'améliorer l'efficacité de chaque hôpital, il est plus judicieux de pondérer tous les hôpitaux de la même manière dans le calcul du benchmarking (en fondant ce calcul sur le nombre d'hôpitaux). Effectuer un benchmarking en fonction du nombre de patients ou du case mix revient à diluer l'importance des décisions de la direction d'un hôpital pour son efficacité, et donc à limiter le caractère incitatif du benchmarking.

Le benchmarking du Surveillant des prix considère donc les hôpitaux comme des unités de décision équivalentes, raison pour laquelle le calcul de la valeur de comparaison nationale ou la valeur de référence nationale doit se fonder sur le nombre d'hôpitaux.

En ce qui concerne le critère de l'efficacité, il est indiqué d'utiliser au maximum le 20^e percentile pour calculer le benchmark national¹¹. Dans le domaine de l'assurance-maladie, il y a intérêt, du côté de la demande, à une offre de qualité et innovante, tandis que la question du prix est accessoire (étant donné que c'est la communauté des payeurs de primes et non l'individu concerné qui finance la prestation). Il est donc d'autant plus important que la régulation pallie l'absence de cet élément concurrentiel. La LAMal n'impose pas de retenir l'hôpital le plus efficace, mais de choisir un hôpital efficace qui serve de référence pour les autres hôpitaux. Les hôpitaux situés dans ou autour de la moyenne ne satisfont en revanche pas, pour leur part, aux critères d'efficacité et d'économie visés aux arts. 32, al. 1, 43, al. 6, 46, al. 4, et 49, al. 1, 5^e phrase, LAMal : quoi qu'il en soit, un hôpital sur cinq parvient manifestement à travailler à des coûts plus faibles que l'hôpital situé au 20^e percentile. Aller encore au-delà de ces inefficiences en fixant une valeur plus élevée ne satisferait d'aucune manière au critère de l'efficacité.

4.2.3 Détermination des hôpitaux pris en compte dans le benchmarking

La population considérée, constituée des établissements de soins somatiques aigus et des maisons de naissance, prise en compte pour le benchmarking du Surveillant des prix, est définie sur la base des établissements recensés dans la statistique des hôpitaux (KS). Pour déterminer la population à considérer, les adaptations suivantes sont nécessaires :

¹¹ Dans l'arrêt C-2283/2013 du 11 septembre 2014, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a provisoirement accepté le 40^e percentile ; Toutefois, ceci n'était pas encore le benchmarking national et représentatif selon les exigences du Tribunal ; Le Surveillant des prix a entretemps réalisé un tel benchmarking, si bien que l'on dispose actuellement de données extrêmement fiables, ce qui justifie l'application du 20^e percentile. De l'avis du Surveillant des prix, la marge de manœuvre des cantons ne devrait pas aller au-delà du 20^e percentile.

- Ajouter les hôpitaux qui prodiguent eux aussi des soins somatiques aigus même s'ils ne figurent pas dans la KS.
- Procéder aux corrections qui s'imposent lorsque les sites sont recensés séparément dans la KS mais qu'il n'existe qu'une seule comptabilité analytique regroupant tous les sites.
- Exclure les cliniques qui ne fournissent pas de soins somatiques aigus bien qu'elles soient recensées dans la KS comme hôpitaux de soins aigus.
- Exclure les établissements qui ont cessé leur activité.
- Exclure les établissements qui ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux.

Les raisons pour lesquelles une clinique doit être exclue de la population considérée sont les suivantes :

- On ne dispose pas de données pertinentes.
- Les données à disposition sont incomplètes ou de qualité insuffisante.
- Les données ne sont pas communiquées en dépit de l'obligation de renseigner.

Pour tous les établissements restants, on calcule un baserate pertinent dont il sera tenu compte pour le benchmarking.

4.2.4 Benchmarkings 2020 et 2021 du Surveillant des prix

Le Tableau 2 ci-dessous fournit un aperçu des benchmarkings 2020 et 2021 du Surveillant des prix, calculés selon les modalités décrites dans les chapitres qui précèdent.

	Benchmarking 2020	Benchmarking 2021
Données de l'année	2018	2019
Nombre d'hôpitaux selon la KS	180 (165 établissements de soins aigus et 15 maisons de naissance)	183 (166 établissements de soins aigus et 17 maisons de naissance)
Corrections visant à déterminer la population (exclusions)	29	23
Population	151	160
Données relatives aux coûts et aux prestations indisponibles (nombre d'hôpitaux)	-	5
Données incomplètes ou de qualité insuffisante (nombre d'hôpitaux)	9	7
Refus de communiquer les données (nombre d'hôpitaux)	8	1
Hôpitaux pris en compte dans le benchmarking	134	147
10 ^e percentile :	9'029	8'895
20^e percentile :	9'349	9'231
25 ^e percentile :	9'562	9'455
30 ^e percentile :	9'678	9'633
40 ^e percentile :	9'820	9'802
Médiane :	9'957	9'987
Moyenne :	10'121	10'246
Hôpitaux très chers avec un baserate > Fr. 11 000.-	17	27

Tableau 2 : Vue d'ensemble des benchmarkings SwissDRG 2021 et 2020 du Surveillant des prix

La valeur de référence calculée par le SPR est de Fr. 9 231.- pour 2021 et de Fr. 9 349.- pour 2020. Présenté sous forme graphique, le benchmarking 2021 prend la forme suivante :

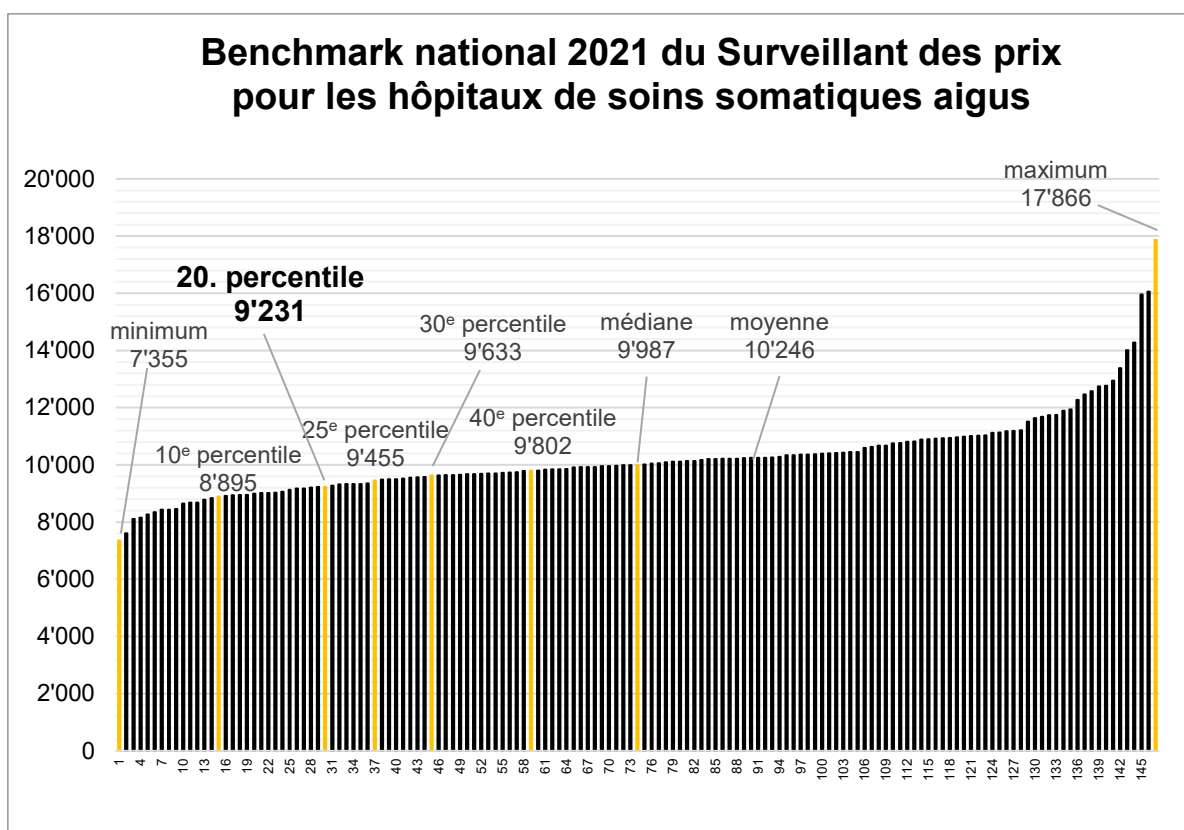


Figure : Distribution des baserates basés sur les coûts, benchmarking national 2021 du Surveillant des prix pour 147 établissements de soins somatiques aigus.

4.3 Contrôle de plausibilité du benchmarking du SPR

Si l'on soumet le benchmarking 2020 et 2021¹² à un contrôle de plausibilité, on s'aperçoit que la méthode satisfait aux huit critères fixés par le TAF pour le benchmarking des hôpitaux (cf. ch. 4.2.1). Il est en particulier très représentatif, il se base sur des coûts calculés, il englobe aussi bien des hôpitaux avantageux que des établissements très chers et, dans l'ensemble, il permet de déterminer ce qu'est un hôpital efficient, ce qui, comme le veut le législateur, incite à accroître l'efficacité.

Une possibilité, pour soumettre les valeurs retenues pour les benchmarkings 2020 et 2021 à un contrôle de plausibilité, est de les comparer à celles du comparatif inter-établissements réalisé par l'OFSP pour le compte de la Confédération, en collaboration avec les cantons et la CDS. Le calcul des baserates et les contrôles de plausibilité y afférents sont effectués par les cantons. La comparaison montre que les valeurs calculées pour le 20^e et le 25^e percentile en 2020 et en 2021 sont très proches de celles retenues par le Surveillant des prix.

	SPR	OFSP, CDS et cantons
20 ^e percentile 2021	9'231	9'259
25 ^e percentile 2021	9'455	9'492
20 ^e percentile 2020	9'349	9'409
25 ^e percentile 2020	9'562	9'519

Tableau 3 : Comparaison entre le calcul du baserate par le Surveillant des prix et celui établi par l'OFSP, la CDS et les cantons sur la base de l'art. 49, al. 8, LAMal, pour le 20^e et le 25^e percentile

¹² C'est le cas également des benchmarkings 2019 et 2022, puisqu'ils reposent sur les mêmes bases, respectivement, que le benchmarking 2020 (Données ITAR_K 2018) et le benchmarking 2021 (Données ITAR_K 2019).

5 Calcul et examen des tarifs hospitaliers des soins psychiatriques (TARPSY)

Le nouveau système tarifaire TARPSY est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018 dans le domaine des prestations hospitalières de la psychiatrie des adultes. Depuis lors, une structure tarifaire uniforme est valable dans toute la Suisse pour l'ensemble des traitements psychiatriques hospitaliers. Les patients sont répartis dans différents groupes de coûts psychiatriques (PCG) en fonction du diagnostic principal, de la gravité de la maladie, des diagnostics supplémentaires et de l'âge. La rémunération est établie en fonction de forfaits journaliers liés à la prestation, qui diminuent avec la durée du séjour. La valeur de la rémunération de base journalière (également appelée « prix de base ») fait l'objet d'une négociation entre cliniques et assureurs. Depuis le 1^{er} janvier 2019, TARPSY s'applique également à la psychiatrie pour enfants et adolescents.

L'introduction des forfaits par cas SwissDRG pour les prestations stationnaires somatiques aigus des hôpitaux a bénéficié des expériences réalisées en Suisse et à l'étranger. Par contre, en ce qui concerne l'introduction de la structure tarifaire TARPSY, il s'agit là d'un développement propre à la Suisse. La structure tarifaire TARPSY a été conçue comme un système apprenant appelé à se développer en permanence.

5.1 Calcul du prix de base pertinent pour le benchmarking

De la même manière que pour le calcul du baserate SwissDRG (voir 4.1.2), le Surveillant des prix calcule pour chaque clinique psychiatrique un prix de base pertinent pour le benchmarking sur la base des données qu'elle a fournies concernant ses coûts et ses prestations. Comme pour les soins stationnaires aigus, le calcul des tarifs se base en principe sur le modèle ITAR_K. Des informations complémentaires, comme le coût relatif journalier moyen (Day-Mix Index, DMI), le nombre de jours d'hospitalisation selon TARPSY ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation en division semi-privée ou privée, sont demandées en sus.

Le calcul des *coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking avant renchérissement* est effectué de la même manière que celui du tarif SwissDRG (voir Tableau 1), à ceci près qu'en lieu et place de la colonne Soins somatiques aigus (*cas LAMal hosp. au sens strict, soins aigus, tarif hosp. LAMal AC ou Total tarif hosp. LAMal*), sont prises en considération des colonnes spécifiques pour la psychiatrie hospitalière selon TARPSY (*psychiatrie cas LAMal hosp. au sens strict* ainsi que *psychiatrie tarif hosp. LAMal AC* ou colonnes analogues ; dans le tarif ITAR-K Version 12.0, ce sont les colonnes CG et CH). Comme dans le domaine des soins somatiques aigus, la déduction normative est appliquée comme le fait la CDS aux cliniques qui ne font pas état de surcoûts occasionnés par des patients avec assurance complémentaire. Dans le domaine de la psychiatrie, cette déduction se monte à Fr. 67.- par journée d'hospitalisation par patient assuré en privé ou en semi-privé. Le Surveillant des prix opère cette déduction même lorsqu'un établissement fait état de coûts moindres, car ceux-ci ne sont pas plausibles.

Les *coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking avant renchérissement* sont ensuite divisés par le *nombre de journées d'hospitalisation de tous les patients avec assurance maladie (LAMal + LAMal AC) (selon TARPSY)* ainsi que par le *coût relatif journalier moyen (Day-Mix Index, DMI) de tous les patients avec assurance maladie (LAMal + LAMal AC) (selon TARPSY)*. En ajoutant le renchérissement, on obtient le prix de base pertinent pour le benchmarking.

5.2 Phase d'introduction

La qualité des données peinait à donner satisfaction jusqu'ici. Le principal problème était de déterminer correctement le nombre de journées d'hospitalisation. Sur les années 2018 et

2019, qui livrent les données de base nécessaires au calcul du benchmarking 2020 et 2021, la facturation des cas a été effectuée conformément à la définition de la « *réglementation transitoire TARPSY* »¹³. Sur 2020 et 2021, par contre, la facturation a été effectuée sur la base des journées d'hospitalisation conformément à la définition « *TARPSY* ». Pour calculer correctement les prix de base fondés sur les coûts pour le benchmarking 2020 ou 2021, il faudrait disposer des journées d'hospitalisation 2018, respectivement 2019 selon « *TARPSY* ». Or malgré les demandes répétées adressées aux fournisseurs de prestations et aux cantons, il n'a pas toujours pu être établi clairement si les journées d'hospitalisation recensées par le SPR ont été établies selon « *TARPSY* » ou selon la « *réglementation transitoire TARPSY* ».

Il est par ailleurs frappant de constater qu'il existe des différences considérables (pouvant aller jusqu'à un facteur 3) entre les cliniques pour ce qui est des valeurs basées sur les coûts que nous avons calculées. Toutefois, dans une structure tarifaire adaptée à la pratique de type DRG, les différences de coûts justifiées devraient être en premier lieu représentées par les coûts relatifs journaliers des différents groupes de coûts (appelés *groupes de coûts psychiatriques*, PCG, dans le système TARPSY) ou par le coût relatif journalier moyen (Day-Mix Index, DMI) des différentes cliniques, et pas par des prix de base différents. Les différences entre les prix de base calculés en se fondant sur les coûts devraient uniquement refléter les différences d'efficacité dans la fourniture de prestations. Il va de soi que les éventuelles lacunes d'une structure tarifaire ne doivent pas être compensées par le biais des tarifs. Pour les cliniques disposant d'une offre de prestations limitée (à l'instar des cliniques de désintoxication) comme pour celles qui proposent une vaste palette de prestations (telles que les cliniques universitaires), il est primordial que la structure tarifaire présente la meilleure représentativité possible, faute de quoi la rémunération au moyen d'un benchmarking basé sur les coûts n'aura pas l'effet incitatif souhaité en termes de gain d'efficacité. Si la structure tarifaire TARPSY ne devenait pas un instrument de facturation convaincant malgré le perfectionnement du système, le législateur devra, de l'avis du SPR, intervenir pour exclure à nouveau les prestations psychiatriques hospitalières de l'obligation d'imputation des coûts par le biais de tarifs liés à la prestation.

Malgré les doutes formulés ci-dessus quant à la qualité et à l'applicabilité de la structure tarifaire TARPSY en tant que telle, les dispositions de la LAMal (art. 49, al. 1, 5^e phrase notamment) et la pratique juridique – toutes deux établissent que les hôpitaux doivent tenir compte des hôpitaux qui fournissent leurs prestations de manière efficiente et avantageuse – s'appliquent aussi aux hôpitaux psychiatriques. Par conséquent, le législateur exige une comparaison et n'a pas prévu d'y renoncer pendant les premières années d'application du système, raison pour laquelle le Surveillant des prix a mis en place un benchmarking basé sur les coûts dès l'année d'introduction de la nouvelle structure tarifaire (2018) afin de tenir compte le mieux possible des exigences de la pratique juridique relatives aux prix de base SwissDRG.

En raison des défis évoqués ci-dessus liés à l'introduction de TARPSY et à la qualité pas encore optimale des données et de la structure tarifaire, le Surveillant des prix a décidé de fixer, lors de la phase d'introduction, la valeur de référence au 20^e percentile en admettant une marge de 10 %, qui disparaîtra à la fin de la phase d'introduction.

¹³ Conformément à la convention de structure tarifaire TARPSY du 1^{er} janvier 2018, les dispositions transitoires ont été appliquées en 2018 et 2019, qui prévoient qu'en complément aux règles et définitions relatives à la facturation des cas selon TARPSY, qu'une journée supplémentaire de soins doit être facturée pour chaque absence de plus de 24h.

6 Calcul et examen des tarifs de la réadaptation hospitalière (ST Reha)

Depuis début 2022, il existe une structure tarifaire nationale unifiée également pour la réadaptation hospitalière (ST Reha, structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière). La rémunération d'un séjour en réadaptation se calcule en multipliant le coût relatif correspondant par la durée de séjour et le prix de base par jour de la clinique concernée. Le Surveillant des prix est invité à prendre position avant l'approbation ou la fixation du prix de base par le canton.

Étant donné qu'à la différence des soins somatiques aigus et de la psychiatrie, on ne dispose pas, pour la réadaptation hospitalière, de benchmarking de l'année précédente, le Surveillant des prix a effectué un benchmarking pour l'année 2021 en se basant sur les données de l'année 2020, influencées par la crise du COVID-19.

De la même façon que pour le calcul du baserate SwissDRG (voir 4.1.2), le Surveillant des prix calcule pour chaque clinique de réadaptation un prix de base pertinent pour le benchmarking en se basant sur les données relatives aux coûts et aux prestations qu'elle a communiquées. Comme pour le domaine des soins stationnaires aigus, le calcul des tarifs se base en principe sur le modèle ITAR_K. Des informations complémentaires, comme le coût relatif journalier moyen (Day-Mix Index, DMI), sont demandées en sus.

Le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking avant renchérissement est effectué de la même manière que celui du tarif SwissDRG (voir tableau 1), à ceci près qu'en lieu et place de la colonne Soins somatiques aigus (*cas LAMal hosp. au sens strict, soins aigus, tarif hosp. LAMal AC ou Total tarif hosp. LAMal*), sont prises en considération des colonnes spécifiques pour la réadaptation (*réadaptation gériatrique cas LAMal hosp. au sens strict, réadaptation gériatrique tarif hosp. LAMal AC*, ou encore d'autres colonnes similaires pour les autres domaines de la réadaptation qui facturent désormais via ST Reha).

Comme dans les domaines des soins somatiques aigus et de la psychiatrie, la déduction normative est appliquée comme le fait la CDS aux cliniques qui ne font pas état de surcoûts occasionnés par des patients avec assurance complémentaire. Dans le domaine de la réadaptation, cette déduction se monte à 9,8 % des coûts d'exploitation prises en compte dans le tarif au titre des patients assurés en division privée ou semi-privée. Le Surveillant des prix opère cette déduction même lorsqu'un établissement fait état de coûts moindres, car ceux-ci ne sont pas plausibles.

Les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking avant renchérissement sont ensuite divisés par le nombre de journées d'hospitalisation de tous les patients avec assurance maladie (LAMal + LAMal AC) (selon ST Reha) ainsi que par le coût relatif journalier moyen (Day-Mix Index, DMI) de tous les patients avec assurance maladie (LAMal + LAMal AC) (selon ST Reha). En ajoutant le renchérissement, on obtient le prix de base pertinent pour le benchmarking.

7 Perspectives

Cette présentation de la pratique adoptée par le SPR pour examiner les tarifs est un relevé 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 du SPR. C'est le cas, par exemple, des commentaires du TAF, évoquées dans la présente publication, au sujet du benchmarking. De plus, il convient de rappeler qu'un système de rémunération fondé sur les 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.

Les dispositions légales pertinentes sont en cours de révision. Les modifications de l'OAMal et de l'OCP ont été mises en consultation en 2020. Le Conseil fédéral a notamment proposé de fixer le benchmark au maximum au 25^e percentile, sur la base du nombre de fournisseurs de prestations. Sitôt ces modifications entrées en vigueur, le SPR adaptera bien entendu sa pratique en conséquence. Ces considérations s'appliquent par analogie aussi au benchmarking dans TARPSY et ST Reha.