

Procédure de benchmarking des hôpitaux suisses 2025

Principes fondamentaux

Contenu

1. Représentatif, validé et reconnu	3
2. Structure quantitative et bases de données	3
3. Cadre juridique.....	3
4. Principe de la collecte des données	4
5. Contrôle de plausibilité et étapes de vérification	5
6. Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le Benchmark	6
7. Critère de l'efficacité.....	7

1. Représentatif, valide et reconnu

Conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la tarification des hôpitaux et cliniques suisses doit se fonder sur un benchmark national des coûts. Depuis 2007, l'association SpitalBenchmark est la seule en Suisse à fournir de manière objective un Benchmark complet des coûts conforme à la LAMal pour les hôpitaux et les cliniques dans les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation, sur la base de données plausibles de l'exercice précédent.

Le Benchmark est calculé sur la base d'ITAR_K®, après que les données détaillées sur les prestations et les coûts ont été vérifiées par des spécialistes expérimentés dans le domaine du controlling médical et financier selon une méthodologie uniforme et plausibilisées avec les hôpitaux.

À la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), swiss economics a rédigé un rapport sur les répercussions financières de la pandémie de coronavirus en 2020 sur les hôpitaux et les cliniques. Ce rapport, qui a été publié, constate que « grâce à la représentation rapide et désagrégée des données de prestations, la source de données de SpitalBenchmark s'est avérée la plus appropriée ». L'association SpitalBenchmark se réjouit de cet constat, car il souligne qu'un Benchmark indépendant a été mis en œuvre.

2. Structure quantitative et bases de données

Le Benchmark repose sur les données détaillées fournies par les hôpitaux et les cliniques de toutes les catégories de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'ensemble du territoire. Une comparaison avec les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » publiés par l'OFSP, disponibles pour l'année précédente, met en évidence la couverture élevée et donc la représentativité (la comparaison est incluse dans les résultats).

3. Cadre juridique

Le monde politique exige que la Suisse dispose d'un système hospitalier concurrentiel à même de fournir des prestations efficaces, appropriées et économiques. Trois structures tarifaires nationales ont été élaborées pour la rémunération des traitements stationnaires. SwissDRG s'applique aux soins somatiques aigus, TARPSY à la psychiatrie et ST Reha à la réadaptation depuis 2022.

Conformément à la LAMal, le Conseil fédéral ordonne des comparaisons entre les hôpitaux et les cliniques à l'échelle nationale et publie les résultats. Le montant de l'indemnisation est basé sur les hôpitaux et les cliniques qui fournissent dans la qualité requise, de manière efficace et à un coût raisonnable les prestations tarifées qui relèvent de l'assurance obligatoire.

Principes du Tribunal administratif fédéral

Dans le cadre de procédures de fixation des tarifs, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a dû clarifier l'interprétation de la loi et de ses ordonnances. À cette fin, différents principes ont été établis et des directives définies pour le Benchmarking. H+ a récapitulé tous les principes et précisions émis par le TAF et le Tribunal fédéral (TF) en matière de détermination des coûts et de formation du tarif dans le domaine de l'AOS¹ (avec les références aux passages des arrêts). La liste suivante présente les décisions importantes qui ont été rendues dans le cadre de procédures concernant les soins somatiques aigus. Elles s'appliquent également à la psychiatrie et à la réadaptation.

¹ D : https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.5_Dezember_2022.pdf

F : https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.5_Dezember_2022_fr.pdf

I : https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.5_Dezember_2022_it.pdf

- Dans l'idéal, la procédure de Benchmarking doit être appliquée dans toute la Suisse selon une méthodologie uniforme et sur la base de données relatives aux coûts.
- Au cours d'une phase d'introduction (non définie plus précisément), l'OFSP autorise notamment les hôpitaux universitaires, les hôpitaux pédiatriques et les maisons de naissance à procéder à un Benchmarking dans des groupes de comparaison distincts.
- Les gains liés à l'efficacité sont autorisés.
- Le Benchmark doit être basé sur les données relatives aux coûts et non sur les tarifs.
- Les déductions pour manque de transparence ne sont pas autorisées pour l'établissement du Benchmark.
- Les charges d'utilisation des immobilisations doivent en principe être indiquées conformément à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et des établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).
- REKOLE® en tant que base de données et ITAR_K® en tant que présentation des coûts sont reconnus.
- Les coûts liés à la recherche et à l'enseignement universitaire (formation initiale et postgraduée) doivent être comptabilisés sur des centres de coûts distincts.
- Si le canton fournit des prestations d'intérêt général pour des tâches relevant de la politique régionale, celles-ci doivent être comptabilisées comme des mandats séparés (unités d'imputation) et ne doivent pas être déduites des coûts.
- Le critère d'efficacité appliqué par les cantons, à savoir le 40^e ou le 50^e percentile (pondération en fonction du nombre de cas ou des points de Case mix), est confirmé.

Dans ses rapports, SwissDRG SA souligne que la structure tarifaire ne permet pas encore de refléter toutes les différences de coûts. L'OFSP précise en outre que trois conditions doivent être remplies pour que la phase d'introduction de SwissDRG puisse être achevée : une structure tarifaire suffisamment différenciée, la publication d'une comparaison des coûts par cas et les directives du Conseil fédéral relatives à la détermination uniforme des tarifs à l'échelle nationale. Selon l'OFSP, les deux premières conditions sont remplies, mais pas la troisième.

4. Principe de la collecte des données

Pour établir le Benchmark, SpitalBenchmark utilise des données détaillées sur les prestations et les coûts qui lui sont transmises chaque année directement par les hôpitaux et les cliniques. Il s'agit de données de routine prescrites par la loi, qui doivent être collectées à l'intention de l'OFS, pour SwissDRG SA ou les cantons. En outre, la « comptabilité analytique selon la structure tarifaire » est obtenue sous la forme d'ITAR_K®. Divers indicateurs sont collectés pour vérifier l'exhaustivité et valider la qualité des données.

Plus précisément, les sources de données suivantes sont utilisées pour les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation.

- Données de base avec informations sur l'institution
- Indicateurs financiers
- Taux de charges (coûts par centre de charges auxiliaire, p. ex. service technique, administration, anesthésie, etc.)
- Tarifs AOS
- Statistique médicale des hôpitaux et coûts par cas (ensemble de données SpiGes anonymisé)
- Données sur les procédures, médicaments et traitements très onéreux
- ITAR_K® dans sa version actuelle selon les spécifications de H+, y compris les fichiers de validation
- Statistique des hôpitaux de l'OFS

- Passerelle d'ajustement de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Coûts et recettes pour l'enseignement/la recherche et les prestations d'intérêt général
- Rapport annuel (si nécessaire)

La version d'ITAR_K® en vigueur peut être consultée à l'adresse www.hplus.ch. Le domaine médical est recensé selon la terminologie et les directives de codage de l'OFS. Le codage s'effectue selon cette version de SwissDRG. Les données sont gérées séparément pour les domaines des soins aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

5. Contrôle de plausibilité et étapes de vérification

SpitalBenchmark accorde une grande importance à la vérification des données prises en compte dans le Benchmark. Dès la livraison des données, des contrôles automatisés de l'exhaustivité sont effectués en comparant différentes sources de données. Ensuite, chaque hôpital et chaque clinique sont contrôlés individuellement par l'équipe de vérification selon des étapes prédéfinies. Toutes les sources de données sont disponibles à cet effet et, si nécessaire, l'analyse peut être effectuée jusqu'au niveau du cas individuel anonymisé. Un instrument est disponible pour faciliter le travail de contrôle. Les résultats des contrôles sont consignés et transmis à l'hôpital ou à la clinique.

Équipe de vérification

La vérification est confiée à des spécialistes expérimentés issus des domaines des soins aigus, de la psychiatrie, de la réadaptation et des maisons de naissance, qui disposent de connaissances spécialisées en finance et en contrôle de gestion. Les contrôles sont effectués selon une systématique prédéfinie et donc de manière uniforme. L'équipe de contrôle est composée de douze personnes qui ont suivi une formation ciblée et complète avant de remplir leur tâche.

Aucune modification des données

SpitalBenchmark n'effectue aucune augmentation ou réduction normative, ni aucune autre intervention ou manipulation dans la base de données utilisée pour le Benchmarking. Si les données fournies ne sont pas claires, les vérificateurs les soumettent aux membres pour contrôle. Les hôpitaux et les cliniques ont la possibilité d'apporter des corrections à leurs données sources sur la base des lacunes constatées et de les renvoyer à SpitalBenchmark. Ce processus itératif garantit aux hôpitaux et aux cliniques la possibilité d'utiliser des données validées et plausibilisées pour leurs transmissions aux cantons, à la Confédération et aux autres parties. L'association SpitalBenchmark joue ainsi un rôle central en matière de qualité des données pour les statistiques officielles de la Confédération. Il convient de noter que certains cantons exigent que les hôpitaux et les cliniques fournissent leurs données trop tôt pour que la vérification puisse avoir lieu avant leur livraison. Il est donc possible que les données fournies à ces cantons ne correspondent pas à la version définitive après vérification.

Aucune exclusion d'hôpitaux

SpitalBenchmark n'exclut aucun hôpital ni aucune clinique lors de la vérification sur la base des résultats (montant des coûts par cas) et n'effectue donc aucune sélection positive pour le Benchmark. Comme décrit, les données non plausibles sont transmises aux hôpitaux et cliniques pour correction. Si cela n'est pas possible dans un cas particulier, il n'y a pas d'exclusion générale, mais les données ne sont pas prises en compte dans l'évaluation spécifique.

Prise en compte des décisions du TAF

Comme précisé en introduction, le TAF examine également les faits détaillés dans les procédures de fixation des tarifs. SpitalBenchmark tient compte de ces décisions dans ses travaux.

Étapes de contrôle

La vérification des données de base s'effectue de manière structurée en plusieurs étapes. Elle s'appuie sur les sources de données décrites au chapitre précédent, complétées par les données des années précédentes sous la même forme. Les différentes étapes de vérification sont décrites ci-après à titre d'exemple.

- **Étape 1 : contrôle automatique**

Les données sont transmises par l'hôpital ou la clinique par voie électronique sur le portail de SpitalBenchmark. Un premier contrôle automatique est alors effectué pour vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des données. Il s'agit notamment de vérifier si les fichiers correspondent à la structure requise et si les données peuvent être reliées entre elles. Les formulaires sont vérifiés afin de s'assurer que les données ont été saisies correctement et qu'elles sont complètes. Si des erreurs sont détectées, les données sont refusées et ne sont donc pas enregistrées dans la base de données. Elles doivent être corrigées et renvoyées par l'hôpital ou la clinique.

- **Étape 2 : résultat de la mise en relation des données**

La mise en relation de différentes sources de données permet de comparer la cohérence des données fournies. Les différences sont visibles et les corrections sont vérifiées.

- **Étape 3 : coordination**

Les vérificateurs contrôlent la cohérence du contenu et les montants. Les chiffres financiers, les évolutions par rapport à l'année précédente et le rapport annuel sont également pris en compte lors de cette vérification. Les écarts inexpliqués sont discutés avec l'hôpital ou la clinique. Un feedback est obligatoire. Il peut se faire sous la forme d'une explication jugée suffisante ou du téléchargement de données corrigées. Dans ce dernier cas, le processus de vérification recommence depuis le début.

- **Étape 4 : documentation**

Le contrôle est documenté en permanence. À l'issue du contrôle, le protocole est transmis par voie électronique à l'hôpital ou à la clinique.

- **Étape 5 : validation**

Une fois le contrôle terminé, les données sont validées pour l'établissement du Benchmark et les évaluations.

6. Calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le Benchmark

Principe

Pour le calcul des coûts présentés dans le Benchmarking, on utilise la version ITAR_K® de H+ en vigueur. La structure d'ITAR_K® suit les prescriptions de la LAMal et les décisions du TAF. Il existe une passerelle d'ajustement entre la comptabilité d'exploitation et la comptabilité financière, les coûts et charges non imputables sont éliminés et les coûts imputables sont affectés aux différents tarifs. Les coûts effectifs de l'enseignement et de la recherche ainsi que les coûts des prestations d'intérêt général sont comptabilisés sur les centres de charge correspondants. Lors de la certification REKOLE® (obligatoire dans de nombreux cantons pour l'obtention d'un mandat de prestations), l'application correcte des prescriptions est vérifiée.

Calcul

Le calcul est effectué conformément aux explications relatives à l'application d'ITAR_K® :

- **Déduction pour l'enseignement universitaire et la recherche**

Il existe une unité finale d'imputation propre pour l'enseignement universitaire et la recherche. Les coûts effectifs et les recettes éventuelles sont comptabilisés sur cette unité finale d'imputation, de sorte que l'enseignement et la recherche sont exclus de l'AOS conformément à la LAMal.

- **Déduction pour les prestations d'intérêt général**

Il existe des unités finales d'imputation propres pour les mandats de prestations d'intérêt général. Les coûts effectifs et les recettes sont comptabilisés sur ces unités finales d'imputation, de sorte que ces coûts sont exclus de l'AOS conformément à la LAMal.

- **Charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE® et l'OCP**

Les charges d'utilisation des immobilisations sont déterminées d'une part selon une approche comptable (REKOLE®) et d'autre part selon les prescriptions de l'OCP. SpitalBenchmark n'utilise pas de valeurs normatives à cet effet.

La LAMal stipule que les coûts doivent être enregistrés et présentés sur une base économique. L'OCP prescrit que les charges d'utilisation des immobilisations doivent être amorties selon la comptabilité financière et non selon la comptabilité d'exploitation. Cette exigence a pour conséquence que les hôpitaux et les cliniques dont les bâtiments sont anciens sont particulièrement sous-financés. Le fait que certains cantons n'aient pas cédé les biens immobiliers à leur valeur vénale à l'hôpital « autonome » constitue un facteur de distorsion supplémentaire. Un Benchmark utilisant les charges d'utilisation des immobilisations selon l'OCP ne correspond pas à la vérité des coûts. Avec les prescriptions de l'OCP, le parc immobilier est sous-évalué.

- **Charges des intérêts/renchérissement**

Pour les hôpitaux certifiés REKOLE®, les charges effectives des intérêts sont calculées ; pour les hôpitaux non certifiés, le calcul est effectué selon le modèle du Surveillant des prix. La base est le rendement moyen des obligations de la Confédération pour dix ans et avec un délai de paiement de 40 jours. Conformément à la LAMal, le renchérissement doit être calculé selon le Benchmark.

7. Critère de l'efficacité

Principes

Il existe des divergences d'opinion considérables quant au calcul de l'indicateur de l'efficacité. La méthode se compose d'une pondération des hôpitaux et des cliniques et du percentile applicable.

Pondération

La forme de la pondération joue un rôle décisif sur le Benchmarking, tant dans le domaine des soins somatiques aigus que dans ceux de la psychiatrie et de la réadaptation. Trois variantes sont principalement disponibles.

- **En fonction du nombre d'hôpitaux et de cliniques**

Les coûts des différents hôpitaux et cliniques sont classés par ordre croissant, sans tenir compte du nombre de cas et de l'offre de prestations (Cost-weight). Le percentile choisi détermine l'hôpital de référence (Benchmark) et donc la valeur du Benchmark. Lors d'une élaboration en fonction du nombre d'hôpitaux et de cliniques, les cliniques spécialisées proposant une offre de prestations limitée ou ciblée se

voient attribuer un poids très important, puisque la pondération est la même pour tous les établissements, indépendamment de l'offre de prestations et de la taille.

- **En fonction du nombre de cas**

L'ordre est déterminé par le nombre de cas traités par les hôpitaux et les cliniques. Le percentile choisi détermine l'hôpital de référence (Benchmark) et donc la valeur du Benchmark. La pondération selon le nombre de cas tient compte de l'étendue des prestations des différents hôpitaux et cliniques, mais ne dit rien sur la répartition de la gravité des cas.

- **Selon le Cost-weight CM (soins aigus) ou DM (psychiatrie)**

Le Cost-weight (coût relatif) de chacun des cas est additionné par hôpital et clinique. L'ordre dans la liste est déterminé par le total du Cost-weight des hôpitaux et des cliniques. Le percentile choisi détermine l'hôpital de référence (Benchmark) et donc la valeur du Benchmark. La pondération en fonction du Cost-weight tient compte à la fois du nombre et de la gravité des cas. Le système tarifaire DRG est ainsi correctement représenté.

Les hôpitaux considèrent qu'une pondération selon les points de Case mix est conforme au système DRG. En revanche, la Surveillance des prix et les assureurs-maladie font reposer la pondération sur le nombre d'hôpitaux. Les hôpitaux proposant une gamme de prestations spécifique ou une offre limitée (p. ex. pas d'urgence, pas de formation, ouverture cinq jours par semaine) sont ainsi surpondérés. C'est pourquoi un Benchmark distinct est calculé pour les maisons de naissance.

Choix du percentile

En optant pour un percentile bas, les assureurs-maladie et le Surveillant des prix rivalisent d'exigences. Les hôpitaux et les cliniques considèrent déjà le 50^e percentile comme sévère. Le TAF a accepté le 40^e percentile (pondéré selon les points de Case mix) comme approprié (ATAF 2014/36). Cela signifie qu'en appliquant le 40^e percentile, on considère que 60 % des hôpitaux et des cliniques ne travaillent pas efficacement. Cela n'est pas du tout le cas. L'OFSP lui-même précise sur son site Internet : « Il faut tenir compte du fait que la rémunération à l'aide de forfaits conduit, pour certaines prestations, à des imprécisions de représentation liées au système. Les hôpitaux qui fournissent une grande part de prestations qui ne sont pas représentées de manière adéquate présentent éventuellement des coûts par cas qui ne reflètent pas nécessairement leur efficacité. Ainsi, des coûts élevés (par exemple pour les hôpitaux de soins finaux) ne se rapportent pas nécessairement à une faible efficacité, de même que des coûts bas ne se rapportent pas nécessairement à une efficacité élevée. Cet aspect doit être pris en compte lors d'une comparaison des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité entre différents hôpitaux. »

Conclusion

En utilisant un percentile bas et la pondération « selon le nombre d'hôpitaux et de cliniques », les cliniques spécialisées dont l'offre de prestations est très restreinte ou dont la plage de fonctionnement est limitée (semaine de cinq jours) se voient attribuer un poids excessif. Jusqu'à 90 % des cas traités ne sont ainsi pas pris en compte, ce qui conduit inévitablement à un sous-financement.

Polynomics SA a examiné les effets à long terme du choix d'un percentile bas sur les finances et la sécurité des soins. « Nous montrons dans une simulation simple que le choix du 25^e percentile conduirait en quelques années à l'épuisement des fonds propres de la majorité des hôpitaux en raison des pertes subies et à leur disparition du marché si aucun moyen supplémentaire (subventions, dons) ou nouveau capital n'est injecté par les propriétaires. Les hôpitaux universitaires seraient les premiers à être victimes d'un percentile bas. Après 14 ans, la moitié des hôpitaux auraient déjà disparu du marché. Même en utilisant le 50^e percentile, le Benchmark baisserait constamment et des hôpitaux continueraient de disparaître du marché, mais à un rythme plus lent. Après 46 ans, il ne resterait plus que la moitié des hôpitaux. »

Compte tenu également des lacunes qui subsistent dans la représentation par les structures tarifaires nationales de SwissDRG SA, un Benchmarking à l'échelle nationale entre différents hôpitaux et cliniques ne permet pas de justifier une norme plus stricte que le 40^e percentile (pondéré selon les points de Case mix ou de Day mix, ou éventuellement selon les cas).

Les dispositions de la LAMal stipulent que les négociations tarifaires de l'année en cours pour le Baserate (prix de base) de l'année suivante doivent se fonder sur la valeur de référence de l'année précédente. Il en résulte que le prix de base applicable correspond au mieux au niveau des coûts d'il y a deux ans. Ce décalage dans l'application des tarifs fausse encore davantage la valeur du percentile.