EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Communauté d'achat HSK
Benchmark SwissDRG
Année tarifaire 2019

Fact sheet | Août 2018

Contenu

1. Contexte 3

1.1 Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking 3
1.2 Aperçu de la procédure benchmark pour les soins somatiques aigus 4

2. Benchmark HSK 2018 : Bases et méthodologie 5

2.1 Principes fondamentaux | méthodologie 5
2.2 Hôpitaux inclus 5
2.3 Critères d'exclusion 5
2.4 Couverture régionale 6
2.5 Couverture par catégorie OFS 6
2.6 Couverture par casemix 6
2.7 Transparence des données 7
2.8 Vérification de la plausibilité des données 7
2.9 Calcul des charges d'exploitation pertinentes pour le BM 7
2.9.1 Schéma de calcul 7
2.9.2 Remarques sur les charges d'exploitation pertinentes pour le BM selon HSK 8
2.10 Choix du percentile 9
2.11 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée 10
2.12 Les catégories OFS ne permettent pas une comparaison 10
2.13 Casemix selon les cantons 11
2.14 Différences de coûts entre les cantons 11
2.15 Evaluation 12

3. Benchmark HSK : résultats et évaluations 13

3.1 Percentile | valeur du benchmark 13
3.2 Comparabilité via PCA 13
3.2.1 Critères pour la validation analytique 13
3.2.2 Validation par la distance de Manhattan (DM) 15
3.2.3 Validation au moyen de la PCA 16
3.3 Validation du BM HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels) 19
3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2018 19
3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2019 19

4. Récapitulatif 21

Annexe 22

BM HSK : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA 22
Répertoire des abréviations 24

1. Contexte

1.1 Lignes directrices du TAF pour la procédure de benchmarking

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) précise que la procédure de benchmarking doit idéalement concerner toute la Suisse et être basée sur les coûts relevés par étude complète et donc en fonction d'une valeur de référence nationale.

Les principales conditions-cadre du TAF sont :

- ***Mécanisme de calcul des prix à deux niveaux :*** 1er niveau = Benchmark (BM, valeur de référence), 2ème niveau = négociations de prix individuelles. Il s'ensuit que la valeur BM doit être considérée comme une valeur indicative pour les négociations individuelles avec les hôpitaux.

- La procédure de benchmarking doit par principe être **fondée sur les coûts** (coûts d'exploitation des hôpitaux pertinents pour le BM). Les déductions (par exemple pour manque de transparence) ne doivent pas être prises en compte dans la procédure BM.

- Le BM doit être calculé ***pour toute la Suisse*** en fonction d'une valeur de référence elle aussi idéalement nationale.

- Le BM doit comprendre un ***volume comparatif*** le plus ***grand*** possible et ***représentatif*** pour tous les hôpitaux, afin notamment d'être exempt de distorsions liées à la concurrence et de parvenir à calculer de manière la plus précise et réelle les données de coûts et de prestations pertinentes pour le BM et qui doivent être comparées ***selon une méthode uniforme***. Une procédure BM qui présélectionne certains hôpitaux ou groupes d'hôpitaux n'est pas admise.

- Le BM doit se baser le plus possible sur des chiffres effectifs plutôt que sur des valeurs normatives.

- Plus le nombre d'hôpitaux dans le BM est faible, plus les exigences en matière de calcul correct des coûts d'exploitation pertinents pour le BM sont élevées.

- Il n'est pas admis de fixer une valeur BM pour un hôpital dont les coûts d'exploitation pertinents pour le BM n'ont ***pas été collectés de manière conforme à la LAMal***.

- Dans un nouveau jugement, le tribunal considère que la mesure de l'efficience pour le benchmark est concrètement une fixation d'un percentile bas[1].

[1] *TAF C-2921/2014-12.42018 : « Le Tribunal a également considéré que la stabilisation des coûts poursuivie par la révision légale et le fait que les tarifs hospitaliers ne résultent pas d'une concurrence effective entre les hôpitaux parlent en faveur d'une application stricte du critère de l'efficience des prestations fournies, soit concrètement d'une fixation d'un percentile bas ».*

1.2 Aperçu de la procédure benchmark pour les soins somatiques aigus

En prenant août 2018 comme date de référence, la situation se présente de la manière suivante :

Procédure BM	Remarques
Procédure de BM standardisée à l'échelle nationale	Pas disponible.
BM des autorités sanitaires de Zurich[1]	Comparaison dans le canton des coûts par cas (communiqué de presse du 7 août 2018). Le calcul des coûts ne peut être consulté. Les coûts par cas avérés des hôpitaux divergent parfois des coûts d'exploitation pertinents pour le BM resp. de base-rate (BR) technique selon les données ITAR-K des hôpitaux. Les hôpitaux universitaires ainsi que les maisons de naissance ne sont pas compris dans le benchmark.
BM de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)	Les cantons peuvent procéder à un BM intercantonal grâce à l'échange de données coordonné dans le cadre de la CDS. Les cantons peuvent effectuer une certaine vérification de la plausibilité des données. Bien que les cantons disposent tous de la même base de données, certains d'entre eux utilisent leurs propres calculs de l'économicité et il existe par conséquent des valeurs de référence cantonales (différentes).[2]
BM de l'Association SpitalBenchmark (H+)	Etablit son propre benchmarking. Les résultats sont publiés sur le site Internet de l'Association. État août 2018 : le BM actuel n'a pas encore été publié.
BM tarifsuisse	Le BM de tarifsuisse pour l'exercice tarifaire 2018 repose sur les données de 132 hôpitaux et s'inscrit à CHF 9443.– sur la base du 1er quartile. État août 2018 : le BM de l'exercice tarifaire 2019 n'a pas encore été publié.
Autorité de surveillance des prix	Sur la base des données de l'OFS de 2015 (statistique des hôpitaux, statistique médicale), le Surveillant des prix a calculé une valeur du benchmark provisoire de CHF 9428.– (CHF 9368.– plus renchérissement de 0,64%). Pour l'année tarifaire 2019, la valeur du BM n'est pas encore connue. La valeur indicative de la surveillance des prix correspond au 20e percentile, non pondéré (ou en fonction du nombre d'hôpitaux).
Office fédéral de la santé publique (OFSP)[3]	L'OFSP a développé un algorithme permettant d'effectuer une comparaison grâce aux indicateurs CMI, aux DRG utilisés et à une partie du High-Outlier et ainsi de former 7 catégories d'hôpitaux. Apparemment, l'approche n'a plus été poursuivie.

Deskriptive Statistik je Spitalkategorie T1

Spitalkategorie	Anzahl Spitäler	Median der SDFK* über alle Spitäler	Quartilsdispersionskoeffizient**
1	8	7232	0,18
2	37	8734	0,12
3	31	8735	0,08
4	5	8834	0,15
5	9	10323	0,42
6	5	9382	0,12
7	5	11 351	0,12

* standardisierte durchschnittliche Fallkosten in Franken
** Quantifizierung der Kostenheterogenität = (3. Quartil – 1. Quartil)/Median
Quelle: eigene Berechnung

[1] *Source : Direction de la santé publique, Zurich; http://www.gd.zh.ch*

[2] *Citons à ce titre le canton d'Argovie (https://www.ag/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung. La valeur de BM du canton d'Argovie s'inscrit à CHF 9609.– pour l'année tarifaire 2017 sur la base des données de 76 hôpitaux*

[3] *Kris Haslebacher, Spitalklassifizierung: neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich, page 110, Soziale Sicherheit CHSS 2 /2015*

2. Benchmark HSK 2018 : Bases et méthodologie

2.1 Principes fondamentaux | méthodologie

Comme il n'existe pas de BM à l'échelle nationale, HSK effectue sa propre procédure de benchmarking.

Pour la première étape de la détermination des prix, c'est-à-dire le calcul des coûts par cas (Baserate technique, resp. coûts par cas corrigés ICM), HSK se base sur la livraison des données des hôpitaux (ITAR_K©), mais procède à des propres calculs des tarifs sur la base du modèle tarifaire HSK (cf. 2.9). Le percentile pour la valeur de référence est réduit pour l'année tarifaire 2019, ce pour les arguments indiqués au chapitre 3.

En ce qui concerne la deuxième étape de détermination des prix, il s'agit de trouver une comparabilité objective des hôpitaux et cliniques pour les négociations individuelles des prix avec les hôpitaux. L'approche HSK s'appuie sur la proposition de l'OFSP. Toutefois, la formation de catégories d'hôpitaux pour le BM contredit l'approche d'un système DRG, ainsi que la jurisprudence, c'est pourquoi HSK renonce à la formation de catégories de BM.

HSK établit cette comparabilité par l'application de l'analyse en composantes principales (Principal Component Analysis, PCA).

Contrairement à la proposition de l'OFSP qui utilise trois indicateurs, HSK utilise les indicateurs suivants pour la comparaison :

- Nombre de DRG utilisés
- Nombre de cas
- Indice du casemix (CMI)
- Quotient de la durée de séjour
- Nombre de postes de médecins assistants
- Hôpital de soins finaux
- Service d'urgence reconnu
- Nouveau : degré d'atteinte du nombre de cas minimum selon les groupes de prestations pour la planification hospitalière zurichois (GPPH) 2018.1

Sur cette base, il est possible de définir des fourchettes de prix pour les différents groupes de comparaison (cluster).

2.2 Hôpitaux inclus

Pour le benchmark, 124 hôpitaux et cliniques ont été pris en compte, nombre légèrement inférieur à celui de l'année précédente (cf. annexe).

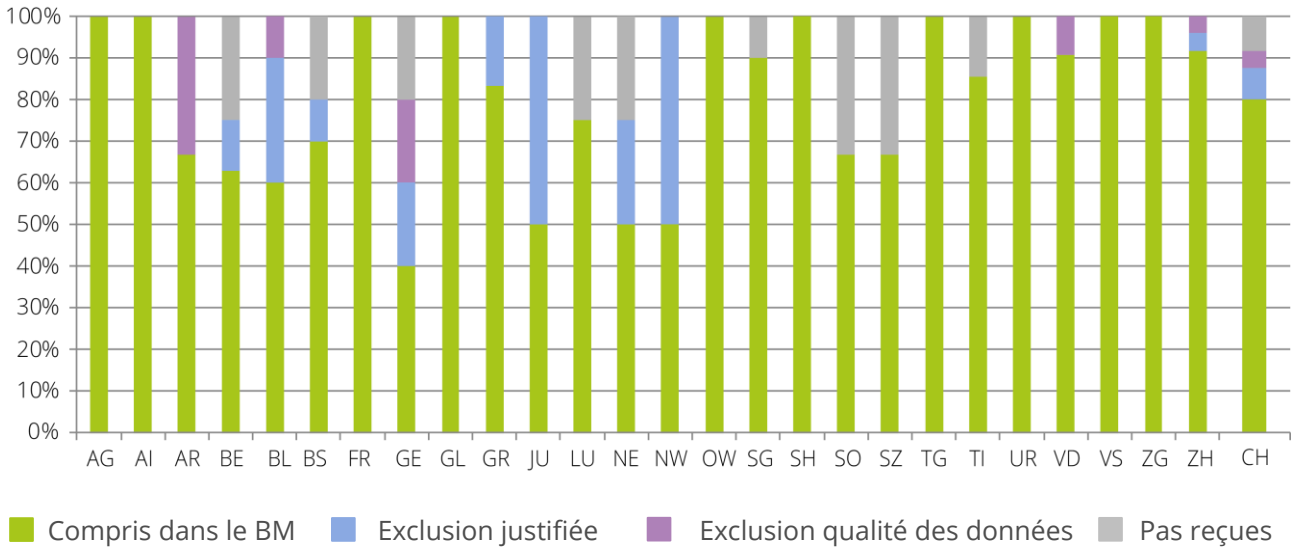
2.3 Critères d'exclusion

Ne sont pas pris en compte dans le BM :

- 11 Hôpitaux et maisons de naissance ayant un casemix < 100
- 3 hôpitaux avec des données non plausibles ou des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) seulement selon REKOLE®
- Hôpitaux n'ayant communiqué aucune donnée au 9 août ou dont la plausibilité des données n'a plus pu faire l'objet d'une vérification à la suite d'une livraison tardive
- Cas spéciaux (CSP Nottwil, Clinique Lengg, Zurich)

2.4 Couverture régionale

Fig.1 Couverture régionale



Tous les cantons sont inclus dans le benchmark. Au niveau suisse, le taux de couverture est de 80%, dans 10 cantons il est de 100% (contre 13 cantons l'année précédente).

2.5 Couverture par catégorie OFS

Les hôpitaux de toutes les catégories OFS sont inclus dans le BM HSK :

Catégorie OFS		Nombre d'hôpitaux
K111	Prise en charge centralisée Niveau de soins 1	5 (comme l'année précédente)
K112	Prise en charge centralisée Niveau de soins 2	34 (contre 31 l'année précédente)
K121-K123	Soins de base Niveau de soins 3-5	45 (contre 55 l'année précédente)
K231	Autres cliniques spécialisées en chirurgie	22 (contre 21 l'année précédente)
K232	Autres cliniques spécialisées en gynécologie / néonatologie	7 (contre 5 l'année précédente)
K233	Autres cliniques spécialisées en pédiatrie	3 (comme l'année précédente)
K234	Autres cliniques spécialisées en gériatrie	2 (contre 4 l'année précédente)
K235	Diverses cliniques spécialisées	6 (contre 5 l'année précédente)
Total		**124 (contre 129 l'année précédente)**

2.6 Couverture par casemix

Le BM HSK couvre plus de 80% du volume mesuré à l'aune du casemix, dans l'ensemble de la Suisse.

2.7 Transparence des données

Le TAF précise que lors de la ***fixation des prix et de l'examen de l'économicité, tous les coûts et données des prestations*** des hôpitaux sont ***pris en considération***. C'est pourquoi HSK demande à nouveau lors de cette 8ème année de négociation SwissDRG la version complète ITAR_K© (prestations et coûts), y compris la présentation détaillée du domaine hospitalier ambulatoire. En général, le degré de transparence s'est amélioré par rapport aux années précédentes. Cependant des hôpitaux doivent toujours être exclus du benchmark du fait de données non plausibles ou parce que les coûts d'utilisation des immobilisations sont uniquement indiqués selon REKOLE®.

2.8 Vérification de la plausibilité des données

Pour un grand nombre d'hôpitaux et de cliniques, il y a eu un ajustement correct entre la comptabilité financière et la comptabilité d'exploitation. Il existe également une concordance pour toutes les cliniques entre le relevé par unité finale d'imputation et le relevé ITAR_K©. Pour une majorité des cliniques incluses, la concordance entre la comptabilité financière ITAR_K© et le bouclement des comptes a pu être validée. Par ailleurs, HSK utilise des comparaisons de données systématiques avec les données précédentes pour identifier des développements anormaux des coûts et de prestations.

2.9 Calcul des charges d'exploitation pertinentes pour le BM

2.9.1 Schéma de calcul

Le calcul des charges d'exploitation pertinentes pour le BM s'effectue selon le schéma suivant :

Schéma de calcul	Remarques
Total des coûts selon CoEx (calcul unitaire)	
./. Coûts d'investissement	Données des hôpitaux (OCP)
./. Produit du groupe de compte 65	Données des hôpitaux, selon consignes ITAR_K© selon consignes TAF
+ Imputation produit du groupe de compte 66	En cas de gestion avec réduction des coûts dans le centre de coûts, données des hôpitaux
./. Honoraires médicaux Assurés complémentaires	Données des hôpitaux
= Coûts d'exploitation nets (CEN) I	
./. Déduction subsidiaire pour ens. univ. et recherche	Déduction effective mais au minimum normative Valeurs normatives < 75 lits : 0,8% > 75 lits : 1,5% > 125 lits : 3,5% Hôpitaux universitaires : effective[1]
./. Prestations d'intérêt général	Selon données des hôpitaux. HSK ne peut pas vérifier si toutes les prestations d'intérêt général ont été déclarées.
= Coûts d'exploitation nets II (CEN)	

[1] *sans préjudice aucun des négociations en cours*

Schéma de calcul	Remarques
./. Déduction pour coûts supplémentaires découlant des prestations pour patients au bénéfice d'une assurance complémentaire	HSK applique dans l'ensemble l'approche de la CDS Est[1] : ▪ par cas DP : CHF 800 ▪ par cas P : CHF 1000 Pondération DP/P selon mix des assurés HSK
./. Coûts non compris dans le BR (DRG non évalués, indemnisations complémentaires, prestations tarifées séparément)	Données des hôpitaux.
Renchérissement	Non compris dans la valeur BM
Calcul de projection	Non compris dans la valeur BM
Déductions pour manque de transparence	Non compris dans la valeur BM
Charge d'utilisation des immobilisations (CUI)	▪ sont exclusivement pris en compte dans le BM les CUI selon l'OCP. ▪ la part en pourcent des CUI varie fortement selon les hôpitaux. ▪ les CUI présentées ont pu être rendues plausibles par HSK via la comptabilité des investissements (livraison des données OFS).
= Charges d'exploitation pertinentes pour le BM HSK	

2.9.2 Remarques sur les charges d'exploitation pertinentes pour le BM selon HSK

Déductions forfaitaires des prestations supplémentaires LCA

Le TAF demande principalement des données effectives pour dissocier les prestations supplémentaires du domaine de l'assurance complémentaire mais n'exclut pas une approche normative, comme celle par exemple de la CDS Est (CHF 800.– par cas HP/CHF 1000.– pour un cas P).

Selon HSK, la déduction pour les prestations supplémentaires LCA est trop faible pour une majorité de fournisseurs de prestations en appliquant les calculs de ITAR_K. Les prestations complémentaires déduites dans ITAR_K© pour les assurés complémentaires s'élèvent par cas LCA à seulement CHF 369.–.

C'est pourquoi HSK utilise pour le BM comme minimum les approches normatives selon les indications susmentionnées (voir 2.9.1). Le calcul différent ITAR_K©/HSK a les répercussions suivantes sur le BM :

Frais supplémentaires LCA	ITAR_K©		Calcul HSK[2]		Différence Total AM (cas/baserate)
	LCA seulement	Total AM	LCA seulement	Total AM	
Coûts par cas	CHF 369.–	CHF 65.–	CHF 911.–	CHF 183.–	CHF 109.–
Coûts corrigés CMI CHF	CHF 310.–	CHF 62.–	CHF 767.–	CHF 174.–	CHF 104.–

[1] *Selon la jurisprudence (ATAF C2283/2013-C-3617/2013), l'approche se base sur la méthodique de la CDS-Est, notamment pour garantir que les déductions des coûts supplémentaires LCA ne soient pas trop bas.*

[2] *Bases : jugement TAF C2283/2013/C-3617/2017, imputation possible de frais supplémentaires LCA selon l'approche normative CDS-Est ; CHF 800 par cas DP/CHF 1000 par cas P. La pondération se fait sur la base du collectif d'assurés DP/P des assureurs HSK.*

Coûts d'investissement

Pour le calcul des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking, les charges d'utilisation des immobilisations (CUI) sont pertinentes selon l'OCP. La grande majorité des hôpitaux ont tenu compte des CUI selon REKOLE® dans les charges d'exploitation ITAR_K© pertinentes pour le benchmarking. La plupart des hôpitaux ont également indiqué les CUI selon l'OCP. Les hôpitaux qui ont uniquement présenté les CUI selon REKOLE® ont été exclus du BM.

Si l'on considère tous les hôpitaux, la part des CUI selon l'OCP se monte à 8,4%, soit CHF 808.– par cas ou CHF 742.– par point SwissDRG.

Par rapport à l'année précédente, cela correspond à une hausse de 11% par cas ou 7% par point SwissDRG. Cette hausse est un premier résultat de l'activité d'investissement intense dans le domaine hospitalier stationnaire qui s'accentuera encore à l'avenir et que HSK reprendra dans sa procédure de benchmarking des prochaines années (surcapacités dans le contexte ambulatoire avant stationnaire ; standard (trop) élevé dans le domaine de l'assurance de base obligatoire, etc.).

Enseignement universitaire et recherche

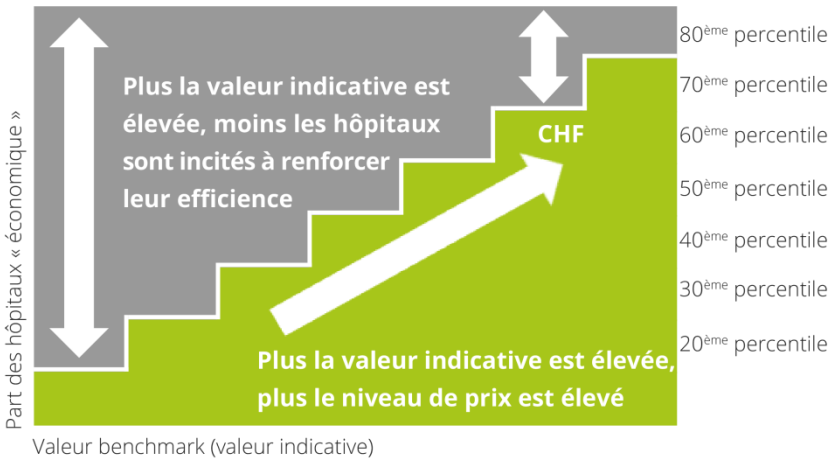
Dans ce domaine également, il faut dissocier en principe les valeurs effectives selon le TAF. HSK a choisi une forme mixte, comme au cours des dernières années. La déduction minimale s'effectue selon les approches normatives (voir 2.9.1). Pour 50% des hôpitaux – dont tous les hôpitaux universitaires – HSK a intégré les coûts effectifs présentés dans le BM. Au total, l'utilisation d'une approche normative auprès de 58% des hôpitaux a affecté la valeur BM à hauteur de CHF 24.– en coûts corrigés CMI.

2.10 Choix du percentile

Selon la LAMal, les tarifs hospitaliers doivent être déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Jusqu'ici, le TAF ne s'était pas exprimé sur les critères « corrects » ou la valeur de percentile sur la base de laquelle cette valeur indicative doit être définie aux fins de la fixation des tarifs. Cependant, le TAF considère dans un nouveau jugement que la mesure doit être définie de manière stricte[1] .

Fig. 2 Choix du percentile

Si cette valeur est appliquée strictement, cela signifie d'un côté que la majorité des hôpitaux sont « non économiques ». Si, de l'autre côté, l'incitation n'est que modérée, une grande partie des hôpitaux perd la motivation de fournir des prestations de manière efficiente. Aussi une valeur de benchmark « douce » a-t-elle pour effet de faire augmenter les prix.



[1] *TAF C-2921/2014-12.4.2018. a.a.o*

HSK a décidé de définir de manière plus stricte la mesure de l'efficience à partir de cette année, pour le motif suivant :

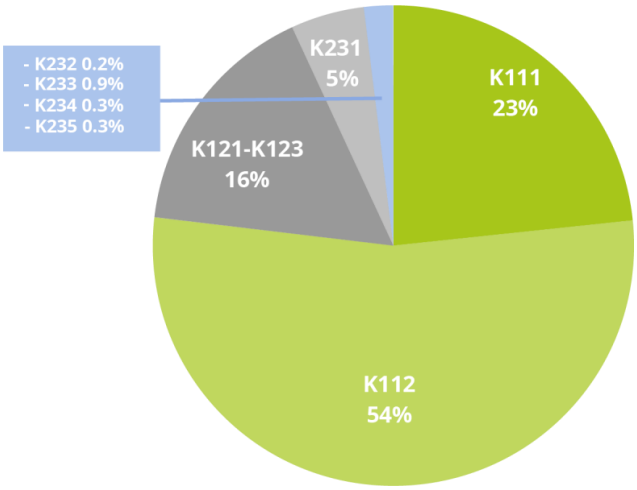
- Jurisprudence
- Analyse HSK : les nombres de cas bas et les petits hôpitaux ont un niveau de coûts élevé

Suite à la définition de ce percentile inférieur en tant que première étape de la détermination des prix, les négociations sur les prix pour chaque hôpital gagnent encore en importance en tant que deuxième étape de la détermination des prix. Aussi HSK continue-t-elle d'améliorer en permanence la comparabilité des hôpitaux sur la base de l'analyse en composantes principales.

Conclusion : une observation purement basée sur la valeur de percentile n'est pas appropriée.

2.11 Argumentaire en faveur d'une procédure de BM non pondérée

Fig. 3 Casemix du BM HSK par catégorie OFS



Environ ¾ du volume de casemix concernent les hôpitaux assurant une prise en charge centralisée de niveaux 1 et 2 (K111 et K112).

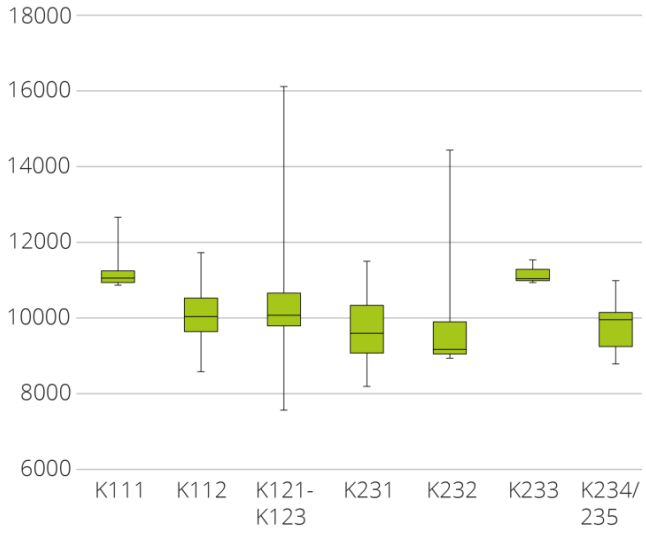
Sont inclus dans ces catégories d'hôpitaux certains établissements q'HSK considère comme hôpital de soins. Si l'on retient un BM pondéré, cette valeur de référence pour les hôpitaux des autres catégories est trop élevée.

Conclusion : la détermination de la valeur de benchmark au moyen d'une procédure pondérée n'est pas appropriée.

2.12 Les catégories OFS ne permettent pas une comparaison

Les catégories OFS ne permettent pas une comparaison appropriée. Les hôpitaux de soins finaux ont tendance à afficher des coûts par cas supérieurs à ceux des autres catégories d'hôpitaux. On constate par ailleurs, pour les hôpitaux de soins de base, que non seulement une forte dispersion existe, mais que la valeur médiane est également assez élevée. **Des indicateurs importants ne sont toujours pas pris en compte dans les catégories OFS.**

Fig. 4 Dispersion des coûts par cas selon les catégories OFS



Répartition :
La répartition des coûts par cas apparaît dans BoxPlot, 50% des valeurs se trouvant dans la Box. Plus la box est longue, plus les valeurs sont dispersées et vice versa.

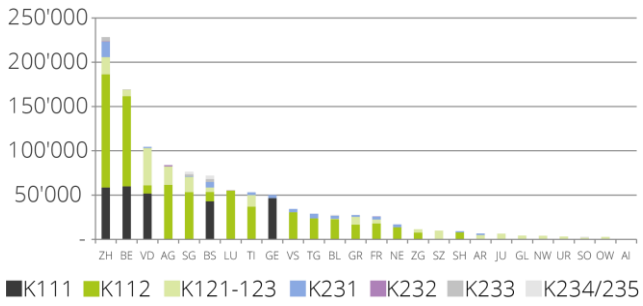
La barre représente la valeur médiane pour les hôpitaux représentés. La zone située entre les « antennes » (whisker) correspond à 95% des cas.

2.13 Casemix selon les cantons

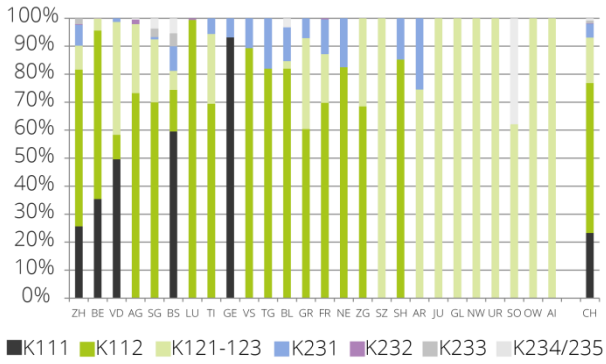
La figure suivante met au jour le casemix de chaque canton ainsi que la répartition des casemix entre les différentes catégories OFS. ¾ du volume suisse total des casemix sont répartis entre les 8 plus grands cantons (selon le nombre de casemix).

Fig. 5 Casemix par catégorie OFS et canton

Valeurs absolues



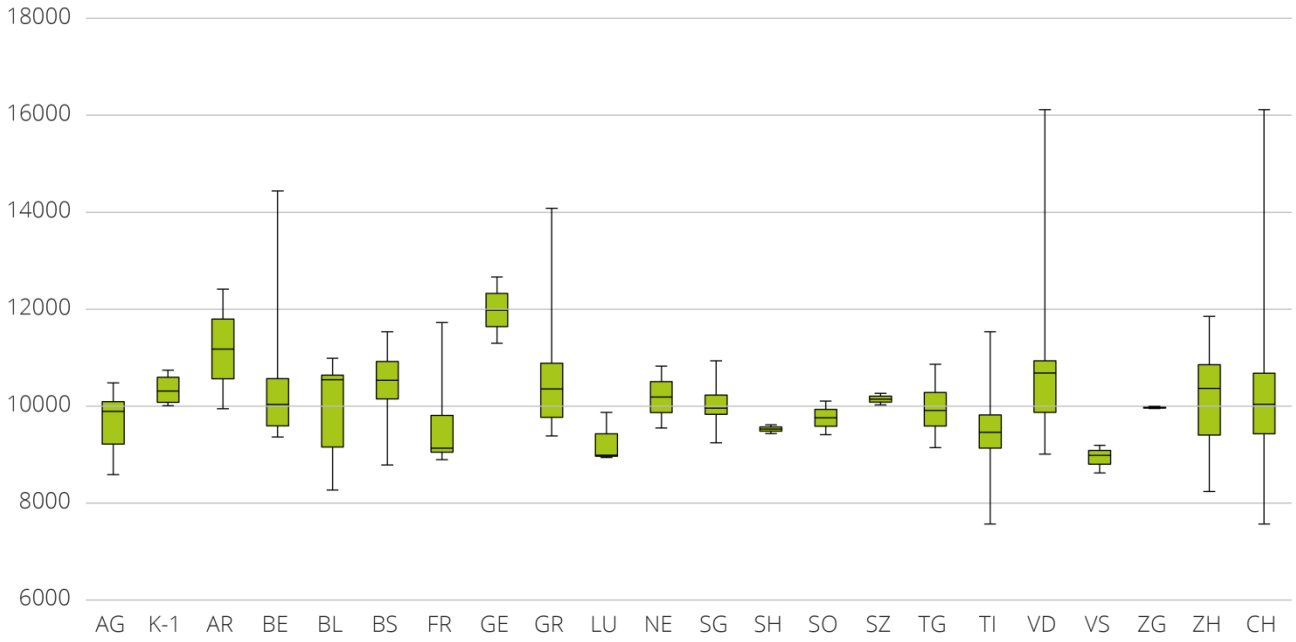
En pourcentage



2.14 Différences de coûts entre les cantons

De surcroît, les coûts par cas sont très différents selon les cantons. Alors que le canton du Valais présente les coûts les plus faibles, ceux du canton de Genève sont supérieurs de 30%.
Ce qui est tout aussi frappant, c'est le fait que le niveau des coûts dans les cantons qui recensent exclusivement des hôpitaux offrant des soins de base (AI, GL, JU, NW, OW, UR) est supérieur à celui des cantons avec prise en charge centralisée Niveau 1 et 2 et/ou des hôpitaux pédiatriques.

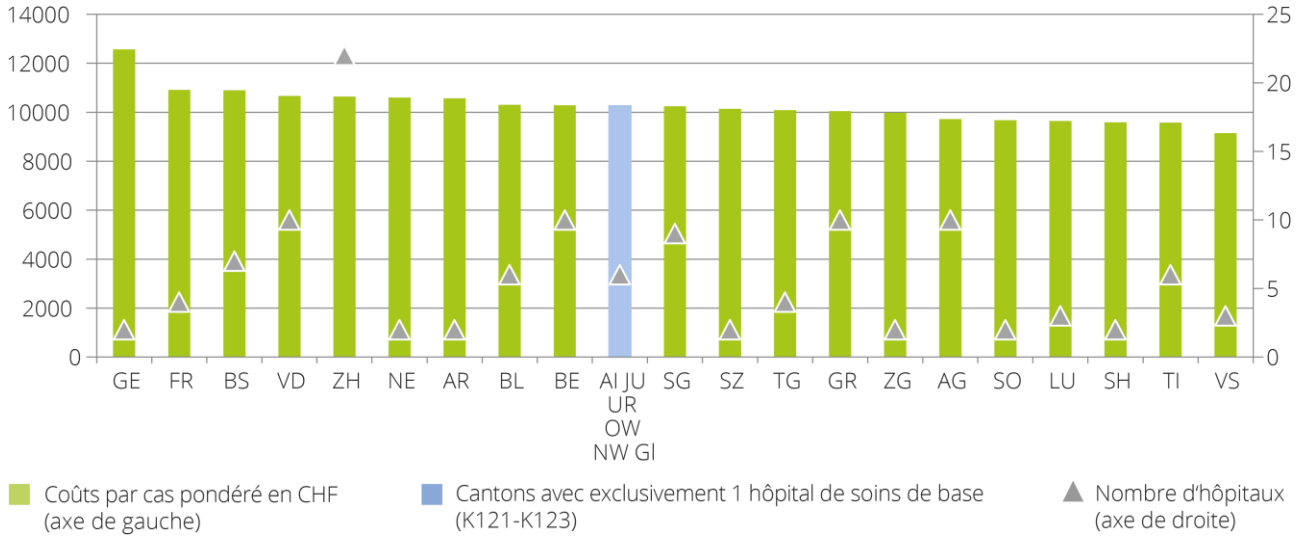
Fig. 6 Coûts par cas cantonaux



K-1 : cantons avec un hôpital pour soins aigus ; AI GL JU NW OW UR

Et enfin, les cantons qui recensent un nombre supérieur à la moyenne de petits hôpitaux offrant des soins de base présentent des coûts supérieurs (p. ex. les cantons des Grisons, de Suisse centrale, de Suisse orientale).

Fig. 7 Coûts par cas pondérés (sur la base des coûts pertinents pour le BM/des hôpitaux inclus) par canton



2.15 Evaluation

Le benchmark HSK est représentatif et valide :

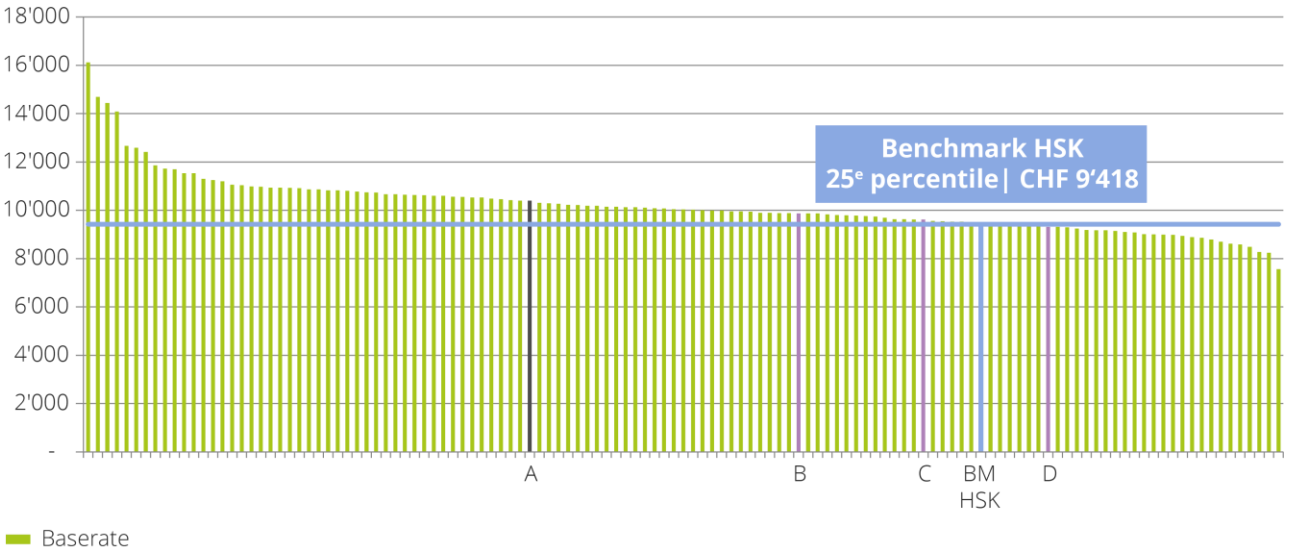
- Tous les cantons de Suisse sont couverts
- Le benchmark contient des données d'hôpitaux de toutes les catégories OFS
- Le degré de couverture mesuré sur la base du casemix est supérieur à 80%
- Pour le benchmark, une méthode uniforme a été choisie pour toute la Suisse

3. Benchmark HSK : résultats et évaluations

3.1 Percentile | valeur du benchmark

La valeur BM pour l'exercice tarifaire 2019 s'inscrit à **CHF 9'418.–** pour le 25e percentile.

Fig. 8 Valeur BM HSK



A	Moyenne arithmétique pondérée	CHF	10'388
B	40. percentile	CHF	9'873
C	30. percentile	CHF	9'619
BM HSK	**25. percentile**	**CHF**	**9'418**
D	20. percentile	CHF	9'319

3.2 Comparabilité via PCA

3.2.1 Critères pour la validation analytique

HSK a perfectionné la méthode (distance de Manhattan/PCA) pour une meilleure comparabilité des hôpitaux. Cette année, il a été tenu compte de la part de fournisseurs de prestations respectant les nombres de cas minimums selon les groupes de prestations pour la planification hospitalière zurichois (GPPH) 2018.1.

DRG utilisés	Evaluation	
Combien de DRG un hôpital utilise-t-il en comparaison avec le catalogue SwissDRG ? Source : Statistique médicale OFS	▪ Hôpital avec le plus grand nombre de DRG utilisés ▪ Hôpital avec le plus petit nombre de DRG utilisés ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée

	7 DRG / maison de naissance	981 DRG / hôpital universitaire
Nombre de cas	**Evaluation**	
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K©)	▪ Hôpital avec le plus grand nombre de cas ▪ Hôpital avec le plus petit nombre de cas ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	174 cas / clinique spécialisée	42 315 cas / hôpital universitaire
CMI	**Evaluation**	
Source : données fournies par les hôpitaux (ITAR_K©)	▪ Hôpital avec le CMI le plus élevé ▪ Hôpital avec le CMI le plus bas ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK:	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	CMI 0.364 / maison de naissance	1.835 / clinique spécialisée
Quotient de durée de séjour (VWD)	**Evaluation**	
Ce chiffre compare la durée de séjour moyenne effective à l'hôpital avec la durée de séjour inlier selon le catalogue SwissDRG. Si le quotient < facteur 1,0 (durée de séjour effective < durée de séjour selon le catalogue), ceci est le signe que l'hôpital peut travailler de manière rentable. Si le quotient > facteur 1,0 (durée de séjour effective > durée de séjour selon le catalogue), ceci est le signe qu'un hôpital travaille de manière déficitaire ou que les cas non économiques ne peuvent être transférés. Source : Statistique médicale des hôpitaux (OFS) / calcul HSK	▪ Hôpital avec le quotient le plus élevé ▪ Hôpital avec le quotient le plus bas ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	0.48 / clinique spécialisée	2.19 / Hôpital de soins de base
Nombre de postes de médecins assistants (MA)	**Evaluation**	
Le nombre de MA fournit une indication sur la fréquence de formation pour les métiers universitaires. Source : Statistique des hôpitaux OFS / calcul HSK	▪ Hôpital avec le nombre de MA le plus bas ▪ Hôpital avec le nombre de MA le plus élevé ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les deux valeurs extrêmes	
	Exemple tiré du BM HSK :	
	Hôpital ayant la valeur la plus basse	Hôpital ayant la valeur la plus élevée
	Nombre: 0 (différents hôpitaux, principalement des cliniques spécialisées ayant un organisme directeur privé)	1195 / hôpital universitaire

Hôpital de soins finaux[1]	Evaluation
Un hôpital est-il prestataire de soins finaux : oui/non? Il y a alors estimation quant à la possibilité dont dispose l'hôpital de transférer des cas non rentables ou s'il se trouve en bout de chaîne de soins stationnaires dans un canton ou une région. Les hôpitaux de soins finaux concernent les catégories OFS K111 et K112. Source : l'estimation est effectuée par HSK.	▪ L'hôpital est un prestataire de soins finaux ▪ L'hôpital n'est pas un prestataire de soins finaux ▪ Positionnement de l'hôpital comparé entre les valeurs
	Définis par HSK comme « Hôpitaux de soins finaux »
	▪ K111 (BS : USB, BE : Insel-Gruppe, GE : HUG, VD : CHUV, ZH : USZ) ▪ K112 (AG : Hôpital cantonal d'Aarau, BL : Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, FR: Hôpital Fribourgois, GR : Hôpital cantonal des Grisons, LU: Hôpital cantonal de Lucerne, NE : Hôpital neuchâtelois HNE, SG : Hôpital cantonal de St-Gall, TG : Spital Thurgau AG, TI : Ente Ospedaliero Cantonale EOC, VS : Hôpital du Valais) ▪ K231 Clinique universitaire Balgrist
Nombres de cas minimums	**Evaluation**
Les nombres de cas minimums ont été calculés avec le grouper de prestations hospitalières du canton de Zurich (GPPH) pour les groupes de prestations pour la planification hospitalières du canton de Zurich définies pour l'année de traitement 2018. Source : Statistique médicale OFS, regroupée avec la version GPPH 2018.1	▪ Hôpital ayant le plus mauvais degré d'atteinte ▪ Hôpitaux atteignant les prescriptions des nombres de cas minimums
	Si un hôpital atteint 8 cas alors qu'un GPPH prescrit un nombre de cas minimum de 10, le degré d'atteinte du groupe sera de 80%. Lorsque l'hôpital atteint les prescriptions, le groupe reçoit une évaluation de 100%. Les GPPH avec uniquement 1 cas ou pas de cas ne sont pas pris en compte. L'atteinte des nombres de cas minimums est calculée en tant que moyenne en pourcent des groupes de prestations individuels pris en compte. Si un hôpital n'a pas de cas dans les groupes de prestations contrôlés, les nombres de cas minimums sont toujours remplis à 100%.
	Exemple tiré du BM HSK :
	Hôpital ayant la valeur la plus basse : 0,06 (clinique spécialisée) / Différents hôpitaux atteignent les prescriptions des nombres de cas minimums
Service d'urgence reconnu	**Evaluation**
Source : numéro de registre SASIS (RCC)	▪ L'hôpital dispose d'un service d'urgence reconnu ▪ L'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu 87 hôpitaux disposant d'un service d'urgence reconnu et 42 hôpitaux dépourvus d'un tel service sont inclus dans le BM.

Le détail des critères susmentionnés figure dans l'Annexe.

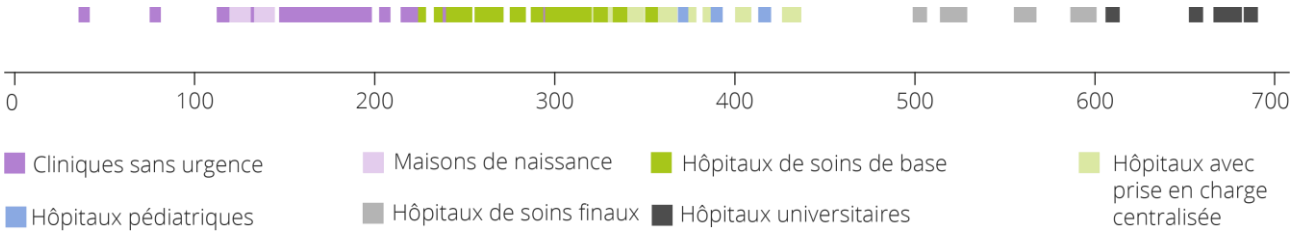
3.2.2 Validation par la distance de Manhattan (DM)

Pour pouvoir traiter ou visualiser des similitudes ou disparités entre des cliniques à l'aide de caractéristiques particulières pour chaque clinique, l'OFSP a récemment proposé une méthode réductrice des dimensions sur la base de la distance de Manhattan, à savoir une unité métrique pour mesurer les disparités[2]. Cette méthode convertit des caractéristiques d'unités et de valeurs au choix en valeurs numériques comprises entre 0 et 100 (de la DM), qui sont ensuite additionnées. Des sommes similaires permettent de conclure à des profils similaires de la clinique.

[1] *Suite à l'inclusion de la catégorie OFS K111, seuls les hôpitaux offrant une prise en charge centralisée de niveaux 1 et 2 ont été définis en tant que prestataires de soins finaux*
[2] *Kris Haslebacher ; loc. cit.*

Dans les huit caractéristiques décrites au point 3.2.1, la différence apparaît nettement entre les grands hôpitaux universitaires (points gris-foncés sur la barre de chiffres à droite) et les hôpitaux de soins finaux (sur la barre de chiffres entre 500 et 600) d'une part, et le reste des hôpitaux d'autre part. Les maisons de naissance apparaissent en violet clair à gauche, tout comme des cliniques spécialisées sans service d'urgence en violet foncé.

Fig. 9 Distance de Manhattan



La méthode révèle également la très grande fourchette des différentes valeurs, qui peut aller jusqu'à plus de 90%. La méthode est toutefois faiblement révélatrice sur ce jeu de données en raison de sa dimension unique, ce qui peut aussi être constaté par la répartition des points sur l'échelle graduée de la gauche jusqu'au milieu. Un examen statistique des avantages de cette méthode sur le présent jeu de données à huit dimensions est d'environ 70%. C'est-à-dire, en réduisant à une seule dimension la dispersion des données (MD), on perd 30% des informations de départ. Pour qu'une affirmation soit significative, il faut un maintien de l'information de 75%, idéalement de 80% ou plus. Il est possible d'en conclure que la distance Manhattan entre les hôpitaux n'est pas assez pertinente en tant que telle pour répartir les hôpitaux dans des clusters statistiquement significatifs à l'aide du jeu de données donné. Dans de tels cas, la littérature renvoie à d'autres méthodes réductrices de dimension, par exemple l'analyse en composantes principales.

3.2.3 Validation au moyen de la PCA

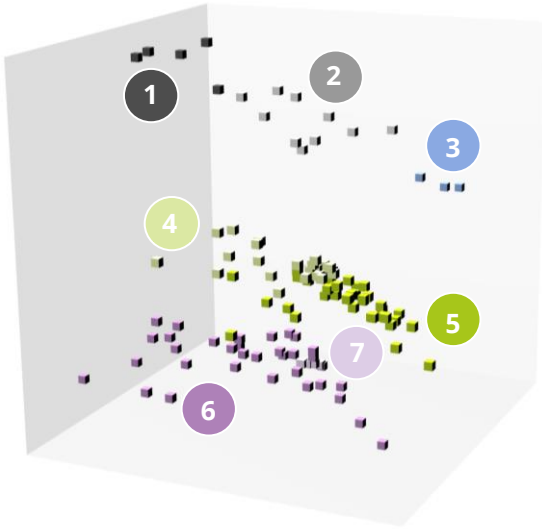
Au moyen de la PCA, les huit caractéristiques par clinique sont réduites à une combinaison linéaire de deux à trois dimensions la plus pertinente possible afin de regrouper des cliniques similaires dans des clusters (en couleur) (voir fig. 10 sur la prochaine page).

La PCA mise sur des systèmes métriques tels que la distance Manhattan, mais elle laisse le choix de réduire à deux dimensions ou, comme dans le cas présent, à trois dimensions. Dans le cas d'espèce, une valeur de 85% environ est obtenue en trois dimensions, ce qui signifie qu'une pertinence significative en ce qui concerne le groupement est atteinte.

À l'aide de la représentation tridimensionnelle, les sept clusters suivants peuvent être déterminés: gris foncé ❶, gris clair ❷, bleu ❸, vert clair ❹ et vert ❺ ainsi que violet foncé ❻ et violet clair ❼.
Le cluster gris foncé ❶ est plus étroitement lié au cluster gris clair ❷ qu'aux autres. Un hôpital de ce cluster s'approche fortement du cluster ❷.
De même, les clusters violets ❻ et ❼ sont plus proches des clusters verts ❹ et ❺ que des autres. Le cluster bleu ❸ se démarque clairement des clusters verts et s'éloigne dans la profondeur du cluster gris clair ❷, même s'il est compact en soi. Par rapport aux années précédentes, les clusters gris foncé ❶ et gris clair ❷ se sont rapprochés les uns des autres. Les deux clusters verts ❹ et ❺ ne doivent pas être séparés de manière tranchante l'un de l'autre. A l'horizontal, le cluster vert clair ❹ se rapproche du

cluster gris clair ❷ de par sa structure et sa répartition ; à la verticale, les deux clusters sont toutefois clairement éloignés l'un de l'autre.
Le cluster violet foncé ❻ se déploie dans la profondeur. A cet égard, le cluster violet clair ❼ passe à l'arrière-plan depuis la profondeur du cluster violet foncé ❻ et peut être interprété comme étant manifestement autonome. L'introduction de la dimension des « nombres de cas minimums » a principalement pour effet de plus fortement délimiter les clusters ❹, ❺ et ❻. Cela signifie que les hôpitaux affichant un degré d'atteinte bas se trouvent plus souvent en dehors des centres de cluster. Il est par ailleurs exact que les hôpitaux qui sont passés du cluster violet au cluster vert ❹ et ❺ du seul fait de leur service d'urgence sont éparpillés dans sa périphérie, c'est-à-dire en bas à droite du cluster vert ❺.

Fig. 10 Catégories d'hôpitaux HSK (Cluster)



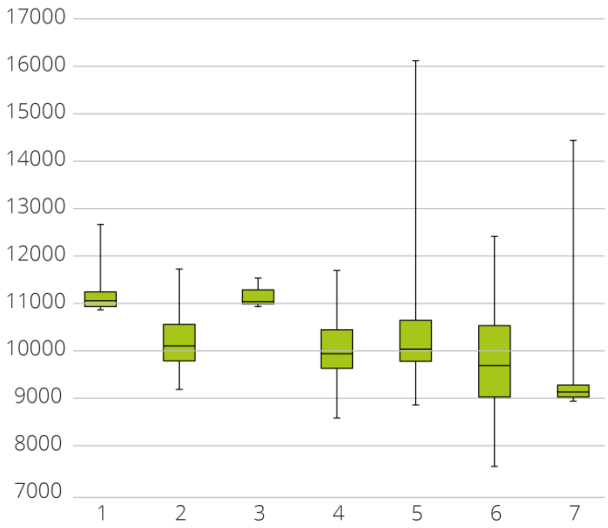
Cluster	Fourchette pour le BM	Catégories d'hôpitaux HSK (cluster)	Comprend les catégories OFS suivantes
	jusqu'à env. 12%	1 Prestataire de soins finaux (Hôpitaux universitaires)	K111
	jusqu'à 3%	2 Prestataire de soins finaux (Hôpitaux avec prise en charge centralisée)	K112
	jusqu'à env. 12%	3 Hôpitaux pédiatriques	K233
		4 Hôpitaux avec prise en charge centralisée	K112
	BM+/- ca. 1%	5 Hôpitaux de soins de base	K121-K123, K231, K234
Valeur BM HSK CHF 9'418.–			
	Inférieur d'au moins 2%	6 Cliniques sans urgence (cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base)	K122, K123, K231, K232, K234, K235
		7 Maisons de naissance	K232

La figure 11 montre que les prestataires de soins finaux doivent être considérés séparément lors de la comparaison. De plus, les hôpitaux sans service d'urgence constituent eux aussi un groupe de comparaison propre.

Les coûts inférieurs qu'affichent les hôpitaux avec prise en charge centralisée par rapport aux hôpitaux de soins de base sont frappants. Ces hôpitaux affichent aussi le plus grand éventail des coûts par cas.

Les maisons de naissance doivent être traitées séparément. Les coûts par cas des hôpitaux pédiatriques affichent une faible dispersion à un niveau élevé.

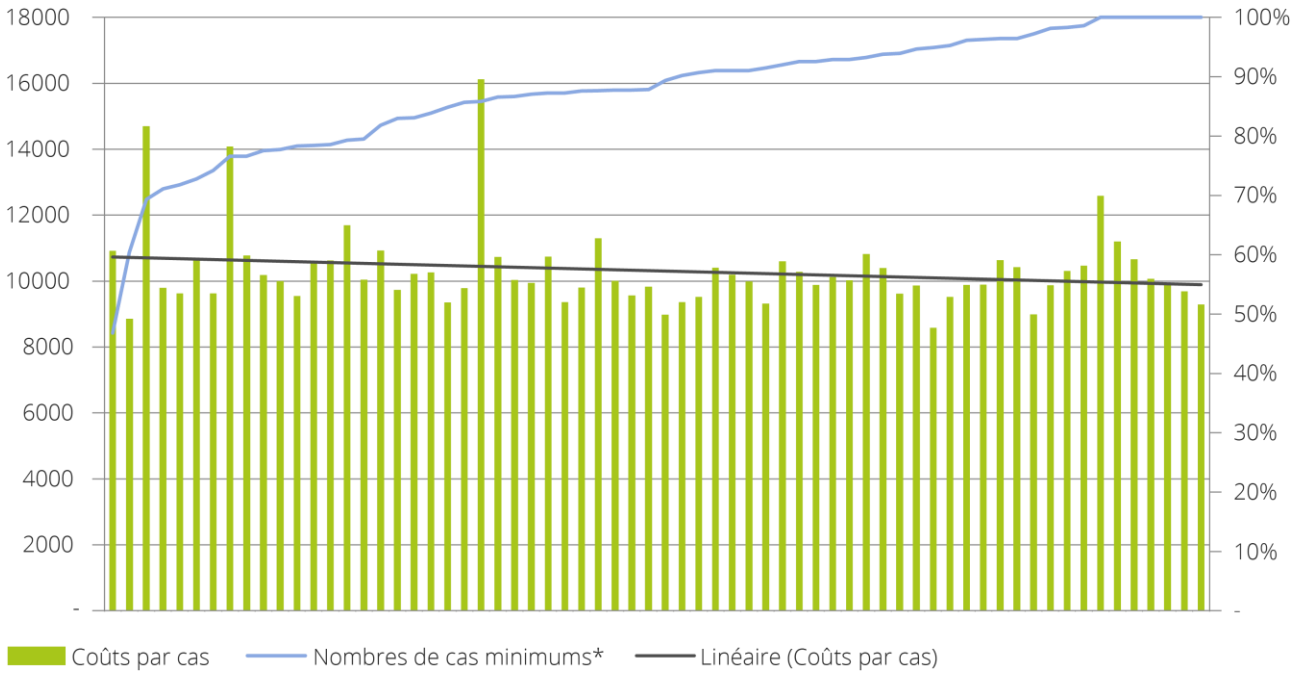
Figure 11 Coûts par cas par cluster PCA[1]



Comme déjà mentionné, les coûts par cas varient fortement dans les hôpitaux de soins de base.

Une évaluation spéciale des clusters 4 et 5 (hôpitaux de soins généraux avec prise en charge centralisée et hôpitaux de soins de base, sans prestataires de soins finaux) démontre une corrélation statistique significative entre les coûts par cas et le degré d'atteinte des nombres de cas minimums (points selon la distance Manhattan) :

Figure 12 Coûts par cas et nombres de cas minimums



* Degré d'atteinte du nombre de cas minimum (points) selon la distance Manhattan/PCA (linéaire)

[1] *La répartition des baserates arithmétiques apparaît dans BoxPlot, 50% des valeurs se trouvant dans la Box. Plus la box est longue, plus les valeurs sont dispersées et vice versa. La barre représente la valeur médiane pour les hôpitaux représentés. La zone située entre les « antennes » (whisker) correspond à 95% des cas.*

Conclusion :

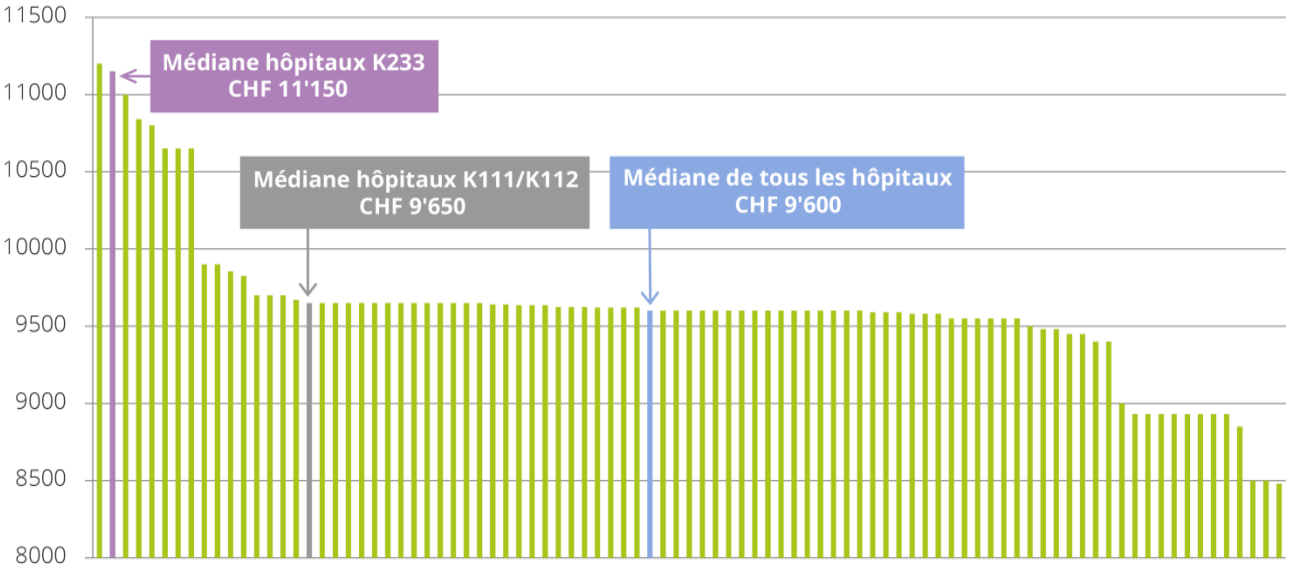
- En appliquant l'analyse en composantes principales (PCA), la comparabilité est améliorée pour la formation du prix.
- Par cette méthode analytique, HSK révèle que l'application du quartile BM à 25% est adéquat pour déterminer la valeur de référence au sens de l'art. 49, al. 1, cinquième phrase, LAMal et qu'une différenciation des prix doit être effectuée à un deuxième niveau au cours des négociations tarifaires individuelles.

3.3 Validation du BM HSK sur la base de prix déjà négociés (contrats pluriannuels)

3.3.1 Baserates HSK définitifs à partir de 2018

Il existe des tarifs approuvés définitifs pour toutes les catégories d'hôpitaux depuis l'exercice tarifaire 2018. La médiane de ces tarifs s'inscrit à CHF 9'600.– (voir fig. 13)[1].

Fig. 13 Baserates HSK définitifs à partir de 2018

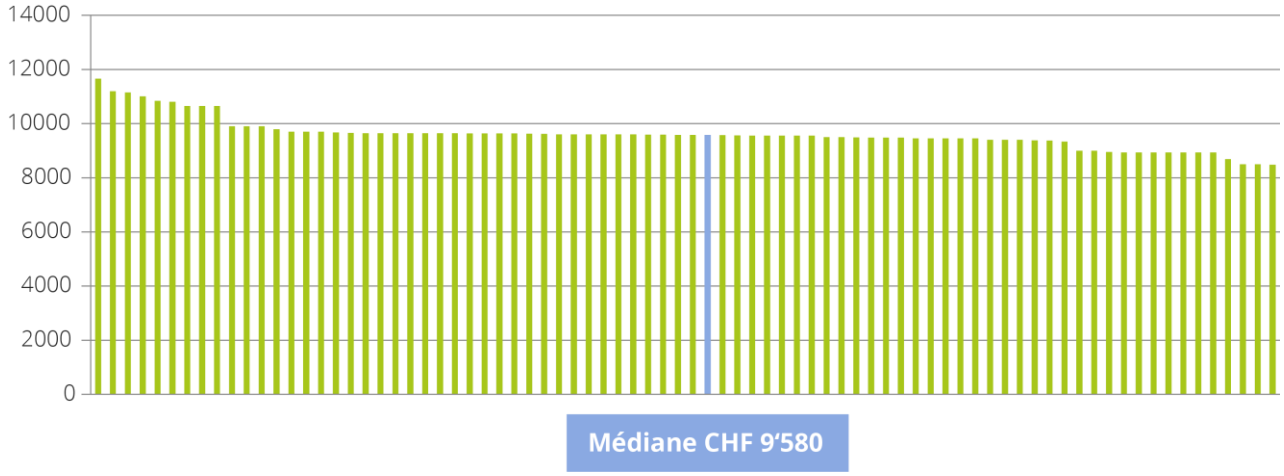


3.3.2 Tarifs déjà négociés pour 2019

Il existe des baserates déjà convenus contractuellement sous la forme de contrats sur plusieurs années et de contrats à durée indéterminée pour plus de 80 hôpitaux et cliniques en 2019. La médiane de ces tarifs est inférieure à CHF 9'600.–.

[1] *Source : http://www.gdk-cds.ch, graphique HSK*

Fig. 14 Baserates HSK négociés pour 2019



4. Récapitulatif

Percentile et valeur BM

- La valeur BM HSK est fixée sur la base du 25e percentile.
- La valeur BM HSK s'élève à **CHF 9'418.–**

BM valable et représentatif

- Le BM HSK est représentatif car il couvre toutes les régions.
- Le BM HSK est valable en intégrant un casemix de plus de 80%.
- Le BM HSK est valable en intégrant toutes les catégories OFS.
- La valeur BM sur la base du 25ème percentile est adéquate pour le calcul de la valeur de référence selon l'art. 49, al. 1, cinquième phrase, LAMal en se basant sur des données.
- La valeur BM est plausible en comparaison avec les tarifs approuvés et définitifs 2017/2018 ainsi qu'avec les tarifs déjà négociés pour 2019.
- La valeur Benchmark HSK représente la première étape de la détermination des prix. La PCA sert de base aux négociations individuelles des prix avec les hôpitaux (deuxième étape de la formation des prix).

Il y a encore des lacunes

- L'évaluation de l'économicité est lacunaire en raison de la publication incomplète des données de coûts et de prestations par les hôpitaux. Il n'est pas normal que la transparence des données soit encore insuffisante alors qu'il s'agit de la huitième année de négociations SwissDRG.
- La valeur BM comprend exclusivement les CUI selon l'OCP. Néanmoins, l'intégralité et la plausibilité des CUI ne peuvent pas être vérifiées par HSK.
- HSK ne peut exclure que le BM soit «faussé» en raison d'éléments de distorsion de la concurrence tels que les subventions aux hôpitaux sous forme de «prestations d'intérêt général» ou de contributions aux coûts d'investissement.
- Il n'est pas non plus possible d'exclure que des prestations d'intérêt général qui ne devraient pas être financées par l'assureur soient comprises dans les coûts pertinents du benchmarking, notamment les coûts visant à maintenir des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.
- Le calcul des coûts pour l'enseignement universitaire et la recherche est effectué selon des approches normatives, à l'exception des cliniques qui ont établi des coûts effectifs plus élevés que les calculs normatifs.
- La déduction pour les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire se fait le plus souvent sur la base de l'approche CDS-Est.

Zurich, août 2018/Groupe d'experts HSK SwissDRG

Annexe

BM HSK : hôpitaux par catégories OFS incluant les CUI et l'évaluation selon DM et PCA

Spital	Kanton	BfS	BR HSK inkl. ANK	Manhatten-Distanz																Total	Cluster	
				1		2		3		4		5		6		7		8			Nr.	Bezeichnung
				981 Max.		42315 Max.		1.835 Max.		2.187 Max.		1195 Max.		1 Ja		1 Ja		1 Max.		Punkte		
				7 Minx		174 Min		0.364 Min.		0.4813 Min.		0 Min.		0 Nein		0 Nein		0.06 Min.				
				Angesteuerte DRG	Punkte	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	VWD-Quotient	Punkte	AA-Stellen	Punkte	Endversorgungs-spital	Punkte	Notfall	Punkte	Erreichung Mindestfallzahlen	Punkte			
S1	VD	K123	16'119	138	13.45	389	0.51	0.799	29.59	0.85	21.37	5	0.42	0	-	1.00	100.00	0.87	85.82	251.15	5	Grundversorgung
S2	VD	K123	14'696	147	14.37	654	1.14	0.768	27.42	1.33	49.66	13	1.09	0	-	1.00	100.00	0.71	69.36	263.04	5	Grundversorgung
S3	BE	K232	14'439	8	0.10	328	0.37	0.364	-	0.97	28.53	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	128.99	7	Geburtshäuser
S4	GR	K122	14'083	263	26.28	1'597	3.38	0.712	23.64	0.83	20.20	20	1.67	0	-	1.00	100.00	0.78	76.60	251.76	5	Grundversorgung
S5	GE	K111	12'666	960	97.84	38'610	91.21	1.211	57.58	1.19	41.37	1'195	100.00	1	100.00	1.00	100.00	0.99	98.67	686.67	1	ZV/Endversorger (K111)
S6	GR	K123	12'583	144	14.07	401	0.54	0.577	14.47	0.62	8.24	11	0.92	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	238.23	5	Grundversorgung
S7	AR	K231	12'413	76	7.08	1'545	3.25	1.103	50.21	0.94	26.95	1	0.08	0	-	-	-	1.00	100.00	187.58	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S8	ZH	K121	11'853	516	52.26	6'404	14.78	1.227	58.69	0.94	26.62	-	-	0	-	-	-	0.92	91.13	243.49	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S9	FR	K112	11'725	748	76.08	17'015	39.96	1.058	47.19	1.17	40.54	316	26.44	1	100.00	1.00	100.00	0.95	94.89	525.11	2	ZV/Endversorger (K112)
S10	ZH	K112	11'694	473	47.84	8'060	18.71	1.074	48.27	1.05	33.11	106	8.87	0	-	1.00	100.00	0.81	79.30	336.11	4	ZV ohne Endvers.
S11	BS	K233	11'536	344	34.60	4'516	10.30	0.739	25.50	0.89	24.13	76	6.36	1	100.00	1.00	100.00	0.90	89.72	390.61	3	Kinderspitäler
S12	TI	K122	11'533	239	23.82	3'352	7.54	0.663	20.31	1.02	31.71	14	1.17	0	-	-	-	0.90	89.36	173.92	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S13	GE	K231	11'296	325	32.65	3'544	8.00	0.968	41.06	0.87	23.07	4	0.33	0	-	1.00	100.00	0.88	87.66	292.77	5	Grundversorgung
S14	BS	K111	11'245	867	88.30	33'860	79.94	1.267	61.38	0.95	27.76	598	50.04	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	607.41	1	ZV/Endversorger (K111)
S15	ZH	K112	11'201	753	76.59	22'908	53.95	1.072	48.15	0.96	28.05	287	24.02	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	430.75	4	ZV ohne Endvers.
S16	BE	K111	11'056	981	100.00	42'315	100.00	1.417	71.56	0.82	19.64	811	67.87	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	659.06	1	ZV/Endversorger (K111)
S17	ZH	K233	11'039	412	41.58	5'720	13.16	0.834	31.95	0.83	20.70	196	16.40	1	100.00	1.00	100.00	0.93	92.50	416.29	3	Kinderspitäler
S18	BL	K235	10'988	89	8.42	813	1.52	0.677	21.28	0.96	27.83	-	-	0	-	-	-	0.61	57.98	117.02	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S19	ZH	K231	10'979	112	10.78	6'683	15.45	1.368	68.27	0.99	29.97	47	3.93	0	-	-	-	0.94	93.92	222.33	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S20	SG	K233	10'936	304	30.49	3'274	7.36	0.705	23.18	0.79	18.30	54	4.52	1	100.00	1.00	100.00	0.90	89.36	373.21	3	Kinderspitäler
S21	VD	K111	10'935	946	96.41	36'608	86.46	1.417	71.62	1.07	34.47	1'082	90.54	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	679.50	1	ZV/Endversorger (K111)
S22	VD	K122	10'926	438	44.25	4'971	11.38	0.814	30.56	1.06	33.84	84	7.03	0	-	1.00	100.00	0.83	81.80	308.85	5	Grundversorgung
S23	GR	K123	10'921	147	14.37	533	0.85	0.710	23.54	1.15	39.34	-	-	0	-	1.00	100.00	0.50	46.81	224.91	5	Grundversorgung
S24	ZH	K111	10'867	916	93.33	38'039	89.85	1.542	80.07	0.98	29.35	990	82.85	1	100.00	1.00	100.00	0.98	97.39	672.84	1	ZV/Endversorger (K111)
S25	TG	K231	10'864	144	14.07	1'607	3.40	1.107	50.51	0.94	26.63	-	-	0	-	-	-	0.91	90.54	185.15	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S26	NE	K112	10'825	691	70.23	16'370	38.43	0.847	32.80	0.98	28.99	656	54.90	1	100.00	1.00	100.00	0.96	95.52	520.86	2	ZV/Endversorger (K112)
S27	ZH	K112	10'823	537	54.41	9'947	23.19	0.885	35.43	1.07	34.50	95	7.95	0	-	1.00	100.00	0.94	93.23	348.72	4	ZV ohne Endvers.
S28	ZH	K231	10'803	178	17.56	3'775	8.55	1.411	71.17	0.86	22.02	65	5.44	1	100.00	-	-	0.95	94.68	319.41	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S29	GR	K122	10'773	275	27.52	2'146	4.68	0.724	24.43	0.97	28.70	19	1.59	0	-	1.00	100.00	0.78	76.60	263.51	5	Grundversorgung
S30	OW	K121	10'741	362	36.45	3'321	7.47	0.819	30.94	0.91	25.21	33	2.76	0	-	1.00	100.00	0.88	87.23	290.06	5	Grundversorgung
S31	VD	K121	10'732	661	67.15	17'408	40.90	0.842	32.45	1.04	32.83	198	16.57	0	-	1.00	100.00	0.87	86.56	376.45	4	ZV ohne Endvers.
S32	BL	K235	10'661	13	0.62	403	0.54	0.824	31.24	0.85	21.42	6	0.50	0	-	-	-	1.00	100.00	154.33	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S33	AI	K123	10'657	166	16.32	835	1.57	0.735	25.22	0.90	24.26	-	-	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	267.37	5	Grundversorgung
S34	GR	K123	10'638	241	24.02	1'521	3.20	0.746	25.94	0.88	23.62	13	1.09	0	-	1.00	100.00	0.74	72.77	250.64	5	Grundversorgung
S35	VD	K121	10'635	529	53.59	7'555	17.52	1.229	58.80	0.98	29.35	-	-	0	-	1.00	100.00	0.97	96.45	355.71	5	Grundversorgung
S36	BE	K112	10'624	582	59.03	13'900	32.57	0.954	40.09	0.89	24.14	183	15.31	0	-	1.00	100.00	0.80	78.59	349.74	4	ZV ohne Endvers.
S37	ZH	K122	10'607	328	32.96	3'417	7.70	0.888	35.64	0.86	21.99	31	2.59	0	-	1.00	100.00	0.80	78.42	279.30	5	Grundversorgung
S38	BS	K112	10'600	464	46.92	10'034	23.40	1.063	47.52	1.06	33.99	61	5.10	0	-	1.00	100.00	0.93	92.02	348.95	4	ZV ohne Endvers.
S39	BL	K112	10'562	739	75.15	22'060	51.94	1.024	44.85	0.94	26.60	279	23.35	1	100.00	1.00	100.00	0.95	94.68	516.56	2	ZV/Endversorger (K112)
S40	SG	K112	10'547	853	86.86	34'542	81.55	1.187	55.94	0.99	29.62	502	42.01	1	100.00	1.00	100.00	0.99	98.58	594.56	2	ZV/Endversorger (K112)
S41	BS	K122	10'534	243	24.23	6'792	15.70	0.725	24.54	0.91	24.86	15	1.26	0	-	-	-	1.00	100.00	190.58	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S42	BL	K123	10'528	135	13.14	864	1.64	0.874	34.66	0.97	28.55	26	2.18	0	-	-	-	0.80	78.72	158.89	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S43	AG	K232	10'481	91	8.62	1'883	4.06	0.630	18.05	0.85	21.61	-	-	0	-	-	-	0.76	74.82	127.17	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S44	ZH	K112	10'462	690	70.12	17'443	40.98	1.406	70.82	1.01	31.24	45	3.77	0	-	1.00	100.00	0.99	98.58	415.51	4	ZV ohne Endvers.
S45	ZH	K121	10'422	532	53.90	7'235	16.76	0.956	40.25	0.94	26.91	41	3.43	0	-	1.00	100.00	0.97	96.45	337.70	5	Grundversorgung
S46	GL	K122	10'404	505	51.13	4'449	10.14	0.945	39.50	1.00	30.49	46	3.85	0	-	1.00	100.00	0.92	91.04	326.15	5	Grundversorgung
S47	BE	K112	10'396	539	54.62	9'682	22.56	0.837	32.16	0.84	21.21	67	5.61	0	-	1.00	100.00	0.94	93.79	329.95	4	ZV ohne Endvers.
S48	ZH	K112	10'304	814	82.85	25'046	59.02	1.017	44.40	0.93	26.10	272	22.76	0	-	1.00	100.00	0.98	98.30	433.44	4	ZV ohne Endvers.
S49	ZH	K112	10'284	511	51.75	10'183	23.75	0.894	35.99	0.94	27.16	53	4.44	0	-	1.00	100.00	0.93	92.55	335.64	4	ZV ohne Endvers.
S50	SZ	K122	10'264	508	51.44	5'480	12.59	0.912	37.27	0.87	22.74	48	4.02	0	-	1.00	100.00	0.85	83.89	311.95	5	Grundversorgung
S51	SG	K231	10'228	65	5.95	717	1.29	0.878	34.95	0.66	10.20	4	0.33	0	-	-	-	1.00	100.00	152.73	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S52	JU	K121	10'216	515	52.16	7'750	17.98	0.832	31.78	1.03	32.23	101	8.45	0	-	1.00	100.00	0.84	83.08	325.68	5	Grundversorgung
S53	BE	K112	10'190	636	64.58	11'890	27.80	0.887	35.57	0.91	24.93	98	8.20	0	-	1.00	100.00	0.92	91.04	352.13	4	ZV ohne Endvers.
S54	AG	K121	10'185	441	44.56	7'086	16.40	0.862	33.87	0.87	22.86	62	5.19	0	-	1.00	100.00	0.79	77.54	300.42	5	Grundversorgung
S55	BS	K235	10'150	16	0.92	174	-	1.835	100.00	0.83	20.17	1	0.08	0	-	-	-	1.00	100.00	221.17	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S56	BS	K231	10'146	193	19.10	5'993	13.81	1.053	46.81	0.80	18.41	-	-	0	-	-	-	0.93	92.55	190.68	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S57	AG	K112	10'123	859	87.47	26'442	62.33	1.133	52.25	0.98	29.44	377	31.55	1	100.00	1.00	100.00	0.99	98.58	561.62	2	ZV/Endversorger (K112)
S58	VD	K112	10'123	548	55.54	10'903	25.46	0.836	32.09	0.98	29.21	140	11.72	0	-	1.00	100.00	0.93	92.91	346.93	4	ZV ohne Endvers.
S59	SO	K235	10'103	112	10.78	1'495	3.13	0.731	24.94	0.80	18.74	-	-	0	-	-	-	0.27	22.34	79.93	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S60	TG	K112	10'085	766	77.93	25'566	60.25	0.927	38.26	0.95	27.38	267	22.34	1	100.00	1.00	100.00	0.97	96.30	522.46	2	ZV/Endversorger (K112)
S61	GR	K123	10'070	241	24.02	1'009	1.98	0.789	28.87	0.88	23.19	11	0.92	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	278.98	5	Grundversorgung
S62	SG	K121	10'045	443	44.76	7'585	17.59	0.759	26.85	0.87	22.76	66	5.52	0	-	1.00	100.00	0.81	79.50	296.99	5	Grundversorgung
S63	UR	K122	10'031	451	45.59	3'675	8.31	0.887	35.53	0.92	25.80	29	2.43	0	-	1.00	100.00	0.87	86.65	304.30	5	Grundversorgung
S64	SZ	K121	10'024	479	48.46	5'818	13.39	0.848	32.92	0.97	28.40	35	2.93	0	-	1.00	100.00	0.93	92.91	319.01	5	Grundversorgung
S65	NW	K122	10'007	444	44.87	4'642	10.60	0.880	35.05	0.93	26.03	35	2.93	0	-	1.00	100.00	0.88	87.73	307.20	5	Grundversorgung
S66	AG	K121	9'995	451	45.59	7'273	16.85	0.793	29.14	0.86	22.04	56	4.69	0	-	1.00	100.00	0.79	77.76	296.05	5	Grundversorgung
S67	ZG	K112	9'992	531	53.80	9'538	22.22	0.820	30.97	0.93	26.05	69	5.77	0	-	1.00	100.00	0.92	91.04	329.86	4	ZV ohne Endvers.
S68	SG	K234	9'957	104	9.96	1'414	2.94	1.636	86.50	1.08	34.81	14	1.17	0	-	-	-	0.73	71.63	207.01	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S69	ZG	K122	9'950	327	32.85	3'903	8.85	0.921	37.83	0.95	27.37	1	0.08	0	-	-	-	0.91	90.54	197.52	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S70	AR	K121	9'944	465	47.02	6'906	15.97	0.722	24.33	0.89	24.06	72	6.03	0	-	1.00	100.00	0.88	87.04	304.46	5	Grundversorgung

Spital	Kanton	BfS	BR HSK inkl. ANK	Manhatten-Distanz																Cluster	
				1		2		3		4		5		6		7		8		Total	Nr.	Bezeichnung
				981 Max.		42315 Max.		1.835 Max.		2.187 Max.		1195 Max.		1 Ja		1 Ja		1 Max.		Punkte		
				7 Minx		174 Min		0.364 Min.		0.4813 Min.		0 Min.		0 Nein		0 Nein		0.06 Min.				
				Angesteuerte DRG	Punkte	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	VWD-Quotient	Punkte	AA-Stellen	Punkte	Endversorgungs-spital	Punkte	Notfall	Punkte	Erreichung Mindestfallzahlen	Punkte			
S71	AG	K235	9'897	32	2.57	554	0.90	0.748	26.06	0.72	13.93	27	2.26	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	245.72	5	Grundversorgung
S72	AG	K112	9'892	713	72.48	18'678	43.91	0.987	42.37	1.02	31.86	214	17.91	0	-	1.00	100.00	0.97	96.30	404.83	4	ZV ohne Endvers.
S73	TI	K122	9'883	352	35.42	3'159	7.08	0.762	27.07	0.91	25.29	30	2.51	0	-	1.00	100.00	0.96	96.13	293.51	5	Grundversorgung
S74	ZH	K112	9'882	518	52.46	10'146	23.66	0.842	32.48	0.91	25.25	70	5.86	0	-	1.00	100.00	0.93	92.55	332.27	4	ZV ohne Endvers.
S75	BE	K112	9'873	619	62.83	17'594	41.34	1.144	53.01	0.92	25.71	59	4.94	0	-	1.00	100.00	0.98	98.15	385.98	4	ZV ohne Endvers.
S76	LU	K112	9'871	913	93.02	37'634	88.89	1.098	49.91	0.94	27.01	442	36.99	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	595.82	2	ZV/Endversorger (K112)
S77	SG	K121	9'870	436	44.05	5'691	13.09	0.797	29.42	0.85	21.60	45	3.77	0	-	1.00	100.00	0.95	94.68	306.61	5	Grundversorgung
S78	SG	K112	9'831	564	57.19	14'801	34.71	0.842	32.46	0.88	23.48	123	10.29	0	-	1.00	100.00	0.89	87.84	345.97	4	ZV ohne Endvers.
S79	ZH	K123	9'806	260	25.98	2'492	5.50	0.666	20.49	0.91	25.36	7	0.59	0	-	1.00	100.00	0.88	87.59	265.50	5	Grundversorgung
S80	GR	K122	9'795	373	37.58	2'427	5.35	0.778	28.15	0.85	21.45	33	2.76	0	-	1.00	100.00	0.73	71.12	266.41	5	Grundversorgung
S81	VD	K121	9'784	547	55.44	8'765	20.39	0.878	34.93	0.99	29.65	106	8.87	0	-	1.00	100.00	0.87	85.67	334.95	4	ZV ohne Endvers.
S82	GR	K112	9'759	776	78.95	15'560	36.51	1.063	47.54	0.96	28.09	191	15.98	1	100.00	1.00	100.00	0.97	96.73	503.81	2	ZV/Endversorger (K112)
S83	TG	K231	9'736	105	10.06	1'946	4.20	1.601	84.12	0.99	29.59	18	1.51	0	-	1.00	100.00	0.84	82.98	312.47	5	Grundversorgung
S84	BE	K112	9'688	701	71.25	27'335	64.45	0.979	41.79	0.86	22.22	57	4.77	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	404.48	4	ZV ohne Endvers.
S85	VD	K121	9'629	500	50.62	6'526	15.07	0.859	33.64	0.90	24.75	85	7.11	0	-	1.00	100.00	0.76	74.18	305.38	5	Grundversorgung
S86	GR	K122	9'628	336	33.78	2'156	4.70	0.821	31.03	0.93	26.07	17	1.42	0	-	1.00	100.00	0.74	71.81	268.81	5	Grundversorgung
S87	TI	K112	9'624	808	82.24	35'768	84.46	1.031	45.36	1.18	41.19	434	36.32	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	589.57	2	ZV/Endversorger (K112)
S88	SH	K112	9'615	546	55.34	8'908	20.73	0.894	36.05	0.98	29.16	87	7.28	0	-	1.00	100.00	0.94	93.92	342.47	4	ZV ohne Endvers.
S89	BE	K112	9'562	532	53.90	9'149	21.30	0.906	36.86	0.90	24.83	102	8.54	0	-	1.00	100.00	0.88	87.73	333.15	4	ZV ohne Endvers.
S90	NE	K231	9'547	219	21.77	2'543	5.62	1.153	53.66	0.82	19.88	-	-	0	-	1.00	100.00	0.80	78.34	279.27	5	Grundversorgung
S91	ZH	K112	9'525	541	54.83	9'752	22.73	0.895	36.10	0.83	20.48	64	5.36	0	-	1.00	100.00	0.91	90.69	330.18	4	ZV ohne Endvers.
S92	SG	K122	9'524	445	44.97	6'977	16.14	0.985	42.19	0.95	27.57	4	0.33	0	-	1.00	100.00	0.96	95.27	326.49	5	Grundversorgung
S93	SH	K231	9'435	107	10.27	1'227	2.50	1.120	51.38	0.92	25.48	-	-	0	-	-	-	0.82	80.55	170.17	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S94	SO	K123	9'412	136	13.24	1'767	3.78	1.015	44.28	0.77	16.84	-	-	0	-	-	-	0.74	72.34	150.48	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S95	GR	K231	9'383	95	9.03	1'770	3.79	1.096	49.73	0.79	17.82	10	0.84	0	-	-	-	0.90	89.36	170.57	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S96	BE	K112	9'364	638	64.78	15'485	36.33	0.950	39.81	0.87	22.66	122	10.21	0	-	1.00	100.00	0.88	87.23	361.03	4	ZV ohne Endvers.
S97	BE	K121	9'363	530	53.70	8'026	18.63	0.907	36.91	0.98	29.10	84	7.03	0	-	1.00	100.00	0.91	90.18	335.55	5	Grundversorgung
S98	ZH	K231	9'358	90	8.52	1'183	2.39	0.843	32.53	0.61	7.28	-	-	0	-	-	-	0.80	78.72	129.46	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S99	AG	K122	9'354	384	38.71	4'403	10.04	0.927	38.25	0.83	20.16	41	3.43	0	-	1.00	100.00	0.86	84.84	295.42	5	Grundversorgung
S100	ZH	K112	9'319	558	56.57	10'764	25.13	0.872	34.53	0.95	27.44	93	7.78	0	-	1.00	100.00	0.92	91.49	342.95	4	ZV ohne Endvers.
S101	ZH	K232	9'316	11	0.41	754	1.38	0.394	1.98	1.14	38.88	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	142.65	7	Geburtshäuser
S102	TI	K231	9'291	88	8.32	2'405	5.29	1.231	58.92	0.76	16.25	1	0.08	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	288.87	5	Grundversorgung
S103	SG	K235	9'244	95	9.03	782	1.44	0.658	19.96	0.66	10.60	-	-	0	-	-	-	0.06	-	41.03	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S104	VS	K112	9'189	819	83.37	31'292	73.84	0.979	41.77	1.08	35.33	389	32.55	1	100.00	1.00	100.00	0.92	91.82	558.67	2	ZV/Endversorger (K112)
S105	AG	K232	9'171	11	0.41	346	0.41	0.405	2.73	1.05	33.10	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	136.65	7	Geburtshäuser
S106	FR	K122	9'169	238	23.72	6'555	15.14	0.685	21.79	0.89	23.98	-	-	0	-	-	-	0.99	98.94	183.56	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S107	TG	K231	9'140	23	1.64	437	0.62	0.682	21.59	0.79	18.12	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	141.98	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S108	FR	K232	9'099	7	-	268	0.22	0.382	1.22	0.83	20.22	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	121.67	7	Geburtshäuser
S109	TI	K122	9'079	483	48.87	6'923	16.02	1.099	50.00	1.19	41.52	76	6.36	0	-	-	-	0.88	87.37	250.13	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S110	VD	K231	9'008	64	5.85	1'012	1.99	1.376	68.80	0.64	9.12	-	-	0	-	-	-	0.90	88.94	174.70	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S111	ZH	K232	9'001	10	0.31	483	0.73	0.392	1.89	0.91	24.92	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	127.85	7	Geburtshäuser
S112	LU	K112	8'988	640	64.99	13'048	30.55	1.050	46.66	0.94	26.81	16	1.34	0	-	1.00	100.00	0.97	97.22	367.57	4	ZV ohne Endvers.
S113	VS	K231	8'981	163	16.02	1'897	4.09	1.167	54.59	0.76	16.56	-	-	0	-	1.00	100.00	0.90	89.36	280.62	5	Grundversorgung
S114	LU	K232	8'940	11	0.41	890	1.70	0.382	1.21	1.06	33.74	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	137.06	7	Geburtshäuser
S115	FR	K231	8'894	144	14.07	2'961	6.61	1.081	48.74	0.74	15.18	-	-	0	-	-	-	0.94	93.92	178.52	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S116	AG	K122	8'859	371	37.37	7'040	16.29	0.681	21.52	0.84	21.27	29	2.43	0	-	1.00	100.00	0.63	60.40	259.28	5	Grundversorgung
S117	BS	K234	8'785	204	20.23	2'530	5.59	1.394	70.04	0.94	26.69	42	3.51	0	-	-	-	0.44	40.43	166.49	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S118	BL	K231	8'697	40	3.39	647	1.12	0.885	35.43	0.88	23.32	9	0.75	0	-	-	-	0.74	72.34	136.35	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S119	VS	K231	8'621	79	7.39	1'093	2.18	1.327	65.49	0.66	10.30	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	185.37	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S120	AG	K112	8'585	623	63.24	10'301	24.03	1.291	63.02	0.84	21.16	15	1.26	0	-	1.00	100.00	0.95	94.89	367.60	4	ZV ohne Endvers.
S121	ZH	K231	8'485	75	6.98	1'195	2.42	0.885	35.43	0.74	15.22	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	160.05	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S122	BL	K231	8'269	124	12.01	2'649	5.87	1.041	46.02	0.85	21.37	21	1.76	0	-	-	-	0.87	85.82	172.84	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S123	ZH	K231	8'237	51	4.52	1'163	2.35	0.525	10.90	0.48	-	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	117.77	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall
S124	TI	K123	7'564	122	11.81	649	1.13	1.549	80.54	2.19	100.00	5	0.42	0	-	-	-	1.00	100.00	293.89	6	Kliniken/Spez.Kliniken o/Notfall

Pour des raisons de protection des données, les hôpitaux BM ne sont pas cités.

Au besoin, les autorités d'approbation peuvent s'adresser au gestionnaire tarifaire SwissDRG à des fins de vérification de la plausibilité (d.maag@ecc-hsk.info, r.zeramdini@ecc-hsk.info).

Répertoire des abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
BM	Benchmark
BR	Baserate
TAF	Tribunal administratif fédéral
CMI	Indice de casemix
CM	Casemix
DRG	Diagnosis related groups
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
ITAR_K©	Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation
AM	Assurance-maladie
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
DM	Distance de Manhattan
PCA	Principal Component Analysis
REKOLE®	Révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière (grouper GPPH)
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurance complémentaire)