



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# Synthèse des arrêts du TAF et du TF

Impact sur la détermination des coûts et la formation des tarifs dans le domaine AOS

V1.4  
Décembre 2018



## Sommaire

Sommaire .....	1
1 Introduction .....	2
2 Compatibilité de l'art 59c al. 1 let. A et B OAMal avec les principes du nouveau financement hospitalier .....	3
3 Affectation d'un éventuel bénéfice .....	3
4 Détermination des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB) .....	3
5 Traitement des prestations d'intérêt général (PIG) (pour la recherche et formation universitaire voir chapitre suivant) .....	5
6 Recherche et formation universitaire .....	5
7 Benchmarking et formation des tarifs .....	6
8 Autonomie contractuelle des partenaires tarifaires et rôle des cantons .....	6
9 L'impératif de l'équité dans la LAMal .....	7
10 Facturation des prestations selon l'art. 49 al. 1, 4 <sup>e</sup> phrase Lamal .....	7
11 Financement des soins .....	8
12 Annexe : Explications et références .....	9
13 Bibliographie .....	45
14 Contact .....	49

## Versions

N°	Date de modification	Motif
1.0	01.05.2016	▪ Prestation pour les membres actifs de H+
1.1	01.09.2015	▪ Prise en compte des nouveaux arrêts du TAF jusqu'au 1.9.2015
1.2	01.06.2016	▪ Prise en compte des nouveaux arrêts du TAF jusqu'au 1.6.2016 ▪ Rectification de l'interprétation du TAF à propos de «structuré / non-structuré» ▪ Nouveau chapitre 10 Facturation de prestations selon l'art. 49 al. 1, 4 <sup>e</sup> phrase LAMal
1.3	01.09.2016	▪ Précision relative au périmètre de la formation universitaire selon la LAMal
1.4	01.12.2018	▪ Précision relative à la détermination des coûts dans le secteur ambulatoire selon la LAMal ▪ Nouveau chapitre 11 Financement des soins

# 1 INTRODUCTION

Depuis des années, H+ s'engage au niveau des institutions, des cantons et de la Confédération pour que, dans le domaine de la détermination des coûts et de la formation des tarifs, on s'affranchisse des vieux schémas qui trouvent leur justification dans l'ancienne LAMal (avant 2012).

Si la LAMal et son message devraient permettre la recherche de compromis entre les partenaires de la santé, les difficultés posées par le nouveau financement hospitalier s'avèrent trop importantes et les positions de certains acteurs inconciliables.

Les jugements suivants du Tribunal administratif fédéral (TAF)<sup>1</sup> clarifient désormais plusieurs questions fondamentales en relation avec la révision de la LAMal, laquelle est entrée en vigueur au 1.1.2009 (pour le nouveau financement hospitalier, 1.1.2012) et sur lesquelles les partenaires ne sont pas parvenus à s'entendre durant des années.

Le TAF a posé ainsi des recommandations et des règles claires pour le calcul et l'évaluation des coûts ainsi que pour la formation des tarifs dans le domaine AOS hospitalier. Le rôle des acteurs de la santé est, en partie, aussi défini resp. rappelé.

La présente synthèse a été réalisée par le secrétariat central de H+. Elle doit être considérée comme une référence pour nos membres. Ce résumé est actualisé et coordonné systématiquement sitôt que de nouveaux constats issus des arrêtés du TAF sont connus de H+. Il est articulé selon les thèmes suivants:

- Compatibilité de l'art 59c al. 1 OAMal avec les principes du nouveau financement hospitalier
- Affectation d'un éventuel bénéfice
- Détermination des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)
- Traitement des PIG (pour la recherche et formation universitaire voir thème suivant)
- Recherche et formation universitaire
- Benchmarking et formation des tarifs
- Autonomie contractuelle des partenaires tarifaires et rôle des cantons
- L'impératif d'équité dans la LAMal
- Facturation de prestations selon l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase LAMal

Chaque thème comprend des messages qui résument l'interprétation donnée par le TAF. Chaque thème et message comprend une référence aux passages/considérations correspondants dans les jugements. De même, il est indiqué pour chaque thème, dans quelle mesure les produits de H+ ont dû être complétés, resp. être adaptés.

Les produits de H+ suivants peuvent subir des adaptations dues aux jugements évoqués ci-dessus:

- REKOLE®, 4<sup>e</sup> édition 2013
- ITAR\_K®, 9<sup>e</sup> édition 2017
- Détermination des coûts et la formation des tarifs, position de H+, 2<sup>e</sup> édition 2015 (V2.0).

## **Remarque relative à la version 1.4 du 1<sup>er</sup> décembre 2018**

Les nouvelles conclusions resp. compléments, par rapport à la version 1.3 de septembre 2016, sont marqués en vert afin de les rendre aisément identifiables.

---

<sup>1</sup> Arrêts du TAF publiés et communiqués à H+ jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2018 concernant la détermination des coûts et la formation des tarifs dans le domaine AOS hospitalier. <http://www.bvger.ch/publiws/?lang=de>. Les jugements partiels du TAF sont aussi pris en compte mais ne sont pas énumérés nommément ici.

## 2 COMPATIBILITÉ DE L'ART 59C AL. 1 LET. A ET B OAMAL AVEC LES PRINCIPES DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER

### Messages

1. L'art. 59c al. 1 let. a et b OAMal ne se rapporte pas aux coûts d'un hôpital considéré isolément, mais à ceux du benchmark.
2. Des gains d'efficacité sont autorisés dans le domaine AOS.
3. Une égalité de traitement sur la question des bénéfices n'est pas prévue entre prestataires de soins et assureurs.
4. Une approbation / fixation du tarif de l'hôpital au-dessus de ses propres coûts AOS pertinents pour le tarif est possible.

### Impact sur les produits de H+

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## 3 AFFECTATION D'UN ÉVENTUEL BÉNÉFICE

### Message

1. Le TAF n'a pas pris position dans ses arrêts sur l'affectation du bénéfice.

### Impact sur les produits de H+

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## 4 DÉTERMINATION DES CHARGES D'EXPLOITATION PERTINENTES POUR LE BENCHMARKING (CPB)

### Messages

1. Selon le TAF, il ne paraît pas opportun de remettre fondamentalement en question REKOLE® et ITAR\_K®.
2. Dans le cas d'une procédure de fixation, il n'est pas possible de se fonder sur les données d'ITAR\_K sans autre vérification. Par exemple, la comptabilité des immobilisations, au sens de l'art. 10 al. 5 OCP, doit être fournie.
3. Dans le cadre d'une procédure de fixation et dans la mesure où la détermination des coûts est fondée sur ITAR\_K, le relevé ITAR\_K doit être livré avec toutes les colonnes (domaines d'activité/tarifs).
4. Dans le cadre d'une procédure de fixation, le fournisseur de prestations est tenu de fournir toutes les clés (valeurs de référence) appliquées dans les méthodes de calcul de la comptabilité analytique.
5. Les calculs prévisionnels liés aux hôpitaux (surcoûts ou coûts inférieurs) peuvent être pris en compte dans la fixation du tarif. En sont exclues les hausses de coûts planifiées par l'hôpital lui-même.
6. Produits du compte 65: une marge bénéficiaire ne peut être considérée que si elle est établie.
7. Des suppléments pour pertes sur débiteur ne sont pas prévus dans la LAMal.
8. Le renchérissement pondéré pour l'année X-1 reste déterminant. Le prise en compte du renchérissement intervient après le benchmarking.
9. Les déductions pour manque de transparence (ou les déductions pour surcapacités) sont, en principe, caduques. Une éventuelle inéconomicité est à corriger par le benchmarking. Les hôpitaux qui produisent une comptabilité analytique incomplète et insuffisante au niveau transparence ne sont, dans l'idéal, pas pris en compte dans le benchmarking.
10. Une déduction normative pondérée par patient avec assurance-complémentaire (AC) est admise de manière subsidiaire pour l'apurement des charges supplémentaires inhérentes aux traitements de ces patients (non compris les honoraires-médecins). En revanche, la pratique du Surveillant des prix n'est plus acceptée.
11. Les prestations d'attente pour les cas d'urgence constituent fondamentalement des prestations obligatoires AOS; elles n'entraînent pas de coûts supplémentaires résultant,

par exemple, du maintien d'un service des urgences trop petit ou insuffisamment utilisé (= prestations d'intérêt général (PIG)), et ne sont donc pas considérées, en principe, comme des PIG.

12. L'OCP comprend des dispositions pour l'évaluation des investissements (calcul des amortissements et intérêts calculatoires), afin que celle-ci soit effectuée selon une méthode uniforme, qu'elle soit comparable et qu'elle serve de référence pour la détermination des tarifs.
13. Sont considérées comme nécessaires à l'exploitation les immobilisations qui sont indispensables à l'exécution du mandat de prestations.
14. Concernant les charges d'utilisation des immobilisations, les dispositions de l'OCP s'écartent en partie des principes de la comptabilité d'exploitation et ne sont, par conséquent, pas entièrement compatibles avec REKOLE®.
15. Une documentation des ajustements entrepris entre la comptabilité financière et la comptabilité d'exploitation doit être garantie.
16. Les charges d'utilisation des immobilisations correspondent à celles qui sont nécessaires au traitement des patients couverts par l'AOS.
17. La détermination des tarifs de l'assurance-maladie repose, en principe, sur les coûts des cas correspondants (patients couverts par l'assurance de base et l'assurance complémentaire).
18. Les coûts prévisionnels liés à l'hôpital et généraux qui surviennent avec certitude durant l'année tarifaire doivent être pris en compte dans le calcul de la valeur de base du cas (baserate) d'un hôpital. En revanche, ils ne font pas partie des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking.
19. La contribution par cas au CMO est due par cas facturé et non pas pour un cas avec un degré de gravité de 1.0.
20. Il est admissible de déduire les coûts de la formation non-universitaire des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking et de les couvrir au moyen de suppléments propres à l'hôpital.
21. Un supplément de 1% sur la valeur de référence est admis afin de tenir compte de l'effet de la réunion des cas dans le catalogue (2012 par rapport à 2010).

### **Impact sur les produits de H+**

Pt. 3: Adaptation des Explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K®

Le chapitre 10.3 Traitement des produits provenant des comptes 65 et 66 des Explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K® est complété dès la V5.0 par le passage suivant: *Selon le jugement du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 7 avril 2014, les produits du compte 65 doivent être déduits intégralement, à moins que la marge bénéficiaire effective puisse être établie. Le tableau 2 dans la feuille Excel «Informations supplémentaires» permet de calculer cette marge effective.*

Pt. 5: Adaptation des Explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K®

Le chapitre 10.13 Calculs de projection des Explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K® est complété dès la V5.0 par le passage suivant: *Le calcul du renchérissement prospectif sur un an est calculé à la ligne 52. Les paramètres pour le renchérissement des charges de personnel et des autres charges d'exploitation doivent être saisis aux cellules E69 et E70 (voir aussi chiffre 11 «Paramètres de calcul»).*

Pt. 8: Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire. Il convient cependant de vérifier si de telles charges (charges pour assurer les prestations d'attente pour les cas d'urgence) peuvent biaiser le benchmarking dans l'AOS. Si tel devait être le cas, ces charges devraient être identifiées et traitées de telle manière que toute distorsion soit exclue dans le cadre de la procédure de benchmarking.

Ces adaptations sont mentionnées ici par souci d'exhaustivité. Elles ont déjà été portées dans la version actuelle des explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K® V5.0 qui est en ligne.

## 5 TRAITEMENT DES PRESTATIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (PIG) (pour la recherche et formation universitaire voir chapitre suivant)

### Messages

1. La définition, le calcul des coûts et la présentation distincte des PIG doivent être garantis. Une définition négative des PIG n'est pas possible.
2. Les charges des PIG doivent être extraites des charges totales de l'hôpital; il ne suffit plus de déduire au total des charges de l'hôpital les indemnités cantonales pour PIG reçues par l'hôpital.
3. L'indemnisation cantonales des PIG doit au plus couvrir les charges produites et présentées.
4. Les soins palliatifs dans un hôpital aigu font partie des prestations obligatoires de la LAMal.
5. Les éventuelles lacunes dans le financement des PIG ne peuvent pas être supportées par l'AOS.
6. La prise en charge et les soins pédiatriques correctes nécessitant plus de personnel ne sont pas des prestations supplémentaires ou des prestations d'intérêt général non-médicales mais ils font partie intégrante des soins médicaux spécialisés pour les enfants. Les surcoûts doivent être pris en charge par l'AOS.

### Impact sur les produits de H+

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## 6 RECHERCHE ET FORMATION UNIVERSITAIRE

### Messages

1. Le TAF suit REKOLE® pour la définition de l'unité finale d'imputation : formation universitaire, formation postgraduée et recherche.
2. Les charges de la recherche et de la formation universitaire doivent être – aux fins de leur détermination, respectivement de leur évaluation – être saisies de manière transparente sur la base d'un relevé des activités.
3. Les déductions normatives pour la recherche et la formation universitaire demeurent autorisées lorsque les données pertinentes (transparentes) de l'hôpital ne sont pas disponibles. Dans ce cas, la déduction normative doit être fixée à un niveau tel, que l'hôpital n'en retire – avec certitude – aucun avantage. La pratique du Surveillant des prix n'est plus admise.
4. Le forfait minimum défini par la CDS (CHF 15'000) n'a pas pour vocation d'assurer la couverture des charges effectives de la formation postgraduée.
5. La définition de la formation universitaire selon la LAMal comprend la formation de base et postgraduée dispensée (point de vue de l'enseignant) aux étudiants d'une profession médicale universitaire ainsi que la formation de base reçue par ces étudiants (point de vue de l'étudiant) jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral, y compris les éventuels aspects de production couplée. Cette part de la formation universitaire est considérée comme PIG. En revanche, la formation postgraduée reçue ultérieurement par ces étudiants jusqu'à l'obtention du titre fédéral de formation postgraduée, respectivement leurs salaires, sont des coûts à la charge de l'AOS.
6. La définition de la recherche comprend tant des activités universitaires que non-universitaires.
7. Outre les charges de la formation des médecins, il convient d'éliminer des charges relevant de l'AOS également celles qui concernent la formation des étudiants des autres professions médicales universitaires.
8. Une distinction entre enseignement «structuré» et «non-structuré» n'est pas prévue dans la législation.
9. Pour la formation universitaire et la recherche, ce sont les charges effectives qui font référence et non la contribution du canton.

### Impact sur les produits de H+

## 7 BENCHMARKING ET FORMATION DES TARIFS

### Messages

1. Le TAF concède au début une large marge de manœuvre en matière de benchmarking et de formation des prix.
2. La comparaison des établissements doit être établie au niveau national. La création de catégories d'hôpitaux n'est pas prévue dans la procédure de benchmarking mais elle est admise durant la phase initiale pour des hôpitaux spéciaux (p. ex. hôpitaux universitaires ou hôpitaux pédiatriques & services pédiatriques spécialisés des hôpitaux universitaires).
3. Plus le groupe de comparaison est petit, plus les exigences d'exactitude dans la détermination des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking sont élevées.
4. Le nouveau financement des hôpitaux dans l'AOS est fondé sur un système de prix basé sur les coûts.
5. Dans les procédures de fixation des tarifs, il ne peut pas y avoir de différenciation de tarif fondée sur la qualité dans l'AOS.
6. Le calcul du critère d'efficacité (benchmark) est basé sur les coûts.
7. Le critère d'efficacité doit correspondre à une bonne efficacité mais pas à la meilleure performance.
8. La fixation d'un benchmark déterminé (percentile) ne doit pas avoir pour objectif de relever le tarif d'un hôpital afin de couvrir ses coûts.
9. Une rémunération plus élevée (resp. différenciée et propre à chaque hôpital) doit être fondée sur des caractéristiques propres à l'hôpital (cf. Impératif de l'équité, chapitre 9).
10. Des baserates différents selon les hôpitaux sont probables.
11. Justifier le droit à un baserate plus élevé en appuyant l'argumentation sur une haute complexité de cas ou sur un CMI élevé ne suffit pas.
12. Le 40<sup>e</sup> ou le 50<sup>e</sup> percentile est admis aujourd'hui (2014-2015) comme critère d'efficacité.
13. La LAMal ne prescrit pas un baserate uniforme pour tous les hôpitaux et plusieurs conventions tarifaires par prestataires de soins sont possibles.
14. Un benchmarking des prix est possible dans une phase initiale mais il est lié à des conditions supplémentaires.
15. Le calcul du tarif des prestations ambulatoires dans l'AOS (y c. dans le domaine ambulatoire) se fonde sur les coûts présentés de manière transparente à la charge de cette assurance.

### Impact sur les produits de H+

Adaptations de la position de H+ sur la détermination des coûts et la formation des tarifs. La 2<sup>e</sup> édition 2015 (V2.0) est en ligne sur le site de H+.

## 8 AUTONOMIE CONTRACTUELLE DES PARTENAIRES TARIFAIRES ET RÔLE DES CANTONS

### Messages

1. L'autonomie contractuelle (liberté de contracter et primauté de la convention) est considérée comme très importante et est garantie.
2. Dans le système de la LAMal, les conventions tarifaires doivent constituer la règle et les fixations du tarif par l'autorité l'exception.
3. Les procédures d'approbation et de fixation doivent être clairement distinctes l'une de l'autre et offrir les garanties correspondant à ces points de vue différents.
4. Les tarifs doivent être approuvés par le gouvernement lorsque leur calcul correspond aux principes de légalité, d'économicité et d'équité; et ce également lorsque ces tarifs dépassent les valeurs de référence considérées comme juste par le gouvernement dans une procédure de fixation.



5. Un gouvernement cantonal peut soumettre à un contrôle de l'économicité uniquement les hôpitaux à qui il a confié un mandat de prestations.
6. Si un gouvernement cantonal veut vérifier l'économicité d'un hôpital auquel il n'est pas octroyé un mandat de prestations, il doit toujours se référer au contrôle de l'économicité réalisé par le gouvernement compétent.
7. Le Tribunal administratif fédéral octroie au gouvernement cantonal comme instance de fixation et dans le cadre de la phase initiale une certaine marge d'appréciation/de manœuvre dans la mise en œuvre du benchmarking. Cette marge ne porte pas sur le pouvoir de décider si la règle de formation des prix selon l'art. 49 al. 1 est à appliquer.
8. Il n'appartient pas au Tribunal administratif fédéral de fixer des forfaits (tarifs/prix). Cette compétence appartient aux cantons.
9. Fondamentalement, un baserate supérieur à la valeur de référence ne peut pas être approuvé ou fixé, sauf en cas de différenciations de tarif résultant de particularités propres à l'hôpital.
10. Une fixation du tarif sur la seule base des coûts de l'hôpital concerné n'est pas suffisante et n'est pas conforme à la LAMal sous l'empire du nouveau droit.
11. Si l'instance précédente omet d'exiger des données complètes et transparentes dans la procédure de fixation (cf. chapitre 4, messages 2 et 3), elle ne s'acquitte pas de son obligation d'investigation.

#### **Impact sur les produits de H+**

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## **9 L'IMPÉRATIF DE L'ÉQUITÉ DANS LA LAMAL**

### **Messages**

1. L'impératif d'équité implique une prise en compte de la spécificité des différents intérêts des parties. Il peut justifier une «exception à la force réglementaire du droit» (application individuelle et concrète).
2. L'équité n'a pas le caractère d'une règle générale abstraite dans le cadre de la LAMal.
3. Sous le régime du nouveau financement hospitalier, des baserates par hôpital ou, dans certains cas, liés au site, sont, pour des motifs d'équité, possibles et selon les circonstances, même obligatoires. Les particularités propres à l'hôpital, resp. au site, doivent être établies.
4. Des particularités propres à l'hôpital peuvent conduire à un écart par rapport à la valeur de référence non seulement vers le haut mais aussi vers le bas.
5. Une différenciation du tarif visant à corriger des distorsions résultant de la structure tarifaire est autorisée en cas de dispersion étendue des cas à l'intérieur du DRG (DRG non-homogène).
6. Une différenciation du tarif visant à corriger des distorsions résultant de la structure tarifaire n'est pas autorisée lorsque le costweight a été mal évalué (sous- ou sur-évaluation).
7. Les mandats de prestations dans le domaine MHS ne justifient pas de manière générale des baserates plus élevés.

#### **Impact sur les produits de H+**

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## **10 FACTURATION DES PRESTATIONS SELON L'ART. 49 AL. 1, 4<sup>e</sup> PHRASE LAMAL**

### **Messages**

1. Les art. 3 et 5 OCP régissent les définitions de hospitalier, resp. ambulatoire; ces définitions ne peuvent pas être davantage précisées par les partenaires tarifaires.
2. Le devoir de participation des cantons est régi de manière exhaustive dans la loi et ne peut pas être modifié par le biais de conventions tarifaires.



3. Les prestations internes et externes à l'hôpital, qui ne font pas parties du mandat de prestations hospitalières concédé au prestataire de soins, ne peuvent pas être facturées à la charge de l'AOS au regard de l'art. 49 al. 1 LAMal. Sur le plan tarifaire, le prestataire de soins doit être traité alors comme s'il n'était pas du tout admis comme prestataire AOS.
4. Par «prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales» suivant l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase LAMal, on entend avant tout des prestations rares et particulièrement onéreuses.
5. L'obligation des cantons de participer au financement englobe aussi les rémunérations supplémentaires pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales (à condition qu'elles fassent partie du mandat de prestations).
6. Les traitements intercurrents<sup>2</sup>, en soi, ne sont pas à assimiler à des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales.
7. Du point de vue tarifaire, les traitements intercurrents ne font pas partie du traitement hospitalier qui leur prête leur caractère intercurrent.

#### **Impact sur les produits de H+**

Aucune adaptation des produits de H+ n'est nécessaire.

## **11 FINANCEMENT DES SOINS**

### **Messages**

1. Les cantons peuvent déterminer des tarifs forfaitaires pour le financement résiduel des coûts des soins, appelés aussi «coûts normatifs» ou «montants maximaux».
2. Si les EMS ne parviennent pas à rester dans le cadre de ces coûts normatifs, il appartient aux cantons de prendre des mesures, dans le cadre de leur devoir de surveillance. S'ils ne le font pas, les pouvoirs publics – canton ou commune – doivent prendre en charge les coûts résiduels non couverts dans le cas particulier.
3. Le financement résiduel se fonde sur les coûts des soins relevant de la LAMal présentés par les EMS de manière transparente.
4. Pour que les coûts des soins relevant de la LAMal puissent être établis et distingués des coûts d'assistance et de pension, les EMS doivent tenir une comptabilité analytique, une statistique des prestations selon l'OCP et, dans le cadre de ladite comptabilité analytique, saisir les durées.

---

<sup>2</sup> Traitements supplémentaires dus à une autre affection, qui ne sont pas en relation directe avec le traitement stationnaire.

## 12 ANNEXE : EXPLICATIONS ET RÉFÉRENCES

Les références sont effectuées en premier lieu par rapport aux arrêts principaux et aux précisions ultérieures, apportées dans les arrêts ultérieurs.

Pour les considérants du TAF, la version originale en allemand fait foi.

### Chapitre 2: Compatibilité de l'art 59c al. 1 OAMal avec les principes du nouveau financement hospitalier

#### Explications et références

##### Pt 1:

L'art. 59c al. 1 OAMal ne prescrit pas que les «coûts de la prestation justifiés», qu'un tarif doit au plus couvrir selon la let. a, doivent se rapporter aux coûts d'un fournisseur de prestations considéré isolément... mais aux coûts de l'hôpital qui représente le benchmark (et dont le tarif doit inspirer les tarifs hospitaliers selon l'art. 49 al. 1, dernière phrase LAMal). Ce benchmark doit être déterminé en se basant sur les charges d'exploitation justifiées de manière transparente pertinentes pour le benchmarking des différents hôpitaux ([2.10.1 TAF LUKS](#)).

L'art. 59c al. 1 let. a OAMal, selon lequel «le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente», doit être interprété de la manière suivante: les «coûts justifiés de la prestation» ne désignent pas les coûts individuels de l'hôpital dont le tarif est l'objet du jugement mais ils désignent les coûts de l'hôpital qui constitue le benchmark ([3.2 TAF SPZ](#)).

##### Pt 2:

L'orientation croissante des incitations économiques vers un objectif de maîtrise des coûts implique... que les critères entrepreneuriaux gagnent en importance dans le domaine hospitalier. «Cela signifie d'un côté davantage de responsabilités pour les décideurs, et de l'autre un risque accru» (FF 2004 5212). Ces explications impliquent que, lors de la détermination de la valeur de base du cas, il ne faut plus se fonder sur les coûts d'exploitation imputables ou, en tout cas, que ces derniers n'ont plus la même importance que dans l'ancien droit ([2.8.2 TAF LUKS](#)).

La LAMal ne contient pas de disposition selon laquelle, de manière générale, tous les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 35 al. 2 LAMal ne peuvent pas réaliser de bénéfice dans leurs activités à charge de l'AOS ([2.9.4.1 TAF LUKS](#)).

Dans le système du nouveau financement hospitalier, les coûts individuels d'un hôpital constituent la base du benchmarking, resp. de la détermination des coûts pertinents pour le benchmarking, et des coûts par cas apurés du degré de gravité (valeur de base pertinente pour le benchmarking). Cependant, la valeur de base du cas (baserate) ne doit pas correspondre forcément à ces coûts car le principe de l'indemnisation des coûts n'est plus en vigueur. L'ancienne pratique – développée sur la base de l'ancien art. 49 al. 1 LAMal – relative aux coûts imputables n'est plus applicable (TAF 2014/3, c. 2.8.5). Les gains d'efficacité des hôpitaux (qui ont une valeur de base pertinente pour le benchmarking inférieure au benchmark déterminé conformément à la loi) ne sont pas interdits (TAF 2014/3 c. 2.9.4.4 et 2.9.5) ([3.2 TAF SPZ](#)).

Les particularités propres à l'hôpital peuvent justifier un écart par rapport à la valeur de référence non seulement vers le haut mais aussi vers le bas (TAF 2014/36, c. 6.8; C-5749/2013, c. 6.3). Ce principe est valable en particulier lorsque les coûts par cas apurés du degré de gravité d'un hôpital se situent en-dessous du benchmark non en raison d'une efficacité supérieure mais en raison d'une proportion supérieure à la moyenne de cas profitables, resp. en raison d'une part inférieure de cas déficitaires (C-5749/2013 c. 6.3.4). Après la révision du financement hospitalier également, seuls les gains d'efficacité sont autorisés; sinon, le principe d'une fourniture aussi

avantageuse que possible de soins appropriés et de haute qualité (art. 43 al. 6 LAMal) ne serait pas réalisé (TAF 2014/3 c. 2.9.4.4) ([5.2.5 TAF CHUR](#)).

**Pt 3:**

Ainsi, le législateur n'a pas légiféré sur une égalité de traitement des fournisseurs de prestations et des assureurs concernant la possibilité de réaliser des bénéfices. L'argument du Surveillant des prix avancé au considérant 2.9.1.3 selon lequel l'interdiction des bénéfices dans le domaine AOS (valable pour les assureurs) devait l'être aussi pour les hôpitaux pour des motifs de symétrie ne peut pas être suivi ([2.9.4.2 TAF LUKS](#)).

**Pt 4:**

Si la valeur de base pertinente pour le benchmarking d'un hôpital se situe en dessous du benchmark – déterminé conformément à la loi – il n'y a pas violation des principes fondamentaux de la LAMal lorsque le gouvernement du canton compétent approuve ou fixe un tarif qui couvre davantage que les coûts pertinents pour le tarif de cet hôpital ([2.9.5 TAF LUKS](#)).

### Chapitre 3: Affectation d'un éventuel bénéfice

#### Explications et références

**Pt 1:**

Il n'appartient pas au Tribunal administratif fédéral de trancher la question soulevée par le Surveillant des prix de déterminer si les assureurs maladie (et les cantons, resp. les contribuables) doivent cofinancer les bénéfices (non-affectés) des hôpitaux...

Le législateur sera appelé à débattre si les hôpitaux doivent réinvestir impérativement dans le domaine AOS d'éventuels bénéfices provenant de ce même domaine (cf. interpellation Bea Heim du 20 juin 2010 [13.3559]) ([2.9.6 TAF LUKS](#)).

## Chapitre 4: Détermination des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)

### Explications et références

#### Pt 1:

Des comparaisons d'établissements impliquent au préalable que les coûts ont été relevés selon une méthode uniforme (4.4 TAF WAID/TRIEMLI).

Compte tenu de l'importance et de la diffusion atteinte entretemps par REKOLE® et ITAR\_K® (la Statistique des hôpitaux et SwissDRG se basent sur ces standards (3.4.2 TAF LUKS)), il ne paraît pas indiqué de remettre en cause fondamentalement leur application (13.2.5 TAF WAID/TRIEMLI).

#### Pt 2:

Dans l'arrêt 2014/3 (sur les tarifs stationnaires des hôpitaux), le Tribunal administratif fédéral s'est penché sur l'application des modèles de présentation comptable REKOLE® et de détermination des tarifs ITAR\_K® élaborés par l'association faîtière H+: vu l'importance qu'ils ont acquise leur utilisation par un large cercle, leur application ne doit pas être remise fondamentalement en question. Il convient cependant de vérifier la conformité avec la loi de certaines méthodes de calcul préconisées dans ces modèles. (TAF 2014/3 c. 3.4.3). On ne peut se fonder sur les coûts d'utilisation des immobilisations présentés dans ITAR\_K® que si l'on s'est assuré qu'ils sont conformes aux prescriptions de l'OCP (TAF 2015/39 c. 11.8; arrêt C-4334/2013 c. 6.5). On ne peut donc pas déduire de la jurisprudence qu'ITAR\_K® est, en soi, conforme à la LAMal. (6.5.1 TAF OW)

La fixation de la valeur du point tarifaire sur la base d'ITAR\_K® n'est pas interdite dans son principe par la jurisprudence (arrêts C2380/2012 c. 7.3.2; C-4505/2013 c. 7.3). Mais, comme dans le domaine stationnaire, on ne peut pas se fonder sans autre vérification sur les données d'ITAR\_K®. (6.5.2 TAF OW)

#### Pt 3 et 4:

Les documents fournis par l'intimé dans la procédure de fixation du tarif ne permettent pas de procéder à une fixation conforme au droit. Il n'a livré ni comptabilité analytique au sens de l'art. 9 OCP, ni comptabilité des immobilisations (selon l'art. 10 al. 5, en lien avec art. 10a OCP). L'hôpital s'est contenté d'envoyer un formulaire «ITAR\_K consolidé» (ne correspondant pas à ITAR\_K complet) qui comprend le calcul de la valeur du point tarifaire pour six hôpitaux de Suisse centrale (dont le KSOW). Il n'est pas possible de vérifier si les coûts produits correspondent uniquement aux coûts des prestations ambulatoires de physiothérapie imputables pour la détermination du tarif AOS. Un établissement suffisamment transparent des coûts des prestations à la charge de l'AOS implique que les coûts qui ne relèvent pas de l'AOS puissent être clairement distingués (cf. TAF 2014/3 c. 6.4; 2015/39 c. 12.5). Si l'autorité de fixation veut se fonder sur les données d'ITAR\_K, elle doit l'exiger dans son intégralité (avec toutes les unités finales d'imputation) et ne pas se contenter d'un extrait portant sur le domaine de prestations en question. En outre, la documentation doit permettre d'établir selon quelle clé les différents coûts ont été répartis dans les unités finales d'imputation d'ITAR\_K (arrêt du TAF C-3133/2013 du 24 août 2015 c. 10.5 avec références; voir aussi arrêt C-4308/2007 c. 6.6.4.3). Si l'hôpital ne fournit pas une comptabilité des immobilisations au sens de l'art. 10 al. 5, en lien avec l'art. 10a OCP, l'autorité de fixation est tenue de l'exiger (arrêt TAF C-4479/2013 du 12 novembre 2015 c. 5.9.3). (6.4.1 TAF OW)

#### Pt 5:

La valeur de référence constitue la base de départ pour la détermination des prix. Lors de la détermination des prix, il n'est pas exclu qu'outre la valeur de référence, des particularités propres à l'hôpital doivent être prises en compte dans des cas fondés (10.1.5 TAF LUKS / 4.3 TAF WAID/TRIEMLI) afin de fixer au final un tarif individuel (4.10 TAF WAID/TRIEMLI).

Les données provenant de périodes de calcul ultérieures (c'est-à-dire les coûts tombant dans la période tarifaire) ne pouvaient en principe pas être pris en compte selon la pratique en vigueur jusqu'à présent pour les fixations de tarif. A moins qu'il ne s'agisse de surcoûts budgétés (en particulier dans le domaine du personnel) qui étaient exactement établis avant l'entrée en vigueur du tarif et qui ont été effectivement générés. Cette pratique peut être poursuivie en principe. Cependant, il convient d'y apporter la précision suivante, dans la perspective du droit transitoire: les surcoûts ou les coûts inférieurs dûs à une modification législative doivent être pris en compte dans la mesure où ils se concrétisent durant l'année tarifaire et qu'ils sont clairement déterminables avant l'entrée en vigueur du tarif (3.5.2 TAF LUKS).

Il convient, lors de la détermination du prix, de tenir compte, selon les circonstances et pour des motifs d'équité, de la situation spécifique du fournisseur de prestations. Il en découle que des prix de base différenciés doivent être fixés. Lorsque l'on part d'une valeur de référence valable dans l'ensemble de la Suisse en particulier, des suppléments et des déductions tombent sous le sens lorsque cela est justifié (6.8 TAF WAID/TRIEMLI).

Pour le benchmarking, il convient de prendre en compte les données les plus récentes déjà connues et vérifiées. Pour l'année tarifaire X, le relevé des coûts de l'année X-2 fait référence en principe (TAF 2014/3, c. 3.5 et TAF 2014/36, c. 4.2; cf. aussi arrêts du TAF C-4264/2013 du 20 avril 2015, c. 4.4 et C-4190/2013 du 25 novembre 2014, c. 5.3.1 et 5.3.2). La prise en compte des coûts planifiés par l'hôpital lui-même pour le calcul du *benchmark* est contraire à la règle de détermination des tarifs ancrée dans la LAMal (art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal) (8.3.6 TAF UKBB).

**Pt 6:**

Si un hôpital renonce à une apuration exacte des coûts des autres prestations (qui génèrent les produits du compte 65) parce qu'il considère qu'une telle opération entraîne des coûts démesurés, il ne peut pas produire une marge bénéficiaire. Le fait qu'il apparaisse vraisemblable ou plutôt invraisemblable que de telles prestations soient offertes à prix coûtant n'est pas déterminant. Si le montant de la marge bénéficiaire ne peut pas être produit, les produits du compte 65 doivent être déduits à 100% (4.3 TAF LUKS).

**Pt 7:**

Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, les pertes sur débiteur ne peuvent pas être reportées sur l'AOS si le fournisseur de prestations doit exiger lui-même le paiement de ses prestations auprès de l'assuré dans le système du tiers garant et qu'il assume ainsi un risque sur débiteur. Le Conseil fédéral considère comme d'autant moins justifiée la prise en compte des pertes sur débiteur lorsque le système du tiers payant a été appliqué (5.3 TAF LUKS).

Sur la base des dispositions de l'art. 64a LAMal concernant les assurés en demeure et le système du tiers payant prescrit impérativement (art. 42 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase LAMal), il apparaît douteux que des pertes sur débiteur soient vraiment à attendre dans le domaine AOS hospitalier.

**Pt 8:**

Le renchérissement qui interviendra après l'entrée en vigueur du tarif (année X) – ou déjà intervenu en cas de fixation retroactive – ne peut pas être pris en compte car il ne pourrait être que grossièrement évalué au moment des négociations tarifaires (durant l'année X-1) et les prévisions de renchérissement sont toujours entachées d'importantes incertitudes (cf. TAF C-536/2009 du 17 décembre 2009 considérant 6.3) (8.1 TAF LUKS). L'addition du renchérissement doit en outre intervenir de manière uniforme. Une telle procédure (en l'absence de réglementation correspondante dans l'ordonnance) est à peu près garantie avec les recommandations de la CDS et ITAR\_K®. C'est pourquoi le supplément pour renchérissement devrait être ajouté seulement après le benchmarking (8.2 TAF LUKS).

Comme la détermination des tarifs pour l'année 2012 se base sur les chiffres de l'année 2010, le renchérissement pour l'année 2010 ne doit pas être ajouté à nouveau. Selon la jurisprudence, le renchérissement pour l'année 2012 ne peut pas être ajouté non plus. Le renchérissement pondéré pour l'année 2011 est donc déterminant, avec pour référence l'indice des salaires

nominaux (ISN) 2011 pour les charges de personnel et l'indice des prix à la consommation (IPC) 2011 pour les coûts d'investissement (TAF 2014/36 c. 8.1). (8.2.2 TAF UKBB).

...Pour le calcul du tarif, le renchérissement pondéré pour l'année x-1, respectivement pour l'année 2011 est toujours déterminant. A cet effet, il convient de se référer à l'indice des salaires nominaux (ISN) 2011 pour les charges de personnel et à l'indice des prix à la consommation (IPC) 2011 pour les coûts d'investissement (TAF 2014/3 c. 8.1). Avec les valeurs justifiées de +1% pour le renchérissement des salaires et de +0.2% pour le renchérissement général (IPC) et une pondération de 70% (renchérissement des salaires) et 30% (renchérissement général), il convient d'appliquer un renchérissement de 0.76%. L'instance inférieure est invitée à corriger dans ce sens le calcul du tarif. (13.5 TAF PSY BL).

**Pt 9:**

Cette position est aussi défendue sur le fond par la CDS. Cependant, cette dernière recommande, en cas de qualité insuffisante ou de manque de transparence des données, de procéder à une déduction pour manque de transparence après, et non avant, le benchmarking (9.1.2 TAF LUKS). Cette dernière position de la CDS n'est pas soutenue par l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS), pas plus qu'elle n'est suivie par le TAF. L'autorité de fixation peut seulement exclure du benchmarking un hôpital lorsqu'elle considère que la qualité de ses données est insuffisante. Sinon, elle devrait inclure telles quelles les données de coûts dans le benchmarking. Il convient aussi de refuser toute déduction pour manque de transparence après l'exécution du benchmarking. La loi ne prévoit pas une telle sanction lorsque qu'un hôpital ne remplit pas son devoir de produire une comptabilité transparente (9.1.1-9.1.3 TAF LUKS).

Des données de coûts non-transparentes ne justifient pas des déductions (4.5 TAF WAID/TRIEMLI). Les coûts des hôpitaux qui ne prodiguent pas leurs prestations de manière économique sont également pertinents pour des comparaisons d'établissements techniquement correctes (4.9.6 TAF WAID/TRIEMLI).

Comme les données de coûts d'un hôpital en particulier qui sont introduites dans le benchmarking ont une influence sur les rémunérations des autres hôpitaux, il importe de garantir que le benchmark est calculé autant que possible à partir des coûts effectifs des hôpitaux inclus dans le benchmarking. Comme le benchmarking constitue déjà un correctif, des déductions non-transparentes ne sont pas adéquates dans le système du nouveau financement hospitalier. Lors du calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (et donc avant le benchmarking), il convient de ne pas procéder à des déductions non-transparentes (cf. TAF 2014/3 c. 9.2.2; TAF 2014/36 c. 6.4 et c. 14). (7.8.2 TAF UKBB).

Dans le système du nouveau financement hospitalier basé sur la structure tarifaire SwissDRG, il convient de ne pas procéder à des déductions non-transparentes lors du calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (et donc avant le benchmarking, TAF 2014/3 c. 9.2.2). Pour le moment, on ne peut pas décider comment procéder lorsqu'un benchmarking conforme à la loi n'est pas possible – comme dans le domaine de la psychiatrie. La question d'une déduction non-transparente ne se pose donc que si l'instance inférieure ne parvient pas, dans le cadre de la procédure de fixation du tarif, à rassembler les données de la défenderesse pertinentes pour la décision (cf. TAF 2014/3 c. 9.2.2) (16.4 TAF UPK Basel).

Puisque, comme cela a déjà été mentionné, un benchmarking conforme à la loi n'est pas possible dans le domaine de la psychiatrie faute d'une structure tarifaire uniforme au niveau national, et puisque les coûts d'exploitation propres à chaque hôpital sont directement applicables pour la détermination du tarif, il apparaît indiqué de procéder, comme jusqu'à présent, à une déduction non-transparente au sens de l'ancien droit afin d'éviter une sur-rémunération. Cependant, la question d'une déduction non-transparente et de son montant ne se pose que si l'instance inférieure ne devait pas parvenir à rassembler les données de la défenderesse pertinentes pour la décision. (14.4 TAF PSY BL).



**Pt 10:**

La pratique choisie par le Conseil d'Etat consistant à faire dépendre les surcoûts des patients assurés en complémentaire (CHF 800 par patient semi-privé / CHF 1'000 par patient privé) du nombre de ces patients est admissible. La méthode de calcul du Surveillant des prix (déductions normatives graduelles sur l'ensemble des coûts d'exploitation) risque dans certaines situations d'aboutir à une élimination techniquement incorrecte de ces coûts (15.6 TAF WAID/TRIEMLI). Elle ne doit plus être appliquée.

... Les surcoûts liés à des prestations supplémentaires pour les patients assurés en complémentaire ne doivent pas être inclus dans les coûts par cas apurés du degré de gravité et doivent être donc séparés (TAF 2014/36 c. 4.9.2). (7.3 BVG UKBB).

**Pt 11:**

Ces prestations doivent être incluses dans les tarifs AOS. La fixation de tarifs différenciés (au moyen de majorations et d'abattements) pour les hôpitaux avec et sans service d'urgence ne constitue pas une intervention contraire au système dans la structure tarifaire. Elle est admissible au moins durant la phase initiale (21ss TAF WAID/TRIEMLI).

Sur la question de la qualification des prestations de réserve pour les cas d'urgence comme prestations d'intérêt général, il convient de se référer à l'arrêt TAF 2014/36 c. 21. Selon cette décision, les coûts des traitements stationnaires en urgence ainsi que les coûts supplémentaires résultant de l'organisation d'un hôpital en fonction du traitement stationnaire des urgences médicales ne doivent en principe pas être retenus comme prestations d'intérêt général. Ce principe est valable en tout cas dans la mesure où il ne s'agit pas de coûts supplémentaires résultant, par exemple, du maintien d'un service des urgences trop petit ou insuffisamment utilisé (TAF 2014/36 c. 21.3.4) (4.7 TAF Baden).

Dans tous les cas, les coûts du traitement ambulatoire des urgences médicales doivent être éliminés (cf. TAF 2014/36 c. 4.9.1) (4.7 TAF Baden).

Le Tribunal administratif fédéral a retenu que les traitements stationnaires dans un service des urgences sont aussi des prestations obligatoires à la charge de l'AOS et qu'ils doivent donc être rémunérés au moyen des forfaits par cas. Par conséquent, les surcoûts résultant de l'exploitation d'un service des urgences ne doivent pas, par définition, être séparés comme prestations d'intérêt général (TAF 2014/36 c. 21.3). L'instance inférieure a retenu à bon droit que les coûts des traitements ambulatoires dans un service des urgences médicales – y compris les prestations d'attente – devaient être déduits. (7.6.2 BVG UKBB).

**Pt 12:**

Afin que les coûts d'investissement à la charge de l'AOS soient calculés selon une méthode uniforme et que les indications soient comparables, l'OCP comprend des dispositions pour l'évaluation des installations et le calcul des coûts d'utilisation des immobilisations, c'est-à-dire l'évaluation des investissements, de leurs amortissements et des intérêts calculatoires. De telles dispositions sont nécessaires parce que les coûts établis sont retenus comme base pour la détermination du tarif (commentaire de l'OFSP sur 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], modifications du 1<sup>er</sup> janvier 2009 [ci-après: Commentaire de l'OFSP sur la révision de l'OCP en 2009], p. 2s. et 5). (11.2 TAF UPK Basel).

**Pt 13:**

Selon l'art. 10a al. 2 OCP, les infrastructures nécessaires à l'exploitation pour l'exécution du mandat de prestations peuvent être prises en compte à leur valeur d'acquisition au maximum. Sont considérées comme nécessaires à l'exploitation les infrastructures qui sont indispensables à l'exécution du mandat de prestations. Par exemple, les installations des exploitations annexes (cafétéria, école, etc.) et les parts de terrain qui ne sont pas indispensables pour l'exécution du mandat de prestations ne sont pas considérées comme nécessaires à l'exploitation

(Commentaire de l'OFSP sur la révision de l'OCP en 2009, p. 5). (11.2.3 TAF UPK Basel).

**Pt 14:**

Les recourrantes remarquent à bon droit que l'on ne peut pas s'écarter sans autre des coûts d'utilisation des immobilisations. Dans ce domaine, les dispositions de l'OCP s'écartent en partie des principes de la comptabilité d'exploitation et ne sont, par conséquent, pas entièrement compatibles avec REKOLE®. Une divergence réside dans la procédure d'évaluation... (11.8.3 TAF UPK Basel).

**Pt 15:**

Comme les coûts d'utilisation des immobilisations calculatoires entrent dans la comptabilité d'exploitation, un ajustement doit intervenir par rapport à la comptabilité financière (cf. Recommandations sur l'examen de l'économicité de la CDS du 12 juillet 2012, p. 4). Les recourrantes déplorent à bon droit que l'ajustement effectif de la comptabilité financière à la comptabilité d'exploitation à hauteur de CHF 1'470'722 ne peut pas être établi sur la base des pièces produites et qu'il n'a pas été examiné non plus par l'instance inférieure. (11.8.4 TAF UPK Basel).

Il résulte des éléments rapportés qu'il n'est pas possible d'établir sur la base des pièces et de la décision attaquée si les coûts d'utilisation des immobilisations produits correspondent aux exigences posées par l'OCP. Selon les dispositions de l'OCP, la défenderesse devrait, a priori, être en mesure de rassembler les données nécessaires au calcul des coûts d'utilisation des immobilisations. Il n'apparaît pas, en l'état actuel des choses, que l'instance inférieure ait demandé ces données à la défenderesse. Si un hôpital ne remet pas les données déterminantes pour la fixation du tarif, les autorités cantonales doivent les exiger (TAF 2014/3 c.3.6.3). Pour ce qui concerne les coûts d'utilisation des immobilisations, il apparaît que les faits sont insuffisamment établis. Dans le cadre du pouvoir d'instruction restreint de la cour, il ne lui appartient pas d'examiner en détail les comptes des hôpitaux ou de calculer les coûts effectifs d'utilisation des immobilisations, surtout lorsque les parties n'ont pas produit de moyens de preuve pertinents (cf. TAF 2014/36 c.16.1.10). (TAF 11.9 UPK Basel).

**Pt 16:**

Les parties sont, à bon droit, unanimes à reconnaître que les coûts des meubles, immeubles et autres immobilisations (coûts d'utilisation des immobilisations) nécessaires au traitement des patients à la charge de l'AOS doivent être rémunérés selon le système du nouveau financement hospitalier au moyen de forfaits journaliers (cf. GROSS HAWK, ibidem, p. 1229 Rz. 34.64; cf sur les forfaits par cas SwissDRG TAF 2014/36 c. 4.9.5). (12.1 TAF PSY BL).

**Pt 17:**

Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, les coûts d'exploitation produits pour les prestations stationnaires prises en charge par l'AOS (seulement patients couverts par l'assurance de base ainsi que patients avec complémentaire) constituent le point de départ pour la détermination des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (TAF 2014/3 c. 3.1.1; TAF 2014/36 c. 4.9.1 f.; cf. aussi art. 2 al. 1 let. b et al. 2 let. c 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, RS 832.104]). Il n'est pas établi si les cas qui sont pris en charge à l'UKBB par d'autres assurances sont comparables avec les cas AOS. Dans l'expertise du prof. Robert Leu, il est expliqué que les cas AI nécessitent un investissement considérablement plus élevé (ROBERT LEU, Finanzierung der Kindermedizin, Gutachten zuhanden des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt und der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, 2013, p. 7, [ci après: Gutachten Leu], annexe 3 à TAF C-3892/2013 act. 8). Pour déterminer les tarifs de l'assurance-maladie, il conviendrait en principe de se baser aussi sur les coûts des cas correspondants. Sinon, on court le risque d'aboutir à des financements croisés entre les assurances sociales, ce qui irait à l'encontre du droit fédéral (cf. art. 25 al. 1 LAMal). Un écart par rapport à cette pratique ne se justifie pas *in casu*. Dans ce contexte, on remarquera que, pour le calcul des coûts par cas liés apurés du degré de gravité, il faut se baser non pas sur le casemix de l'ensemble de l'hôpital mais sur le casemix des cas AOS et complémentaires. (7.2.2 TAF UKBB).

**Pt 18:**

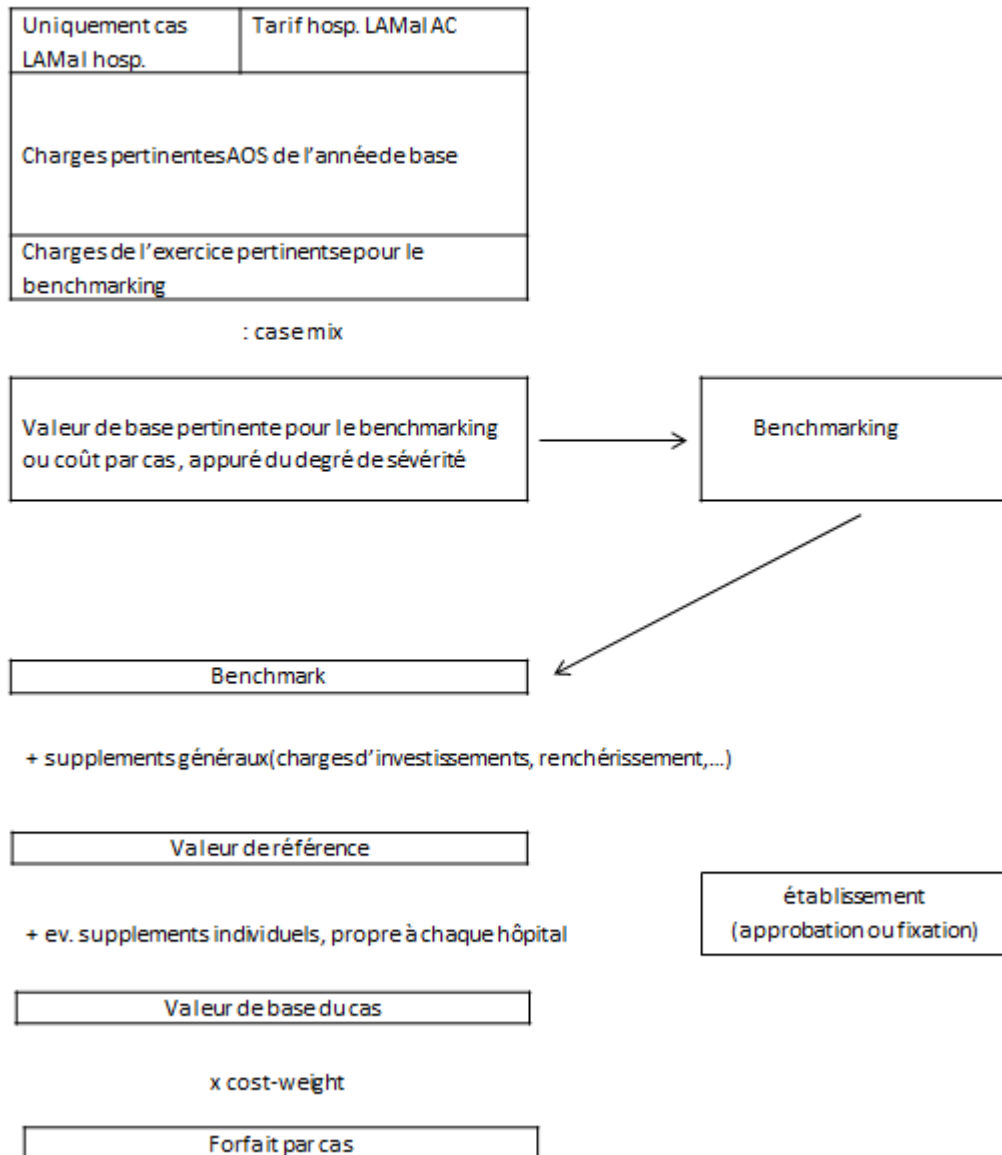
Les coûts prévisionnels d'un hôpital pour l'avenir ne font pas partie du benchmarking et ne relèvent pas des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking (cf. à ce sujet c. 8.3.6). (7.7 TAF UKBB).

La valeur de référence est déterminée à partir du benchmark en effectuant des ajustements des positions pertinentes pour le tarif qui touchent tous les hôpitaux de la même manière et qui n'ont pas été intégrées dans les valeurs de base pertinentes pour le benchmarking (TAF 2014/36 c. 4.10, v. graphique en annexe de TAF 2014/3, «allgemeine Zuschläge»). Dans ce cadre, il convient d'examiner le calcul du renchérissement effectué par l'instance inférieure, la prise en compte des surcoûts prévisionnels et la «contribution CMO». (8.1 TAF UKBB).

Lors du benchmarking, il convient de se baser sur les données connues et fiables les plus récentes. En principe, le relevé des coûts de l'année x-2 est déterminant pour l'année tarifaire x (TAF 2014/3 c. 3.5 et 2014/36 c. 4.2, cf. aussi arrêts C-4264/2013 du 20 avril 2015 c. 4.4 et C-4190/2013 du 25 novembre 2014 c. 5.3.1 et 5.3.2). Il serait contraire à la règle sur la formation du tarif ancrée dans la LAMal (art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal) de tenir compte des augmentations des coûts prévues par l'hôpital lui-même pour le calcul du *benchmark* (sur la différence entre les termes «benchmark» et «valeur de référence», v. graphique en annexe des arrêts du TAF 2014/3, et 2014/36 c. 4.10). Pour le benchmarking, il convient, pour l'UKBB également, de se baser sur les coûts effectifs auxquels la prestation tarifée obligatoirement assurée a pu être prodiguée dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal). (8.3.6 TAF UKBB).

...Dans leur pratique, tant le Conseil fédéral que le Tribunal administratif fédéral prennent en compte de tels surcoûts budgétisés, comme par exemple les surcoûts résultant d'une réduction du temps de travail hebdomadaire des médecins-assistants, de la révision de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux, d'ajustements des salaires du personnel infirmier et médico-technique (RAMA 4/2002 p. 309 c. II/1.6.2, RAMA 2/2004 p. 99 c. 2.2, DCF du 30 juin 2004 c. 9.3.1). En principe, cette pratique peut être aussi poursuivie sous l'empire du nouveau droit (TAF 2014/3 c. 3.5.2). Dans TAF 2014/36 c. 18.2.2, il a été constaté qu'il est correct d'ajouter des surcoûts prévisionnels après l'entrée en vigueur à la mi-2010 dans le canton de Zurich de la révision de la structure des traitements afin de calculer la *valeur de référence*. Ces surcoûts prévisionnels, qui allaient toucher *tous* les hôpitaux zurichois durant l'année tarifaire 2012, ont été pris en compte lors de l'adoption du benchmark comme valeur de référence au moyen d'un *supplément général*. Dans ce sens, la prise en compte de coûts prévisionnels qui vont intervenir avec certitude durant l'année tarifaire pour la détermination de la valeur de référence est correcte sous l'empire du nouveau droit également. En revanche, il serait contraire à la règle sur la formation du tarif ancrée dans la LAMal de tenir compte de l'augmentation des coûts d'un seul hôpital pour calculer la *valeur de référence* valable pour l'ensemble des hôpitaux. Les coûts supplémentaires *spécifiques* à l'UKBB pronostiqués pour l'année 2012 ne sont donc pas pertinents pour le calcul de la valeur de référence de cette année. (8.3.7 TAF UKBB).

## Représentation schématique de la terminologie utilisée



### Pt 19:

Selon la lettre claire de l'art. 49 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase LAMal, la contribution par cas est due par cas *facturé* (et non par cas avec un degré de gravité 1.0). En outre, la contribution par cas ne relève pas du tarif hospitalier au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, respectivement elle ne constitue pas une rémunération pour le traitement stationnaire à l'hôpital mais une rémunération pour le développement et l'évolution de la structure tarifaire due à SwissDRG qui est simplement transférée par l'hôpital. Il est douteux que l'exécution soit vraiment simplifiée si la contribution par cas était intégrée dans le baserate. (8.4.3 TAF UKBB).

### Pt 20:

Il n'est pas contesté que les coûts de la formation non-universitaire doivent être rémunérés par le baserate (cf. art. 49 al. 3 LAMal a contrario; TAF 2014/3 c. 6.1.1; 2014/36 c. 5.2 et 16.1). La prise en compte de ces coûts lors du benchmarking recèle un certain risque de distorsion dans la mesure où les différents hôpitaux fournissent dans des mesures très variables des prestations de formation (cf. TAF 2014/36 c. 5.2; Recommandations sur l'examen de l'économicité de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS [adoptée par le comité directeur de la CDS le 5 juillet 2012] p.7, ci-après: Recommandations de la CDS). Si un hôpital investit des montants supérieurs à la moyenne dans le domaine de la formation non-universitaire,

ces derniers ne doivent pas être considérés comme un manque d'efficience. Il n'est donc pas fondamentalement inadmissible de séparer les coûts de la formation non-universitaire des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking et de les couvrir au moyen de suppléments propres à l'hôpital (cf. aussi Recommandation de la CDS p. 7; TAF 2014/36 c. 6.8.2 et c. 6.1 *in fine*). Si, au contraire, les prestations de formation sont réparties de manière égale entre les différents hôpitaux, la séparation des coûts de formation avant le benchmarking n'est fondamentalement pas nécessaire. Il est (resp. serait) essentiel d'avoir cependant une pratique uniforme parmi les hôpitaux inclus dans le benchmarking (concernant le problème des différentes méthodes de benchmarking, v. ci-dessus c. 4.2, TAF 2015/8 c. 4.2.6, 4.3ss. et 4.4.6). (5.1.3 TAF CHUR).

**Pt 21:**

L'instance inférieure justifie le supplément en particulier par le fait que, selon les règles de SwissDRG, les réadmissions dans un délai de 18 jours sont réunies en un cas; auparavant, la limite était de 7 jours. L'élargissement de la réunion des cas aurait pour conséquence que les nombre de cas seraient plus bas en 2012 (par rapport à l'année de base 2010) et les coûts moyens par cas augmenteraient d'autant. Faute de données plus précises, cet effet est pris en compte avec un supplément de 10%, par analogie avec le canton de Zurich. (5.3.1 TAF CHUR).

## Chapitre 5: Traitement des PIG (pour la recherche et formation universitaire voir thème suivant)

### Explications et références

#### Pt 1:

La CDS recommande aux cantons d'inviter les fournisseurs de prestations à présenter séparément les coûts des PIG et à les justifier (7.3.1, TAF LUKS). ITAR\_K© part aussi du principe que les coûts des PIG doivent être saisis séparément (comme mandat ou comme unité finale d'imputation propre) et éliminés dans la comptabilité par unité finale d'imputation (cf. ITAR\_K© colonne Q, Explications ITAR\_K©, p. 6). A titre subsidiaire, une déduction normative doit être effectuée (cf. ITAR\_K© lignes 29 et 62) (7.3.2 TAF LUKS).

Il n'y a pas de recommandations concernant les prestations qu'un hôpital doit fournir pour des motifs de politique régionale, de même on ne peut pas déterminer quels coûts pour les PIG devraient être éliminés. La transparence préconisée par le législateur est ainsi nettement entravée (7.4.2 TAF LUKS).

En revanche, il n'entre pas dans la compétence des cantons de donner une définition négative des prestations d'intérêt public et de décrire certaines prestations comme étant à la charge de l'AOS. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'application du principe de la force dérogatoire du droit fédéral (art. 49 al. 1 Cst), les cantons ne peuvent plus réglementer dans les domaines où la législation fédérale a exercé une compétence exclusive. (4.7 TAF Baden).

#### Pt 2:

Il convient d'éliminer des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking les coûts des PIG fournies en 2010, mais pas l'indemnisation versée par le canton pour les prestations fournies en 2012. Indépendamment de l'incongruence temporelle, l'adaptation à l'indemnisation cantonale signifierait principalement que l'on ne pourrait pas vérifier si cette indemnisation couvre plus, moins ou exactement les coûts supportés. Si le dédommagement versé par le canton couvre plus que les coûts engagés effectivement pour les PIG, il n'y a pas de transparence sur les coûts véritables et la concurrence voulue par le législateur peut être faussée. En revanche, un dédommagement inférieur aux coûts effectifs contrevient à l'art. 49 al. 3 LAMal. Concernant la formation universitaire et la recherche, il a déjà été relevé que la structure tarifaire SwissDRG serait entravée dans sa précision de reproduction si des indemnisations sont éliminées plutôt que des coûts (7.3.3 TAF LUKS).

Comme cela a été déjà mentionné, les hôpitaux sont tenus de produire les coûts des prestations AOS obligatoires. Cela n'est possible que si les coûts des prestations qui ne sont pas à la charge de l'AOS sont séparés de manière transparente (cf. TAF 2014/3 c. 6.4). Les hôpitaux, mais aussi les autorités d'approbation et de fixation, doivent s'assurer que ces parts de coûts ont été délimitées de manière transparente et vérifiable; elles doivent aussi vérifier avec quelle méthode et pour quels montants cela a été effectué. ITAR\_K prévoit des répondants de coûts propres pour la formation universitaire et la recherche et la CDS également recommande que ces coûts soient saisis sur une unité finale d'imputation séparée... (11.9 PSY BL).

Le principe selon lequel les prestations d'intérêt général doivent être séparées et ne peuvent pas entrer dans les coûts du traitement hospitalier est incontesté (16.3.2 TAF WAID/TRIEMLI).

#### Pt 3:

L'indemnisation des PIG par le canton doit correspondre au plus aux coûts produits dans une unité finale d'imputation propre ou aux coûts portés en déduction dans les unités finales d'imputation «Prestations LAMal hospitalières» (7.3.1 TAF LUKS).

#### Pts 4:

Tarifsuisse considère toujours que les soins palliatifs, la prévention en relation avec le patient, le service social, l'assistance spirituelle, la préparation en vue des épidémies, la médecine légale,

l'exploitation d'un hôpital protégé ainsi que les mesures médicales de préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes devraient faire partie des prestations d'intérêt public et que les charges qui en découlent devraient être séparées, contrairement à la décision attaquée. L'instance inférieure avance que, conformément aux prescriptions de la direction de la santé, ces coûts ont été produits dans un centre de charges secondaire ou dans une unité finale d'imputation séparée. Les données de prestations et de coûts des hôpitaux permettent de voir que les coûts des prestations d'intérêt général ne sont pas inclus dans les coûts des traitements stationnaires. Les coûts des soins palliatifs en hôpital de soins aigus, en revanche, sont des prestations à la charge de l'AOS (16.3.2 TAF WAID/TRIEMLI).

**Pt 5:**

L'OFSP constate de manière justifiée que les coûts des prestations d'intérêt général devaient être séparés dans la comptabilité par unités finales d'imputation. Au lieu de cela, un montant global pour l'hôpital a été réparti entre les unités finales d'imputation, ce qui implique que l'assurance-maladie prend en charge les éventuelles lacunes de financement des prestations d'intérêt général, ce qui n'est pas admissible. (13.5 TAF UPK Basel).

**Pt 6:**

L'instance inférieure a constaté que les particularités de la médecine pédiatrique entraînaient d'importantes différences de coûts par rapport à la fourniture des soins aux adultes et qu'elles justifiaient un relèvement du baserate. Tarifsuisse fait valoir que la correction de lacunes supposées ou réelles de la structure tarifaire par des baserates plus élevés serait contraire au droit fédéral. Les conséquences de la prise en charge des enfants entraîneraient certes des coûts plus élevés mais ces prestations non-médicales relèveraient de l'intérêt général et ne sauraient être prise en compte pour la détermination du tarif. Cette position est aussi défendue par le Surveillant des prix. (9.2.1 TAF UKBB).

Dans son arrêt C-6392/2014 du 27 avril 2015, le Tribunal administratif fédéral s'est penché sur la situation particulière de la médecine pédiatrique et a constaté qu'il apparaissait plausible que la médecine pédiatrique universitaire entraîne des coûts plus élevés que la médecine universitaire des adultes (c. 4.2). La prise en charge et les soins pédiatriques exigeant beaucoup de personnel ne sont pas des prestations supplémentaires mais font partie intégrante des soins médicaux spécialisés pour les enfants dont les surcoûts doivent être pris en charge par l'OAS (c. 4.3). L'indemnisation des prestations supplémentaires spécifiques aux enfants accordée aux hôpitaux ou aux cliniques spécialisées par le biais de baserates différenciés durant la phase d'introduction des forfaits par cas ne constitue pas une intervention dans la structure tarifaire contraire au système (c. 4.6). Ces considérations sont pertinentes pour l'examen du tarif de l'UKBB également (cf. Gutachten Leu, ibidem). Dans la phase d'introduction du nouveau droit au moins, une différenciation du baserate de l'UKBB est donc acceptable dans le cadre de l'autonomie contractuelle des partenaires tarifaires et de l'appréciation des autorités de fixation (cf. c. 3.4; TAF 2014/36 c.5.4, 2014/3 c.10.1.4). (9.2.2 BVG UKBB).



## Chapitre 6: Recherche et formation universitaire

### Explications et références

#### Pt 1:

Il convient d'ouvrir au moins une unité finale d'imputation pour la formation universitaire, une pour la formation postgrade universitaire et une pour la recherche (16.2.4 TAF WAID/TRIEMLI).

#### Pt 2:

Les hôpitaux sont tenus de produire de manière transparente les coûts des prestations relevant de l'AOS. Cela n'est possible que si les coûts des prestations ne relevant pas de l'AOS sont éliminés de manière transparente également. Les hôpitaux n'ont ainsi pas la liberté de décider s'ils veulent éliminer les coûts de la formation universitaire et de la recherche ou s'ils préfèrent procéder à une déduction normative (considérant 6.4.4). La détermination de ces coûts doit se baser sur un relevé des activités (16.2.4 TAF WAID/TRIEMLI).

Tout calcul de séparation se base sur des hypothèses, des évaluations et des estimations. On ne peut donc pas s'attendre à une précision absolue dans la séparation. Des distorsions ne peuvent être exclues pour aucune des méthodes de détermination applicables en pratique. On peut uniquement exiger que soit employée une méthode applicable de manière réaliste et aussi correcte que possible. On ne peut, et on ne doit pas, s'attendre à ce que la méthode de détermination utilisée par l'USZ conduise à une séparation exacte des coûts de la formation universitaire et de la recherche. A défaut d'une meilleure évaluation, l'ampleur des divergences ne peut pas être déterminée. Sur la base de diverses informations, en particulier de la présentation de l'USZ, l'instance inférieure est arrivée à la conclusion que les relevés des activités ont donné des résultats exploitables. On notera qu'une évaluation économique neutre serait souhaitable afin de pouvoir porter un jugement définitif sur l'exactitude de la méthode employée. (10.2.14 TAF USZ).

... Afin de séparer les prestations d'intérêt général, les coûts effectifs de la formation universitaire et de la recherche doivent être calculés aussi près que possible de la réalité ou évalués en se fondant sur des données. Les hôpitaux n'ont pas la liberté de séparer les coûts de la formation universitaire et de la recherche ou de donner la préférence à une déduction normative (TAF 2014/3 c. 6.4.4) (11.9 TAF PSY BL).

#### Pt 3:

Lors de la détermination des charges d'exploitation AOS pertinentes pour le benchmarking sous l'empire du nouveau droit, il convient de relever de la manière techniquement la plus correcte possible les coûts nécessaires à la fourniture des prestations AOS. Une élimination lacunaire des coûts de la formation universitaire et de la recherche selon le nouveau droit aboutirait à une altération de la valeur de référence (16.1.6 TAF WAID/TRIEMLI). Les déductions normatives préconisées jusqu'à présent par le Surveillant des prix ne sont ainsi plus défendues.

Le TAF complète ainsi les principes posés dans son arrêt sur la cause LUKS selon lesquels:

- une déduction normative ne doit être effectuée que si l'autorité cantonale compétente ne parvient pas à obtenir les données significatives (transparentes) de l'hôpital concerné. Dans ce cas, la déduction normative doit être fixée de telle manière qu'il soit certain que l'hôpital ne puisse pas en tirer un avantage (6.1.4 & 6.5 TAF LUKS [sur l'ensemble: BVG 2012/18 c. 11.2, 2010/25 c. 5, av. citations.]), ou
- bien qu'elle soit techniquement correcte pour les hôpitaux non-universitaires, une déduction normative échelonnée uniquement selon le nombre de lits apparaît discutable. Présentement, des doutes subsistent sur la question de savoir si la déduction de 3.5% opérée par le Surveillant des prix (sur les coûts du personnel) est suffisante afin de garantir que les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (et au final les forfaits par cas, resp. la valeur de base du cas) ne comportent pas de coûts pour la formation universitaire et la recherche. (6.4.3 TAF LUKS).

Pour l'élimination des charges des prestations d'intérêt général, il convient de déterminer les coûts de la formation universitaire et de la recherche d'une manière qui soit aussi réaliste que possible ou de les évaluer en se basant sur des données. Les hôpitaux n'ont pas la liberté de décider s'ils veulent éliminer les coûts de la formation universitaire et de la recherche ou s'ils préfèrent procéder à une déduction normative (TAF 2014/3 c. 6.4.4). L'indemnisation pour prestations reçues à ce titre par les hôpitaux du canton ou d'une instance n'est pas pertinente pour procéder à la déduction (TAF 2014/36 c. 16.1.6) (8.1 TAF USZ).

... Dans un rapport de l'Office fédéral de la statistique, les coûts de la formation universitaire et de la recherche ont été évalués entre 9 et 14%. La déduction opérée se situe donc dans la fourchette adoptée par l'Office fédéral de la statistique. Une déduction normative selon la méthode de la jurisprudence de 25%, resp. 23%, se situe au-delà des valeurs réalistes. (12.5 TAF UPK Basel).

**Pt 4:**

Jusqu'à présent, la CDS ne s'est pas entendue sur un forfait obligatoire pour les cantons destiné à l'indemnisation des coûts de la formation postgraduée des médecins-assistants. Un tel forfait n'est pas prévu non plus... dans le projet de convention intercantonale sur le financement de la formation postgraduée des médecins (CFFP). Selon le projet du 21 novembre 2013, les cantons de domicile paient un forfait annuel de CHF 15'000 aux hôpitaux pour chaque médecin en formation postgraduée (équivalent plein temps). Il s'agit là d'un «forfait minimum» qui ne vise la couverture des coûts effectifs de la formation postgraduée (6.4.1 TAF LUKS).

Il en résulte que la déduction de CHF 10'000 par médecin-assistant dans la cause Waid/Triemli est assurément trop basse. Dans les procédures à venir, les coûts de la formation universitaires devront être établis de manière détaillée (16.2.1 TAF WAID/TRIEMLI).

**Pt 5:**

Conformément à l'art. 49 al. 3 let. b LAMal, les rémunérations de l'AOS ne doivent pas contribuer à couvrir les coûts de la formation universitaire. Selon l'art. 7 al. 1 OCP, la formation universitaire comprend également la formation postgrade et, outre la formation théorique, également la formation pratique.

Selon l'art. 7 al. 1 OCP, sont réputés coûts de la formation universitaire au sens de l'art. 49 al. 3 let b LAMal les moyens engagés pour la formation de base théorique et pratique des étudiants des professions médicales réglées dans la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd, FF 811.11) jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral (let. 1) et la formation postgraduée des étudiants selon let. a jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral (let. b) (6.1.1 TAF LUKS).

Le Conseil fédéral part apparemment de l'hypothèse que seule la formation dispensée doit être qualifiée de prestation d'intérêt général au sens de l'art. 49 al. 3 let. b LAMal et que les salaires des médecins-assistants doivent être comptabilisés entièrement dans les coûts d'exploitation des hôpitaux (6.6.2 TAF LUKS). A la lumière de la réponse du Conseil fédéral aux motions Humbel et Cassis, les Explications d'ITAR\_K<sup>®</sup> établissent en conséquence que les salaires des médecins-assistants sont imputables comme coûts à la charge de l'AOS, respectivement que seuls les coûts de l'enseignement dispensé doivent être déduits (Explications concernant l'utilisation d'ITAR\_K<sup>®</sup>, p. 6 à propos de la ligne 28). Il en résulte que seuls les coûts de la formation postgraduée universitaire dispensée au sens de l'art. 7 al. 1 let b OCP doivent être déduits en tant que prestations d'intérêt général. En revanche, les salaires des médecins-assistants font partie des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (6.6.3 TAF LUKS).

En revanche, la formation pratique du personnel soignant doit être financée par les hôpitaux et indemnisées par conséquent au travers des forfaits par cas (cf. procès-verbal CSSS-E [sous-commission] du 22 mars 2005, p. 19 ss) (6.1.3 TAF LUKS).

La jurisprudence découle d'une conception large de la formation et de la recherche. Une déduction pour la formation doit toujours être effectuée lorsque des collaborateurs assument des tâches de formateur durant une partie au moins de leur temps de travail selon leur cahier des charges (TAF 2014/3 c. 6.1.4, 2014/36 c.16.1.2 et 2012/18 c. 11.2). Selon la jurisprudence, seuls les coûts de la formation postgraduée universitaire *dispensée* doivent être déduits en tant que prestations d'intérêt général (TAF 2014/3 c. 6.6.3 et 2014/36 c. 16.1.2). En revanche, le temps consacré par des collaborateurs à suivre une formation continue (formation reçue) n'entraîne pas de coûts supplémentaires à déduire, car on peut supposer qu'il est déjà compensé avec la rétribution correspondant à la prestation (TAF 2014/36 c. 16.1.2). Les coûts supplémentaires résultant de la formation universitaire et de la recherche lors d'activités mixtes (production jumelée, cf. TAF 2014/36 c. 16.2.3) doivent être aussi déduits ([10.3.1 TAF USZ](#)).

... Dans la perspective d'une déduction uniforme des coûts de la formation universitaire, il se justifie d'interpréter l'art. 49 al. 3 let. b LAMal dans le sens que seuls les coûts de la formation universitaire post-graduée dispensée doivent être déduits comme prestations d'intérêt général au sens de l'art. 7 al. 1 let. b OCP tant que l'autorité n'édicte pas de prescription divergente. Les salaires des médecins-assistants ne doivent pas conséquemment pas être déduits (TAF 2014/3 c. 6.6.3). ([11.2 TAF PSY BL](#)).

**Pt 6:**

Pour l'essentiel, les définitions des coûts de la recherche de l'art. 7 al. 2 et 3 OCP sont demeurées inchangées ([6.1.2 TAF LUKS](#)).

Selon la lettre de l'art. 49 al 3 let. b LAMal, les coûts des activités de recherche tant universitaires que non-universitaires doivent être déduits (cf. TAF 2014/36 c.16.1.3; 2014/3 c. 6.1.2) ([10.3.2 TAF USZ](#)).

**Pt 7:**

Il conviendra, dans les procédures de fixation des tarifs à venir, de prendre en compte également les coûts de formation des autres professions médicales universitaires ([16.2.1 TAF WAID/TRIEMLI](#)).

La formation universitaire évoquée par l'art. 49 al. 3 let. b LAMal comprend selon l'art. 7 al. 1 OCP non seulement la formation de base et la formation postgrade des médecins mais aussi celles des autres professions médicales universitaires (p. ex. chiropraticien et pharmacien d'hôpital) ([10.3.1 TAF USZ](#)).

**Pt 8:**

La CDS recommande d'opérer une distinction entre la formation médicale postgraduée structurée dispensée (Recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité 2012, p.4). Selon cette conception, les coûts de la formation postgraduée universitaires non-structurée feraient partie des rémunérations à la charge de l'AOS. La législation ne comprend pas de disposition permettant de justifier la distinction faite par la CDS entre l'enseignement structuré et non-structuré. Les Recommandations sur l'examen de l'économicité retiennent que les coûts des prestations de formation fournies en production couplée avec les soins au patient ne devraient pas être quantifiées – au moins lorsqu'elles interviennent dans un délai raisonnable et ne représentent pas des charges disproportionnées (Recommandations visant à garantir le financement et la qualité de la formation postgrade des médecins, ch. 4, p. 7). On remarquera que ces explications interviennent en lien avec la justification de la participation des cantons aux coûts de la formation postgraduée, dans le contexte de laquelle une évaluation aussi précise que possible est une condition nécessaire ([16.2.3 TAF WAID/TRIEMLI](#)).

**Pt 9:**

Pour le calcul de la déduction pour la formation universitaire et la recherche, l'instance inférieure a opéré d'abord une déduction de CHF 11'007'219 sur les coûts d'exploitation. Il s'agit là de la part de la contribution du canton de CHF 12'000'000 aférant à l'unité finale d'imputation «Cas LAMal adultes stat. uniq. y c. AC»... Le calcul des coûts ne peut pas cependant se baser sur une

lacune de financement mais doit être déterminé au contraire au moyen des prestations fournies pour la formation universitaire et la recherche et les coûts qui en découlent. La contribution du canton ne peut donc pas constituer la référence pour le calcul de la déduction pour la formation universitaire et la recherche car il convient de prendre en considération les coûts effectifs (cf. TAF 2014/36 c. 16.1.6, RAMA 4/2008 309 c.10.1.2). On ne peut donc pas non plus tirer de telles déductions des contributions accordées par le canton: en effet, les coûts d'exploitation déterminants pour le calcul du tarif doivent être relevés en 2010, alors que les contributions en question concernent l'année 2012 et qu'il ne ressort pas des données sur quelle année elles reposent (cf. TAF 2014/3 c.6.4.2). Dans ces conditions, il n'est donc pas possible de se baser sur le calcul de la déduction pour la formation universitaire et la recherche effectuée par l'instance inférieure. Il ne convient pas non plus de s'étendre davantage sur la critique de l'OFSP concernant l'attribution inintelligible des coûts de la formation universitaire et de la recherche déduits de l'unité correspondante du relevé des unités finales d'imputation pour être portés dans l'unité finale «Cas LAMal adultes stat. uniq., y c. AC». (12.11 TAF UPK Basel).

## Chapitre 7: Benchmarking et formation des tarifs

### Explications et références

#### Pt 1:

Le TAF concède au début une large marge de manœuvre pour la mise en œuvre et entend garantir la démarche de l'instance inférieure lorsqu'elle est défendable, même si de meilleures démarches devaient apparaître à l'avenir (10.1.5 TAF LUKS).

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 (art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal). Lors de la négociation et de la fixation des tarifs, il convient d'appliquer les règles applicables en économie d'entreprise (art. 43 al. 4 LAMal) (10.1 TAF LUKS). Ni la LAMal, ni les ordonnances d'application ne réglementent davantage la manière de procéder à la formation des prix. On peut juste déduire de la loi que les partenaires tarifaires (resp. l'autorité de fixation) doivent s'inspirer d'une valeur de référence au sens de l'art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal. Il est établi aussi que cette valeur de référence doit être déterminée sur la base d'un benchmarking des coûts par cas apurés des degrés de gravité (resp. de la valeur de base pertinente pour le benchmarking) pour une prestation fournie dans la qualité nécessaire.

#### Pt 2:

Dans l'idéal, un benchmark uniforme au niveau national doit être calculé (10.1.5 TAF LUKS / 4.3 TAF WAID/TRIEMLI).

Parce qu'un relevé complet (dans l'idéal) des données de coûts de tous les hôpitaux pour le benchmarking n'est pas possible pour le moment, il est admissible, à défaut, de choisir un échantillon représentatif. Ce dernier doit permettre de tirer des conclusions aussi complètes et exactes que possible sur les relations au sein de l'ensemble. Une composition aussi représentative que possible de l'ensemble doit être privilégiée (6.1 TAF WAID/TRIEMLI).

La formation de groupes de benchmarking est fondamentalement en contradiction avec le concept initial d'une comparaison nationale et aussi largement étayée que possible entre les institutions (6.6.1 TAF WAID/TRIEMLI).

Des différences de coûts au sein de la structure tarifaire peuvent être dues tout au plus à des différences dans les prestations effectivement fournies (accroissement systématique de cas avec des DRG sous-évalués, resp. surévalués, ou de cas déficitaires) mais pas à la catégorie d'hôpitaux (6.6.3 TAF WAID/TRIEMLI).

Une catégorisation (répartition des hôpitaux dans diverses catégories en vue de la création de groupes de benchmarking séparé) n'est guère judicieuse pour la pratique future de la formation des prix. Un benchmarking en plusieurs catégories pose le problème de la répartition dans les catégories et il entraîne une insécurité juridique. L'orientation sur une valeur de référence ordonnée par la loi implique des analyses et des vérifications afin de mettre en évidence les différences dans les prestations réellement fournies et leurs impacts sur une structure tarifaire donnée, mais ces analyses n'ont pas pour vocation de servir à des répartitions dans des catégories. C'est pourquoi une approche centrée sur des différenciations de prix par hôpitaux est privilégiée (6.6.4 TAF WAID/TRIEMLI).

La formation de groupes est problématique car il n'y a ni données scientifiques ni consensus pour définir des critères de sélection (cf. TAF 2014/36 c. 6.6.4 et arrêt C-2255/2013 c. 4.4) (5.2 TAF KISPIZH).

La disposition selon laquelle les comparaisons d'établissements ne doivent être effectuées qu'entre des hôpitaux comparables (ancien art. 49 al. 7 LAMal) n'a pas été reprise dans le droit révisé. Une transparence et une comparabilité aussi vastes que possible des tarifs hospitaliers

faisaient partie des objectifs de la révision de la loi. Le système reposant sur une structure tarifaire unique permet en principe de procéder à des comparaisons d'établissements au-delà des limites entre les types et les catégories d'hôpitaux (TAF 2014/36 c. 3.8) (3.3 TAF Baden).

Dans une phase d'introduction, la décision d'un gouvernement cantonal d'adapter sa propre comparaison à certains hôpitaux (p. ex. des hôpitaux universitaires) peut être confirmée. Si une comparaison indépendante des catégories d'hôpitaux ne tenait pas suffisamment compte de la situation propre de certains établissements, il conviendrait éventuellement d'étudier l'opportunité, dans des cas fondés, d'apporter une correction au moyen de valeurs de base du cas déterminées individuellement (6.6.6 TAF WAID/TRIEMLI / 3.3.3 TAF HIAG).

Comme les différences de prestations de la médecine pédiatrique sont systématiquement insuffisamment représentées dans la structure tarifaire, une différenciation des valeurs de base du cas peut être justifiée – au moins dans la phase d'introduction (4.6 TAF KISPIZH). Un benchmarking séparé n'est forcément nécessaire à cet effet (cf. TAF 2014/36 c. 6.8). La comparaison montre que, entre la situation des coûts de la médecine pédiatrique universitaire et celle des autres hôpitaux universitaires, des différences significatives peuvent être systématiquement observées. Il convient de ne pas se référer uniquement au montant des différences de coûts afin de quantifier les différences tarifaires. Tant que des études fondées sur des données relatives aux prestations supplémentaires spécifiques des hôpitaux et cliniques pédiatriques spécialisés font défaut, un benchmarking séparé de ces établissements peut se justifier objectivement – en dépit des inconvénients mentionnés au considérant 5.3 de l'arrêt TAF KISPIZH (5.3 BVG KISPIZH). Une subdivision supplémentaire du benchmarking de la pédiatrie universitaire ne serait pas pertinente, en revanche (5.5 TAF KISPIZH).

### **Pt 3:**

Les exigences posées pour un calcul techniquement correct des charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (et du baserate pertinent pour le benchmarking qui en découle) sont d'autant plus élevées que le nombre d'hôpitaux participants à la comparaison des établissements est bas (10.1.6 TAF LUKS / 3.3.3 TAF HIAG).

Les hôpitaux universitaires se distinguent en substance des hôpitaux de soins généraux par un mandat de recherche et de formation d'une part et par leur position au bout de la chaîne de soins avec des mandats de prestations spécifiques d'autre part... Si un benchmarking dans une catégorie propre est concédé aux hôpitaux universitaires – afin de compenser les coûts supplémentaires découlant d'un mandat de prestations spécifique – l'élimination des coûts de la formation universitaire et de la recherche revêt une importance décisive. Leur détermination doit donc répondre à des exigences particulièrement élevées. Ce n'est que lorsque ces coûts ont été éliminés de manière conforme à la loi, proche de la réalité et complète qu'un benchmarking séparé peut être approprié pour justifier des différenciations de tarif par rapport aux hôpitaux de soins généraux (8.2 TAF USZ).

Si les hôpitaux universitaires – isolément des hôpitaux sans mandat particulier de formation et de recherche – doivent être comparés séparément, il est indispensable de procéder à une détermination des coûts des prestations d'intérêt général particulièrement soignée et conforme à la loi. Cela implique également un examen particulièrement poussé par les autorités de fixation ou d'approbation. Pour le benchmarking, les autorités doivent donc vérifier et s'assurer que la qualité des données répond à ces exigences élevées dans tous les hôpitaux qui sont comparés. (12.1 TAF USZ).

Pour la différenciation des tarifs sur la base de particularités propres à l'hôpital, un benchmarking séparé n'est pas obligatoirement nécessaire (TAF 2014/36 c. 6.8; cf. pour la médecine pédiatrique C-6392/2014 c. 5.3). Il s'agit juste d'une méthode acceptable durant la phase d'introduction et dans des conditions particulières. Lorsqu'un benchmarking séparé pour un groupe d'hôpitaux spécialisés doit être admis – durant la phase d'introduction – il doit répondre à des exigences particulièrement élevées (arrêts C-2255/2013 c.12.2 et C-6392/2014 c. 7). En principe, le benchmarking de petits groupes d'hôpitaux spécialisés doit être considéré avec



retenue. Il ne permet que de manière limitée de différencier les surcoûts dûs à l'inefficience de ceux dûs à des conditions structurelles (arrêt C-6392/2013 c. 5.4). (10.2 TAF UKBB)

Un benchmarking séparé ne peut pas être justifié exclusivement par des coûts plus élevés... Des différences de prestations systématiques entre des hôpitaux pédiatriques universitaires d'une part et des services de pédiatrie universitaires d'autre part, qui justifieraient une différenciation plus étendue des tarifs et une division supplémentaire des catégories de benchmarking, ne sont pas visibles. Comme les tarifs se basent sur les coûts des hôpitaux qui assurent des soins pédiatriques dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, il est impératif justement que les hôpitaux pédiatriques puissent être comparés avec les services de pédiatrie. (10.3 TAF UKBB)

L'utilisation commune d'infrastructures pour la médecine des adultes et la pédiatrie ou la séparation incomplète des coûts des services de pédiatrie ne constituent pas des motifs justifiant un benchmarking séparé. Pour autant que des synergies existent dans les soins aux enfants dans les services de pédiatrie, celles-ci sont pertinentes pour le contrôle de l'efficacité. Une détermination des coûts conforme à l'OCP et correcte doit être présumée lors du benchmarking. (10.4 TAF UKBB)

Comme cela a été déjà mentionné, il n'existe pas dans le domaine de la psychiatrie – contrairement à la somatique aiguë – de structure tarifaire uniforme nationale liée aux prestations au sens de l'art. 49 al. 1, 3<sup>e</sup> phrase LAMal (cf. aussi TAF 2010/25 c. 10.2.2). La détermination des prix à partir d'une valeur de référence établie sur la base d'un benchmarking national des coûts par cas apurés du degré de gravité de tous les hôpitaux n'est pas possible dans ce cas (C-1632/2013 c.17.7; sur la somatique aiguë cf. TAF 2014/36 c. 3.8). ... cela n'exonère pas l'instance inférieure de garantir que le tarif propre à l'hôpital de la défenderesse doit s'orienter aussi au final sur la rémunération de l'hôpital qui fournit la prestation tarifée obligatoirement assurée dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1<sup>ère</sup> phrase LAMal). La fixation du tarif uniquement sur la base des coûts de la défenderesse n'est pas suffisante et ne correspond pas aux prescriptions de la LAMal et de ses ordonnances d'application (cf. TAF C-6391/2014 du 26 février 2015 c.4.8). Le fait que d'autres assureurs maladie aient négocié avec la défenderesse un forfait journalier de CHF 750 pour l'année 2012 ne rend pas caduque un contrôle de l'économicité lors de la procédure de fixation du tarif. Même si l'on peut admettre dans le cas présent que le passage de l'ancienne pratique aux coûts imputables (cf. à ce sujet l'arrêt du TAF 2014/3 c. 2.8.5) ne peut pas être appliqué de manière conséquente en raison de l'absence d'une structure tarifaire uniforme nationale liée aux prestations au sens de l'art. 49 al. 1, 3<sup>e</sup> phrase LAMal, la plausibilisation du tarif qui est déterminé au moyen d'une comparaison avec d'autres hôpitaux est prescrite. Ce après une vérification stricte de la comptabilité par unité finale d'imputation, de la comptabilité des charges par nature et de la comptabilité par centre de charges ainsi que de la prise en compte des déductions normatives afin d'éviter des surindemnités. (17.5.3 TAF PSY BL).

**Pt 4:**

Les prix sont fixés sur la base d'un benchmark qui doit être calculé au moyen d'une comparaison des coûts par cas des institutions (3.6 TAF WAID/TRIEMLI). Un benchmarking des prix ne peut être justifié que dans des cas exceptionnels (6.7 TAF WAID/TRIEMLI).

**Pt 5:**

La haute qualité des soins de santé est considérée comme acquise. Des différences dans la qualité du traitement ne peuvent donc pas justifier une différenciation des prix (6.8.5 TAF WAID/TRIEMLI).

Dans la mesure où la défenderesse invoque, en se référant au moyen de preuve «Nationaler Vergleichsbericht Outcome Stationäre Psychiatrie Erwachsene» du 29 mai 2013 (annexe 6 à TAF act. 15) introduit seulement durant la procédure de recours, que la haute qualité de ses prestations justifie un tarif plus élevé, il convient d'argumenter *a contrario* que la haute qualité des soins (art. 43 al. 6 LAMal) selon les standards des sciences médicales est présumée lors de la



détermination des prix (TAF 2014/36 c. 3.5) et que l'on ne peut pas l'invoquer comme justification d'un tarif plus élevé. En outre, cette conclusion devrait être considérée sans autre comme irrecevable en application de l'art. 53 al. 2 let. a LAMal. (17.5.2 TAF PSY BL).

**Pt 6:**

Comme la comparaison des établissements porte sur une appréciation de l'efficacité, il convient fondamentalement de baser le benchmarking sur les coûts et non sur les prix négociés (10.3.2, TAF LUKS).

**Pt 7:**

La dernière phrase de l'art. 49 al. 1 LAMal ayant été ajoutée sur proposition de la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS-E), le message ne s'exprime pas sur un niveau d'efficacité. Selon la CSSS-E, les prix doivent s'inspirer des hôpitaux qui travaillent de manière assez efficace et avantageuse (cf. procès-verbal de la séance de la CSSS-E du 21 novembre 2005 p. 22, et des 23/24/25 janvier 2006, p. 53). La formule «assez efficace et avantageuse» suggère que la CSSS-E préconisait un niveau d'efficacité aligné sur une bonne efficacité mais pas la meilleure performance (10.2.1 TAF WAID/TRIEMLI).

**Pts 8 et 9:**

La fixation d'un percentile déterminé ne doit pas avoir pour objectif de relever le tarif d'un hôpital déterminé afin de couvrir ses coûts car, dans le nouveau système de financement hospitalier, le principe du remboursement des coûts n'est plus applicable (cf. considérant 3.1 ainsi que BVGE 2014/3 c. 2.8 ss.). Si une rémunération plus élevée apparaît justifiée au gouvernement cantonal pour un hôpital en particulier, il convient plutôt de vérifier si – après déduction des coûts des prestations d'intérêt général (art. 49 al. 3 LAMal) – des caractéristiques propres à cet établissement permettent d'établir des coûts plus élevés et, partant, de justifier un tarif plus élevé (cf. C-2283/2013 c. 6.8 et c. 22.3 ss.) (4.2.7 TAF GL).

**Pts 9 et 10**

Le prix basé sur des coûts normatifs (appelés aussi prix de base ou baserate d'un hôpital)... sera au départ différent d'un hôpital à l'autre et d'un canton à l'autre pour la même opération. Cette différence est due aux structures de coûts différentes entre les hôpitaux (2.8.4 TAF LUKS).

Dans une perspective interne aux DRG, les hôpitaux de prise en charge finaux (all. : Endversorger), qui traitent souvent un volume de cas complexes supérieur à la moyenne, sont désavantagés par rapport aux hôpitaux qui s'orientent sur des traitements de cas plus rentables (cherry picking), si l'on considère un baserate uniforme pour tous. Ce problème peut être atténué par une différenciation de la structure tarifaire et des DRG plus homogènes sans toutefois pouvoir l'éliminer totalement. Cet état de fait est dû à l'approche forfaitaire et est intrinsèque au système, sachant que les hôpitaux ont des fonctions différentes dans la chaîne de prestations des soins. La fixation de valeurs de baserate différents afin de corriger cet effet ne constitue donc pas une atteinte contraire au système dans la structure tarifaire (22.7 TAF WAID/TRIEMLI).

Les motifs suivants ne justifient pas une différenciation de la valeur de base du cas:

- un CMI plus élevé (raison: la structure tarifaire reproduit la complexité de la prestation (22.7.1 TAF WAID/TRIEMLI),
- des patients dont le séjour est plus long que la moyenne, car ce dernier peut être, certes, prescrit médicalement mais il peut tout aussi bien résulter d'autres facteurs (inefficience) (22.7.3 TAF WAID/TRIEMLI),
- un nombre supérieur à la moyenne de patients très âgés et polymorbides, car la structure tarifaire prend en compte ces facteurs et qu'il n'y pas de preuve basée sur des données établissant que les différenciations qui existent dans la structure tarifaire ne suffiraient pas (22.7.4 & 22.7.5 TAF WAID/TRIEMLI).
- la fixation de valeurs de base du cas différentes motivée uniquement par une volonté de corriger une allocation insuffisante des rémunérations résultant de DRG qui sont présumés mal évalués constitue une intervention dans la structure tarifaire... Pour remédier à de tels défauts, il convient en priorité d'adapter la structure tarifaire. L'argumentation fondée sur un

hôpital fournissant des prestations qui ne sont pas suffisamment rémunérées en raison de coûts relatifs mal évalués ne permet en principe pas de justifier une valeur de base du cas plus élevée (TAF 2014/36 c. 22.6) (4.5 TAF KISPIZH).

Une différenciation temporaire de la valeur de base du cas peut être motivée dans le cas suivant, par exemple: pour un DRG présentant une forte dispersion de cas (DRG non-homogènes), les cas rémunérateurs et les cas déficitaires du même DRG ne se répartissent pas de manière égale sur tous les hôpitaux, de telle sorte que certains établissements traitent une proportion plus élevée de cas déficitaires et que d'autres traitent une proportion plus élevée de cas rémunérateurs (répartition des cas interne au DRG). Une allocation biaisée des revenus entre les hôpitaux résulte d'une répartition inégale des cas coûteux entre les différents fournisseurs de prestations. La fixation de valeurs de base du cas dans le but de corriger cet effet ne constitue pas une intervention contraire au système dans la structure tarifaire (TAF 2014/36 c. 22.7) (4.5 TAF KISPIZH).

...

Dans le système des forfaits par cas liés aux prestations, des prestations spécifiques, nécessaires au traitement des enfants, doivent être aussi reproduites par la structure tarifaire. Les différences de prestations qui peuvent être relevées au moyen des codes de diagnostic et de procédure ne sont pas suffisants à cet effet. Afin de répondre à cet objectif, la structure tarifaire aurait dû prendre en compte toutes les différences de prestations médicalement justifiées, en particulier aussi les facteurs dépendant de la psyché (décrits comme facteurs socio-économiques dans le rapport de SwissDRG SA). Une différenciation des différences de prestations au travers des valeurs de cas est en principe contraire au système... Tant que la structure tarifaire reproduit insuffisamment les prestations supplémentaires de la médecine pédiatrique, une compensation par les valeurs de base du cas peut être envisagée. Le fait que les soins et les traitements des enfants (cf. 4.2 & 4.3 TAF KISPIZH) entraînant des coûts particuliers ne soient pas suffisamment reproduits dans la version 1.0 de SwissDRG ne concerne pas quelques DRG isolés mais l'ensemble de la médecine pédiatrique. Une amélioration de la rémunération des prestations supplémentaires spécifiques aux enfants fournies par des hôpitaux ou des cliniques spécialisées au travers de valeurs de base du cas différenciées durant la phase d'introduction des forfaits par cas ne constitue donc pas une intervention dans la structure tarifaire contraire au système (4.6 TAF KISPIZH).

Si, pour des motifs particuliers, un hôpital souhaite revendiquer des tarifs individuels, il lui incombe d'établir ces motifs particuliers par des faits vérifiables (22.8 TAF WAID/TRIEMLI).

#### **Pt 11:**

Dans la mesure où l'instance inférieure justifie la renonciation à un benchmarking par les particularités du SPZ, en particulier par la complexité des prestations fournies et le CMI élevé, on retiendra que des particularités propres à un hôpital n'excluent pas la comparaison imposée par la loi avec d'autres fournisseurs de prestations (C-6391/2014 c. 5.1). L'orientation sur une valeur de référence au sens de l'art. 49 al. 1, dernière phrase LAMal ne s'oppose pas à l'examen si d'éventuelles particularités propres à l'hôpital peuvent justifier une fixation différenciée du tarif. Cependant, la seule allusion à la complexité des prestations fournies ou à un CMI élevé ne suffit pas à justifier un baserate plus élevé car la structure tarifaire SwissDRG prévoit des coûts relatifs plus élevés pour les prestations spécialisées et hautement spécialisées, ce qui entraîne des rémunérations d'autant plus élevées (TAF 2014/36 c. 22.7.1, C-3497/2013 c. 3.6) (4.3 TAF SPZ).

#### **Pt 12:**

Le choix de l'hôpital de référence doit intervenir de telle manière que la sécurité de l'approvisionnement reste assurée et que, simultanément, une pression financière mais aussi des incitations équitables soient exercées en vue d'une fourniture meilleur marché et plus efficiente (10.1.4 TAF WAID/TRIEMLI).

Le gouvernement cantonal justifie le placement du benchmark au 40<sup>e</sup> percentile par son expérience passée, par un examen du maintien de la sécurité de l'approvisionnement et par la maîtrise des coûts. Le choix du 40<sup>e</sup> percentile apparaît aussi défendable à la lumière des

requêtes formulées par les différents acteurs, de la méthode de formation des prix concrète qui a été appliquées et des possibilités de correction. En se prononçant pour le 40<sup>e</sup> percentile, le gouvernement cantonal n'a outrepassé ni dans un sens ni dans l'autre son pouvoir d'appréciation (10.3 TAF WAID/TRIEMI).

La question de savoir si la fixation du benchmark au 50<sup>e</sup> percentile se situe encore dans le pouvoir d'appréciation d'un gouvernement cantonal ou s'il l'outrepasse ainsi (nettement, cf. c. 3.3) ne peut pas être tranchée dans l'absolu. A lui seul, le choix d'un percentile X n'indique pas dans quelle mesure le critère d'efficience a été réellement fixé de manière stricte, tant que les acteurs appliquent des benchmarking différents calculés selon des méthodes très divergentes (4.3 TAF GL).

En résumé, il s'avère que la décision de l'instance inférieure fixant la valeur de base du cas à CHF 9'750.- (= 50<sup>e</sup> percentile) doit être confirmée (4.5 TAF GL).

**Pt 13:**

La LAMal ne prescrit pas un prix de base du cas uniforme pour tous les hôpitaux et plusieurs conventions tarifaires par fournisseur de prestations sont possibles. Le législateur a prévu au contraire un tarif négocié individuellement avec chaque hôpital. Il part de l'hypothèse que les prix de base du cas encore très différents au début vont se rapprocher au fil du temps (resp. lorsque la concurrence qui est recherchée aura joué durant un certain temps). Etant donné que, du côté des assureurs, un ou plusieurs caisses ou leurs associations peuvent être des partenaires tarifaires, la loi autorise plusieurs conventions tarifaires au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal par fournisseur de prestations (3.5.2 TAF HIAG).

**Pt 14:**

Un benchmarking des prix ne peut être correct techniquement que dans des cas exceptionnels et à des conditions particulières. La fiabilité des données utilisées pour les comparaisons dépend dans quelle mesure les prescriptions légales ont été observées durant la procédure d'approbation.

Dans le cadre d'un tel benchmarking des prix, il conviendrait donc de vérifier:

- jusqu'à quel point les marges de manœuvre ont été exploitées durant la conception des tarifs soumis à comparaison,
- si des particularités propres à certains hôpitaux ont été prises en compte,
- si ces dernières sont également pertinentes pour l'hôpital qui est examiné et
- s'il a été procédé à un contrôle, conforme au droit fédéral, de l'économicité des tarifs soumis à comparaison.

Le risque existe, lors des comparaisons de prix, que la comparaison se base sur des valeurs exagérées ou non-économiques issues de négociations. Par ailleurs, un hôpital pourrait être d'accord d'accepter des tarifs AOS bas, si le canton financeur est prêt à couvrir les déficits qui en découlent par des subventions. Il ne serait pas correct techniquement de se baser sur de tels tarifs (3.3.3 TAF HIAG).

... Un benchmarking des prix peut être correct cependant, dans des cas exceptionnelles et à des conditions particulière. Tant que des données de coûts exploitables font défaut pour certains cantons, l'orientation sur des tarifs fixés ou approuvés d'autres hôpitaux doit être aussi admise durant une période transitoire tout au plus... Il conviendrait de prendre en compte que, lors d'une comparaison de prix, on court le risque:

- que la comparaison se base sur des valeurs exagérées ou non-économiques issues de négociations.
- qu'à l'inverse un hôpital pourrait être d'accord d'accepter des tarifs AOS bas, si le canton financeur est prêt à couvrir les déficits qui en découlent par des subventions.

Il ne serait pas correct techniquement de se baser sur de tels tarifs (cf. TAF 2014/36 c. 6.7). (17.9 BVG UPK Basel).

...L'instance inférieure s'est penchée de manière approfondie sur la question du benchmarking. Tant que des données de coûts exploitables pour des institutions comparables font défaut, elle peut s'orienter à titre exceptionnel sur les tarifs fixés ou approuvés qui ont force de loi pour d'autres hôpitaux psychiatriques. Ce contexte, ainsi que le fait que la gravité des cas des patients dans les hôpitaux servant à la comparaison ne peut être de toute façon évaluée qu'avec une certaine imprécision – comme l'indique l'OFSP – doit être pris en compte à titre exceptionnel lors du benchmarking en appliquant une marge de sécurité. (17.5.4 TAF PSY BL).

**Pt 15:**

Les documents fournis par l'intimé dans la procédure de fixation du tarif ne permettent pas de procéder à une fixation conforme au droit. Il n'a livré ni comptabilité analytique au sens de l'art. 9 OCP ni comptabilité des immobilisations (selon l'art. 10 al. 5, en lien avec art. 10a OCP). L'hôpital s'est contenté d'envoyer un formulaire «ITAR\_K consolidé» (ne correspondant pas à ITAR\_K complet) qui comprend le calcul de la valeur du point tarifaire pour six hôpitaux de Suisse centrale (dont le KSOW). Il n'est pas possible de vérifier si les coûts produits correspondent uniquement aux coûts des prestations ambulatoires de physiothérapie imputables pour la détermination du tarif AOS. Un établissement suffisamment transparent des coûts des prestations à la charge de l'AOS implique que les coûts qui ne relèvent pas de l'AOS puissent être clairement distingués (cf. TAF 2014/3 c. 6.4; 2015/39 c. 12.5). (6.4.1 TAF OW).

## Chapitre 8: Autonomie contractuelle des partenaires tarifaires et rôle des cantons

### Explications et références

#### Pts 1 et 2:

Une réglementation ou une pratique consistant à refuser d'approuver tous les tarifs qui dépassent de plus de 2% la valeur de référence calculée par le canton viole l'autonomie des partenaires tarifaires (24.4.8 TAF WAID/TRIEMLI). L'approche de l'instance inférieure consistant à approuver les tarifs négociés entrant dans un certain cadre sans demander de motivation et ceux sortant de ce cadre seulement avec une motivation pertinente doit être cependant confirmée.

Dans le système de la LAMal, les conventions tarifaires doivent constituer la règle et les fixations du tarif par l'autorité l'exception. La primauté de la convention tarifaire est également soulignée dans le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie. Par ailleurs, la LAMal devait renforcer l'autonomie contractuelle entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Dans sa jurisprudence, le Conseil fédéral constatait que les parties contractantes devraient établir comme bon leur semble le contenu de la convention tarifaire dans les limites fixées par la LAMal. Pour cette raison, une limitation a posteriori de l'autonomie contractuelle lors des procédures d'approbation n'entre pas en ligne de compte. Tant qu'une autonomie est concédée aux parties contractantes entre les limites fixées par la législation sur l'assurance-maladie, ces parties sont en droit de revendiquer leur autonomie contractuelle (3.5.1 TAF HIAG).

L'autonomie contractuelle et la primauté de la convention sont garanties et ne peuvent pas être remplacées par une primauté de la fixation du tarif par l'autorité. Il ne serait pas compatible avec l'autonomie contractuelle d'imposer aux parties contractantes, en faisant fi des limites du droit fédéral, l'un des résultats les plus importants des négociations, à savoir la valeur de base du point. De même, il ne serait pas compatible avec l'autonomie contractuelle d'obliger les assureurs à s'entendre non seulement avec l'hôpital mais aussi avec les autres assureurs, respectivement avec leurs communautés d'achat, sur le montant de la valeur de base du point. De telles prescriptions aboutiraient dans les faits à remplacer la primauté de la convention par une primauté de la fixation du tarif par l'autorité car, dans un tel cas, les partenaires tarifaires ne seraient plus disposés à rechercher des compromis acceptables au cours de négociations difficiles (3.5.2 TAF HIAG).

Dans l'arrêt C-4460/2013 du 29 octobre 2014 (TAF 2014/37), le Tribunal administratif fédéral a déjà été appelé à juger de la conformité avec le droit fédéral des principes cantonaux d'établissement des tarifs ancrés à l'art. 8 al. 2 SpiG (*loi sur les hôpitaux du canton d'Argovie*). Contrairement à l'opinion de l'instance inférieure, l'art. 8 al.2 SpiG ne constitue pas une concrétisation admissible de l'impératif d'équité au sens de l'art. 46 al. 4, 2<sup>e</sup> phrase LAMal. Cette norme cantonale viole au contraire cette disposition et d'autres principes de la LAMal, en particulier la primauté de la convention et l'autonomie contractuelle (TAF 2014/37 c.3.4-3.5.3) (4.1 TAF Baden).

#### Pt 3:

Les tâches et les exigences différentes découlant des procédures d'approbation et de fixation ainsi que le respect de l'autonomie contractuelle des partenaires tarifaires impose un examen de l'approbation et de la fixation lors de procédures distinctes (24.5.1 TAF WAID/TRIEMLI).

Puisqu'une marge d'appréciation importante doit être concédée tant à l'autorité de fixation qu'aux partenaires à une convention tarifaire, une évaluation des faits et un exercice de cette marge d'appréciation différents lors des deux procédures de fixation peuvent aboutir à des tarifs différents également (cf. c. 24.3.3). Cela peut se produire en particulier lors de différenciations des tarifs propres aux hôpitaux pour des motifs d'équité (cf. c. 22). Le principe d'un contrôle limité au respect de la loi, à l'économicité et à l'équité aboutit à ce que des tarifs négociés qui divergent des tarifs fixés sont susceptibles d'être approuvés et qu'un refus d'approbation ne peut pas être

motivé uniquement par le fait que le tarif négocié s'écarte de la valeur de référence ([24.5.1 TAF WAID/TRIEMLI](#)).

Des missions différentes incombent à l'autorité cantonale compétente lors d'une procédure de fixation selon l'art. 47 al. 1 LAMal d'une part et lors d'une procédure d'approbation selon l'art. 46 al. 4 LAMal d'autre part:

- Dans une procédure d'approbation, elle doit vérifier si le tarif déterminé par les partenaires est conforme à la loi et aux principes de l'économicité et de l'équité.
- Dans une procédure de fixation, l'autorité doit en revanche déterminer elle-même un tarif, qui doit respecter également les principes susmentionnés.

Lors de la détermination du prix, les partenaires tarifaires comme l'autorité de fixation disposent d'une marge d'appréciation dans les limites de la loi. Dans la procédure d'approbation, l'autorité ne doit pas substituer son pouvoir d'appréciation à celui qui a été correctement exercé par les partenaires tarifaires.

Il en résulte que le principe selon lequel le Tribunal administratif fédéral doit accorder une marge d'appréciation importante à l'autorité inférieure lors de l'application de la règle sur la détermination du prix selon l'art. 49 al. 1 LAMal s'applique avant tout pour la fixation du tarif.

S'il s'agit en revanche d'examiner le refus d'approbation d'une convention tarifaire, le Tribunal administratif fédéral doit aussi vérifier si l'autorité a respecté la marge d'appréciation dont disposent les partenaires tarifaires ([3.1 TAF HIAG](#)).

#### **Pts 4 et 5:**

Le gouvernement cantonal qui a concédé un mandat de prestations à l'hôpital concerné est compétent pour approuver une convention tarifaire au sens de l'art. 46 al. 4 LAMal (en cas de concours de compétence, celle du canton de site l'emporte). Le même principe s'applique pour la fixation du tarif selon l'art. 47 al. 1 LAMal (sur l'ensemble: BVGE 2013/8).

Tant dans une procédure d'approbation que dans une procédure de fixation, le gouvernement cantonal compétent doit vérifier si le tarif est conforme au principe de l'économicité. Un contrôle de l'économicité par un autre gouvernement (non-compétent au sens des art. 46 al. 4 et 47 al. 1 LAMal) n'est pas prévu par la LAMal.

Il en découle que le Conseil d'Etat peut se référer uniquement au contrôle de l'économicité réalisé par le gouvernement cantonal compétent pour apprécier l'économicité des hôpitaux auxquels il n'a pas concédé de mandat de prestations ([10.3.2 TAF LUKS](#)).

#### **Pt 6:**

Les cantons doivent non seulement garantir une couverture en soins suffisante à leur population mais ils sont aussi responsables de ce que les établissements inscrits sur leur liste hospitalière disposent d'un tarif conforme au droit. Pour l'approbation d'une convention tarifaire (art. 46 al. 4 LAMal) est compétent le Conseil d'Etat qui a délivré à l'hôpital concerné un mandat de prestations – lorsqu'il y a concours de compétences, celle du canton de site prime. Le même principe vaut pour une fixation du tarif selon l'art. 47 al. 1 LAMal. Dans les procédures de fixation comme dans celles d'approbation du tarif, le Conseil d'Etat compétent doit vérifier si le tarif est conforme au principe de l'économicité ([10.3.1 TAF LUKS](#)). Il en découle que le Conseil d'Etat peut se référer uniquement au contrôle de l'économicité réalisé par le gouvernement cantonal compétent pour apprécier l'économicité des hôpitaux auxquels il n'a pas concédé de mandat de prestations ([10.3.2 TAF LUKS](#)).

#### **Pt 7 :**

Il est indiqué, dans l'arrêt TAF 2014/36, quelles conditions doivent remplies dans l'idéal pour assurer la comparabilité des coûts des cas (c. 4) et lesquelles de ces conditions font défaut, resp. doivent être améliorées. Parmi les conditions manquantes ou perfectibles figurent en particulier:



1. des comparaisons entre les hôpitaux à l'échelle nationale en ce qui concerne les coûts (art.49 al. 8 LAMal),
2. une saisie des coûts et des prestations selon une méthode uniforme (art. 49 al. 7 LAMal),
3. l'amélioration de la précision de la structure tarifaire.

Dans la perspective de la formation des prix à l'avenir, il est inévitable que l'obligation de réaliser des comparaisons entre les hôpitaux, en particulier en ce qui concerne les coûts, soit concrétisée aussi vite que possible. Une détermination des prix conforme aux objectifs fixés par le législateur est nécessaire également durant la phase d'introduction. La possibilité demeure ouverte pour les partenaires tarifaires et les autorités d'approbation et de fixation de recourir subsidiairement à des données disponibles aussi parlantes que possible et de combler les lacunes identifiées grâce à des correctifs pertinents. Dans ce contexte, le Tribunal administratif concédera – au moins durant la phase d'introduction des forfaits par cas – une marge d'appréciation importante aux instances inférieures lors de la mise en œuvre de la règle sur la formation des prix de l'art. 49 al. 1, dernière phrase LAMal, respectivement lors de l'exécution du benchmarking. Si la procédure adoptée par l'instance inférieure semble admissible, il convient de soutenir cette décision même si d'autres manières de procéder paraissent mieux à même de réaliser l'objectif fixé par le législateur (TAF 2014/36 c. 5.4, cf. aussi TAF 2014/3 c. 10.1.4) ([3.4 TAF SPZ](#)).

Cependant, la décision de savoir si la règle de formation des prix de l'art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal doit être appliquée n'entre pas dans le pouvoir d'appréciation des autorités de fixation (cf. aussi C-6391 /2014 c. 4.8) ( TAF C-4264/2013 du 20 avril 2015) ([4.1 TAF SPZ](#)) ([6.2 BVG UKBB](#)).

#### **Pt 8:**

En résumé, il s'avère que la décision contestée n'est pas compatible avec les dispositions du droit fédéral et qu'elle doit donc être annulée. Une fixation des forfaits journaliers par le tribunal, comme le suggère la demanderesse, n'est pas indiquée techniquement, pour différentes raisons. Lors de la fixation du tarif, il convient, en particulier, de trancher diverses questions d'appréciation pour lesquels le Conseil d'Etat, et non le Tribunal administratif fédéral, est compétent au premier chef (TAF 2014/3 c.10.4 en rel. avec c.3.2.7 et 10.1.4). Des données essentielles font également défaut pour rendre une décision en réforme. En outre, le fait que le Tribunal administratif tranche comme instance unique plaide contre une décision en réforme car les parties n'auraient alors pas de moyen juridique contre la décision de fixation, ce qui apparaît problématique dans la perspective de la garantie des voies de droit ancrée à l'art. 29a Cst. La cause doit donc être renvoyée à l'instance inférieure, à charge de rassembler les données nécessaires pour une décision et de fixer un nouveau forfait journalier en tenant compte des considérants. ([18. BVG UPK Basel](#)).

Selon l'art. 83 let. r de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, SR 173.110), le recours de droit public au Tribunal fédéral est irrecevable contre les décisions en matière d'assurance-maladie qui ont été rendues par le Tribunal administratif fédéral sur la base de l'art. 33 let. i de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF) en application de l'art. 53 al. 1 LAMal. La présente décision est donc définitive. ([20. BVG UPK Basel](#)).

Selon la jurisprudence, une autorité de recours investie d'un plein pouvoir de cognition doit respecter la marge de décision de l'instance inférieure sur les questions d'interprétation. Il lui incombe de corriger une décision arbitraire mais elle doit laisser l'instance inférieure choisir entre plusieurs solutions appropriées (cf. ATF 133 II 35 c.3). Le Tribunal administratif fédéral doit donc uniquement contrôler la décision de l'instance inférieure et non s'y substituer (cf. ATF 126 V 75 c. 6). En particulier, lorsque l'exercice de l'appréciation, l'application de termes juridiques vagues ou l'identification des faits nécessitent des connaissances techniques, scientifiques ou économiques spécialisées, une retenue de la cour lors du contrôle des appréciations de l'instance inférieure est de mise (cf. ATF 135 II 296 c.4.4.3; 133 II 35 c. 3; 128 V 159 c.3b/cc). On ne se trouve donc pas en face d'une limitation inadmissible du pouvoir de cognition lorsque la cour – qui n'est pas organisée comme un tribunal spécialisé – ne s'écarte pas sans nécessité de la conception de l'instance inférieure, dans la mesure où il s'agit de trancher des questions techniques, scientifiques ou économiques dans lesquelles cette instance dispose de connaissances spécialisées (cf. ATF 139 II 185 c. 9.3; 135 II 296 c. 4.4.3; 133 II 35 c. 3 m.H.; TAF 2010/25 c. 2.4.1 av. cit.). Ce principe vaut en tous cas lorsque l'instance inférieure a examiné les points



essentiels à la décision et a effectué les clarifications nécessaires de manière attentive et complète (ATF 139 II 185 c. 9.3; 138 II 77 c. 6.4) (4.4 BVG PSY BL).

**Pt 9:**

Dans son arrêt de principe 2014/e, le Tribunal administratif fédéral s'est déjà penché sur l'interprétation des principes de tarification énumérés à l'art. 59c al. 1 OAMal (TAF 2014/3 c. 2). Selon l'interprétation sous l'empire du droit révisé, les «coûts de la prestation justifiés» mentionnés à l'art. 59c al. 1 let. a OAMal ne visent pas les coûts individuels de l'hôpital dont le tarif est examiné mais les coûts de l'hôpital qui constituent le benchmark (TAF 2014/3 c. 2.10.1). Pour les «coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations» selon l'art. 59c al. 1 let. b OAMal, il s'agit aussi des coûts de l'hôpital sur lequel le benchmark est établi. Selon cette interprétation, des baserates situés au-dessus de la valeur de référence ne peuvent en principe pas être approuvés ou fixés (sous réserve des différenciations de tarif en cas de particularités propres à l'hôpital (cf. TAF 2014/36 c. 6.8). Après la révision du financement hospitalier, seuls les gains d'efficience sont autorisés (TAF 2014/3 c. 2.9.4.4). (5.3 BVG UKBB).

**Pt 10:**

Après la révision du financement hospitalier, le principe du remboursement des coûts n'a plus cours (TAF 2014/3 c. 2.8.5). Tant lors de l'approbation du tarif que lors de sa fixation par l'autorité, le principe de l'économicité et la règle de la détermination des tarifs selon l'art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal doivent être respectés impérativement (TAF 2014/36 c. 3.6 et c.6.7). La fixation du tarif sur la seule base des coûts de l'hôpital concerné n'est pas suffisante et n'est pas conforme au nouveau droit de l'assurance-maladie (jugement partiel du TAF C-6391/2014 du 26 février 2015 c. 4.8). (6.2 BVG UKBB).

**Pt 11:**

L'instance précédente a renoncé à exiger de l'intimé qu'il produise des données complètes et transparentes. Elle n'a ainsi pas rempli son devoir d'instruction. Les conditions d'une procédure extraordinaire de fixation de la valeur du point tarifaire en l'absence des données réelles de coûts et de prestations ne sont ainsi pas réalisées. (6.4.2 TAF OW)

Il est vrai qu'une égalité des valeurs des points tarifaires pour les hôpitaux et les physiothérapeutes en pratique privée doit être encouragée (sur la valeur du point tarifaire voir arrêt C-2997/2012 c. 7.6; arrêt C-1220/2012 du 22 septembre 2015 c. 7.8.4). Cet objectif n'est cependant pas absolu car il convient aussi d'observer les autres principes de détermination des tarifs de la LAMal – à savoir l'économicité et la conformité à l'économie d'entreprise (cf. arrêt C-1918/2015 p. 28 et 3583/2013 du 8 juin 2017 c. 11.6.3). La comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations doit intervenir en règle générale dans la deuxième étape de la fixation du tarif, conjointement au contrôle de l'économicité (à la différence des tarifs stationnaires des hôpitaux [somatique aiguë], cf. arrêts C-3497/2013 du 26 janvier 2015 c. 3.1.3; C-2350/2014 du 29 janvier 2016 c. 4; arrêt de principe 2014/3 c. 2.8 ss.). Si la valeur du point pour les prestations de physiothérapie d'un hôpital était relevée au niveau de celle d'autres fournisseurs de prestations indépendamment d'une justification suffisante des coûts, cela irait à l'encontre du principe exposé à l'art 59c al. 1 OAMal selon lequel le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente ainsi qu'au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. (6.4.2 TAF OW)

## Chapitre 9: L'impératif d'équité dans la LAMal

### Explications et références

#### Pt 1

L'équité signifie que les particularités du cas concret sont prises en compte de manière équitable. Elle peut justifier une «exception à la force réglementaire du droit».

Le principe d'un tarif établi de manière conforme à l'équité ancré à l'art. 46 al. 4 LAMal signifie principalement, selon la littérature, que la structure tarifaire doit être équilibrée et qu'elle doit garantir la prise en compte des intérêts des différentes parties.

Le contrôle de l'équité doit vérifier en particulier que:

- les intérêts des assurés sont pris en compte,
- des concessions injustifiées n'ont pas été faites par une partie sous la pression des autres,
- certains fournisseurs de prestations ne sont pas avantagés ou désavantagés sans motif objectif,
- le tarif peut être appliqué économiquement aux assurances et aux assurés.

Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, l'impératif d'équité a pour conséquence que, sous le régime du nouveau financement hospitalier, des valeurs de base du cas propres à chaque hôpital sont possibles et même prescrites selon les circonstances.

Le contrôle de l'équité ordonné par l'art. 46 al. 4 LAMal porte sur la question de savoir si la convention tarifaire paraît appropriée dans chaque cas ([3.3.4 TAF HIAG](#)).

#### Pt 2:

Avant l'adoption de l'art. 59c OAMal et avant l'introduction du nouveau financement hospitalier, des auteurs ont défendu l'opinion selon laquelle le concept d'équité, resp. la notion d'économiquement supportable qu'il contient, pouvait s'appliquer aussi à l'ensemble du système de la LAMal. A cet égard, Rütsche relève à bon droit que cet aspect est déjà incorporé par le principe de l'économicité. En outre, un élargissement à l'ensemble des coûts imposerait, selon Hierling/Coullery une référence uniforme à l'échelle nationale. Même si une telle application était conforme à l'impératif d'équité, elle devrait être effectuée au niveau de la Confédération et non isolément par un canton ([3.3.5 TAF HIAG](#)).

#### Pt 3:

Lors de la détermination du prix, il convient, selon les circonstances, de tenir compte de la situation particulière du fournisseur de telle sorte que – en se basant sur une valeur de référence – des valeurs de base du cas différenciées puissent être négociées ou fixées pour des motifs d'équité ([3.3.2 et 3.3.4 TAF HIAG](#)).

... En outre, il convient de prendre en compte selon les circonstances la situation particulière du fournisseur de prestations lors de la fixation des prix de telle sorte que – en partant d'une valeur de référence – des baserates différenciés doivent être négociés ou fixés pour des motifs d'équité (cf. TAF 2014/36 c. 6.8, aussi c. 3.4 et c. 22.3ss.). ([3.6 BVG UKBB](#)).

Dans ses Recommandations sur l'examen de l'économicité, la CDS observe des différences systématiques dans la situation de coûts – en particulier entre les hôpitaux universitaires et les autres établissements – en raison de la différenciation insuffisante de la structure tarifaire. A cet égard, des tarifs divergents sont possibles mais ils doivent être justifiés explicitement (Recommandations sur l'examen de l'économicité, adoptées par le comité directeur de la CDS le 12 juillet 2012, p. 8). A eux seuls, des coûts par cas élevés ne justifient pas une hausse des tarifs propre à un hôpital (TAF 2014/36 E. 22.7.2). Comme les coûts de la formation universitaire et de la recherche ne doivent être inclus dans les tarifs (art. 49 al. 3 let. b LAMal), les missions de formation universitaire et de recherche ne peuvent pas justifier non plus des tarifs différents pour les hôpitaux universitaires. La structure tarifaire SwissDRG version 1.0 n'a pas permis d'aboutir à une présentation techniquement correcte des cas extrêmement coûteux en particulier (TAF 2014/36

c. 22.4; arrêt C\_2255/2013 c. 3.3). La répartition différente des cas coûteux et simples relevant d'un même DRG entre les fournisseurs de prestations peut aboutir à une allocation faussée des produits aux hôpitaux. La fixation de valeurs différentes de base afin de corriger cet effet ne constitue pas une intervention contraire au système dans la structure tarifaire (TAF 2014/36 c. 22.7). L'argument selon lequel un hôpital traite plus souvent des cas complexes ou ne peut orienter son activité vers des cas profitables en raison de sa position à l'extrémité de la chaîne de soins peut donc être entendu pour justifier un base plus élevé (jugement partiel C-6391/2014 c. 6.3). Bien que les hôpitaux universitaires assument souvent une position de fournisseur complet à l'extrémité de la chaîne de soins, ils ne remplissent pas forcément les conditions d'une différenciation de tarif propre à l'hôpital. Il convient d'établir quels cas sont traités et lesquels ne sont pas correctement rémunérés en raison de la structure tarifaire – lors de cet examen, les cas déficitaires mais aussi ceux qui sont profitables doivent être pris en compte (TFA 2014/36 c. 22.7s.). (9.3.2 BVG UKBB)

Selon l'arrêt du TFA 2014/36, il convient (toujours durant une phase transitoire, cf. ci-après c. 3.5) de prendre en compte, dans certaines circonstances la situation particulière du fournisseur de prestation lors de l'établissement des prix de manière à ce que des valeurs de base différenciées puissent être négociées ou fixées pour des raisons d'équité (cf. art. 46 al. 4 LAMal). Comme la loi prescrit de déterminer les tarifs en fonction des hôpitaux meilleur marché et efficaces, une différenciation des prix ne peut se justifier que dans des cas particuliers fondés. Lorsque l'on part d'une valeur de référence valable pour toute la Suisse, des suppléments et des déductions dans des cas fondés tombent sous le sens. La lettre de l'art. 49 al. 1, 5<sup>e</sup> phrase LAMal («sont déterminés en fonction») suggère que les partenaires tarifaires et les autorités d'approbation et de fixation disposent d'une marge d'appréciation dans ce domaine (TAF 2014/36 c. 6.8). Une différenciation des tarifs peut se justifier par exemple par des coûts structurels régionaux différents (charges salariales, coûts du site; TAF 2014/36 c. 6.8.1) ou si chaque hôpital fournit des volumes de prestations très différents dans le domaine de la formation non-universitaire (cf. TAF 2014/36 c. 6.8.2 avec référence; v. aussi c. 5.1.2 ci-dessus). Il est aussi autorisé de procéder à une différenciation entre les hôpitaux disposant d'un service des urgences et ceux qui n'en disposent pas (arrêt TAF 2014/36 c. 21.4). (6.1 & 6.1.1 BVG CHUR).

La question de savoir si un hôpital comprenant deux sites doit être traité comme un seul établissement sur le plan tarifaire ou s'il s'agit deux hôpitaux avec des tarifs différents doit être analysée au moyen de plusieurs critères parmi lesquels:

- a. le mandat de prestations du canton,
- b. la classification juridique de l'instance propriétaire,
- c. la distance géographique et la situation des bâtiments,
- d. la composition et la répartition des cliniques et des services, la structure et l'organisation de la direction, le type de facturation, l'organisation du personnel ainsi que des urgences (C-2290/2013 c. 8.3). (2.2.2 TAF Gut GR).

- a. Dans l'arrêt C-2290/2013, qui concernait la fondation See-Spital (comptant deux sites hospitaliers), le Tribunal administratif s'est fondé comme l'instance inférieure sur les mandats de prestations. Il a fixé explicitement que la conduite d'un service des urgences adapté et d'une unité de soins intensifs est prescrite pour les hôpitaux auxquels est confié le paquet de base (BP) en chirurgie et en médecine interne. Les hôpitaux dont le mandat de prestations se limite au paquet de base électif (BPE) ne sont pas tenus d'exploiter un service des urgences public polyvalent. Comme le canton a délivré des mandats de prestations différents aux deux sites (BP à l'un et BPE à l'autre), la fondation See-Spital n'est pas libre de choisir quelles prestations elle propose sur tel site. Conformément aux différents mandats de prestations, elle doit aussi mettre à disposition du personnel et des infrastructures différents (C-2290/2013 c. 8.4.2). (2.3.1 TAF Gut GR).

Cependant, le Tribunal administratif fédéral a constaté à titre restrictif que, dans le contexte de la détermination des tarifs, on ne peut pas se baser sans réserve sur la classification dans la liste des hôpitaux. Les cantons recourent à différentes pratiques pour procéder au classement des établissements dans les listes. En outre, un classement séparé dans la liste peut avoir des fondements historiques. Il convient donc de vérifier si le classement dans des catégories différentes se base sur une planification hospitalière conforme au droit et si ce

classement est aussi pertinent pour la détermination du tarif (C-2290/2013 c. 8.4.3). Ces principes sont valables également lorsqu'un hôpital comportant deux sites est inscrit comme *un seul* fournisseur de prestations. (2.3.2 TAF Gut GR).

- b. Une propriété commune – pas plus que la comptabilité – ne peut être un critère déterminant, dans la mesure où toutes deux sont déterminées unilatéralement par les hôpitaux (C-2290/2013 c. 8.3.1). Selon la jurisprudence, est déterminant le fait que l'organisation de l'hôpital pour les cas urgents et non planifiables dans le temps concerne les deux sites ou si l'un des deux peut bénéficier des avantages d'un établissement électif (C-2290/2013 c. 8.3.2). (2.2.3 TAF Gut GR).
- c. En raison de la distance géographique entre les deux sites de Coire et St-Moritz, on ne peut pas en déduire que le service des urgences géré à St-Moritz a des effets sur le site de Coire et son organisation. La clinique Gut ne le prétend pas non plus. Elle invoque bien davantage qu'elle est grevée, en tant qu'entreprise globale, par les coûts supplémentaire du service des urgences. Cela ne peut pas être déterminant après ce qui a été indiqué ci-dessus. (2.2.4 TAF Gut GR)
- d. ... Sous l'empire du nouveau financement hospitalier, ce sont les prestations, et non les structures hospitalières, qui doivent être financées (cf. TFA 2013/8 c. 2.5.2.1; 2013/17 c. 2.4.2.2; 2014/36 c. 10.2.4). En vertu du principe de l'égalité de traitement, la demanderesse ne peut donc rien en déduire en sa faveur. (2.2.5 TAF Gut GR).

→ ... Dans la mesure où l'instance inférieure a réduit de CHF 200 le baserate du site de Coire parce que ce dernier ne gère pas de service des urgences, la décision de fixation ne prête pas flanc à la critique... (2.4 TAF Gut GR).

#### **Pt 4:**

Les particularités propres à un hôpital peuvent imposer un écart de la valeur de référence non seulement vers le haut mais aussi vers le bas (cf. ci-dessus c. 6.1; TAF 2014/36 E.6.8). (6.3 BVG CHUR).

Le seul fait qu'un hôpital présente des coûts plus bas que la norme – de même qu'en cas de coûts plus élevés (cf. TAF 2014/36 c. 22.7.2) – ne permet pas encore de conclure à la nécessité de procéder à une correction. Comme l'a reconnu le Tribunal administratif fédéral dans l'arrêt 2014/3, un *costweight* qui couvre plus que les coûts pertinents pour le tarif dans un hôpital particulièrement efficient (dont les coûts par cas apurés du degré de gravité se situent en dessous du benchmark) n'est pas contraire à la LAMal (TAF 2014/3 c. 2.9.5). Après la révision du financement hospitalier, seuls sont donc autorisés les gains d'efficience, sinon le postulat d'une fourniture en soins de haute qualité et appropriés au coût le plus bas possible (art. 43 al. 6 LAMal) ne peut pas être respecté (TAF 2014/3 c. 2.9.4.4). (6.3.4 TAF CHUR).

#### **Pts 5 et 6:**

Sur la question de savoir si une différenciation du tarif visant à corriger des distorsions résultant de la structure tarifaire est autorisée, voire prescrite, deux situations de principe, qui recèlent toutes deux un risque d'allocation erronée des revenus, doivent être distinguées:

- *Mauvaise évaluation*: les *costweights* de la structure SwissDRG sont mal évalués (sur- ou sous-évalués) et les DRG mal évalués touchent certains hôpitaux de manière unilatérale et surproportionnelle (TAF 2014/36 c. 22.5). Cette mauvaise évaluation doit être corrigée avant tout au travers de la structure tarifaire. L'argument selon lequel un hôpital prodigue des prestations qui ne sont pas suffisamment rémunérées en raison de *costweights* mal évalués dans la structure tarifaire SwissDRG 1.0 n'est pas approprié en principe pour justifier un baserate plus élevé (TAF 2014/36 c. 22.6; arrêt du TAF C-6392/2014 du 27 avril 2015 c. 4.5).
- *Répartition des cas interne à un DRG*: dans les DRG présentant une large variabilité des cas (DRG non-homogènes), les cas profitables et les cas déficitaires ne se répartissent pas de manière égale sur tous les hôpitaux, de telle sorte que certains établissements sont amenés à traiter une part surproportionnelle de cas déficitaires et d'autres une part surproportionnelle de cas profitables (TAF 2014/36 c. 22.5). La fixation de baserates différenciés pour corriger cet effet ne constitue pas une intervention contraire au système dans la structure tarifaire (TAF 2014/36 c. 22.7; C-6392/2014 c. 4.5). (6.1.2 TAF CHUR).

**Pt 7:**

Les conséquences négatives d'une répartition inégale des cas interne au DRG touchent tout particulièrement les hôpitaux qui se situent à l'extrémité de la chaîne des soins parce qu'ils ne peuvent pas par principe envoyer les cas complexes et (hautement) déficitaires à un autre fournisseur de prestations («prise en charge finale»). Pour les hôpitaux universitaires, c'est cette position de prise en charge finale et les cas hautement déficitaires qui en découlent qui peuvent justifier (le cas échéant) des baserates plus élevés (cf. TAF C-2255/2013 du 24 avril 2015 c. 3, 3.4 et 8.2; C-6392/2014 c. 3 et 9.2; décision du Conseil d'Etat zurichois [RRB 278/2013] du 13 mars 2013 p.18ss.), et non les mandats de prestations dans le domaine MHS. [\(6.2 TAF CHUR\)](#).

La structure tarifaire prévoit pour les prestations spécialisées et hautement spécialisées des costweights plus élevés, qui entraînent à leur tour des rémunérations plus hautes. Pour les prestations de l'hôpital cantonal dans le domaine MHS, on ne peut donc pas – contrairement à l'opinion défendue par l'instance inférieure – fixer un baserate plus élevé en général. Dans la mesure où l'instance inférieure prétend défendre le baserate plus élevé pour les prestations MHS par les costweights dans la structure tarifaire SwissDRG 1.0 (mauvaise évaluation cf. 6.1.2 ci-dessus), on constate qu'une intervention dans la structure tarifaire n'entre pas dans le domaine de compétence du Conseil d'Etat (cf. TAF 2013/36 c. 22.6). [\(6.2.1 TAF CHUR\)](#).

### Explications et références

#### Pts 1 et 2:

Les traitements ambulatoires et stationnaires sont des notions définies par le droit fédéral, qui doivent être comprises de la même façon dans toutes les dispositions de la loi où elles sont mentionnées. Pour cette raison, il est interdit aux partenaires tarifaires de définir de manière autonome ce qui est considéré comme une prestation ambulatoire ou stationnaire ([8.2 TAF RheinbAG](#)).

Le devoir de participation des cantons est régi de manière exhaustive dans la loi et ne peut pas être modifié par le biais de conventions tarifaires entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie. En particulier, il n'est pas possible d'introduire par voie conventionnelle une participation des cantons aux coûts des traitements excédant la part fixée par l'art. 49a al. 1 LAMal. Les dispositions des conventions tarifaires qui prévoient un financement dérogeant à l'art. 49a al. 1 LAMal ne sont par conséquent pas conformes à la loi. Pour cette raison, leur approbation doit être refusée. En vertu de ce qui précède, une entorse à l'art. 49a al. 1 LAMal devrait être approuvée si, en vertu de la disposition contestée de la convention tarifaire, le canton de domicile serait tenu de participer aux coûts des traitements ambulatoires ou à des rémunérations supplémentaires pour des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales qui ne remplissent pas les conditions de l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase LAMal ([8.2 TAF RheinbAG](#)).

#### Pt 3:

On remarquera que seuls les hôpitaux inscrits sur la liste hospitalière peuvent facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 al. 1, en relation avec art. 39 al. 1 let. e LAMal; TAF 132 V 6, c. 2.4.1) et ce uniquement dans le cadre des mandats de prestations qui ont été concédés (Eugster, Rechtsprechung, Art. 39 Rz 16). Un fournisseur de prestations agréé ne peut donc facturer à la charge de l'AOS que les prestations qui font partie de son admission. Pour les prestations hors admission, resp. les prestations dépassant le cadre de son admission, il doit être traité, sur le plan tarifaire, comme s'il n'était pas du tout admis comme fournisseur AOS agréé (cf. TAF 2009/23, c. 4.1.2). L'instance inférieure relève ainsi à bon droit que la Clinique Rheinburg peut facturer au titre de l'art. 49 al. 1 LAMal uniquement les prestations stationnaires qui sont comprises dans son mandat de prestations. Par conséquent, elle ne peut pas conclure de conventions tarifaires selon l'art. 46 LAMal pour les prestations hors mandat. Cela correspond au demeurant au ch. 1.2 de la convention tarifaire du 31 octobre 2012 selon lequel la présente convention s'applique uniquement aux personnes qui sont assurées dans le cadre de l'AOS (à l'exclusion du cadre des mandats de prestations cantonaux) et qui sont traitées en stationnaire dans la clinique ([9.2 TAF RheinbAG](#)).

... Si les prestations externes à l'hôpital ne font pas partie du mandat de prestations concédé à la clinique, cette dernière ne peut pas les facturer en application de l'art. 49 al. LAMal ([9.3 BVG RheinbAG](#)).

#### Pt 4:

A titre d'exception à la rémunération forfaitaire, les parties peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales peuvent être produites séparément sur la facture (art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase; cf. FF 2004 5232). Dans ce cas, le législateur a pensé avant tout à des prestations rares et particulièrement onéreuses, comme par exemple des mesures particulièrement complexes ou le recours à une technologie de pointe coûteuse. Les coûts de ces prestations supplémentaires peuvent donc être portés sur la facture uniquement si ces prestations ont été effectivement prodiguées. Il s'agit d'éviter avant tout que la solidarité inhérente à un système de forfaits ne soit sollicitée à l'excès (cf. FF 2004 5232 et 5578; FF 2001 693, 740ss; FF 1992 1176; Réponse du Conseil fédéral du 26 juin 2013 à l'interpellation «Financement durable de la pédiatrie» de la conseillère nationale Bea Heim du 17 avril 2013; Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2010, Art. 49 Rz. 22; ci-dessous Rechtsprechung)... ([8.1 TAF RheinbAG](#)).



Ce n'est que lorsqu'il est clair qu'une prestation prodiguée ou acquise à l'externe est comprise dans le mandat de prestations de la Clinique Rheinburg et qu'elle peut être ainsi facturée comme un élément du traitement stationnaire en vertu de l'art. 49 al. 1 LAMal que l'on peut se demander si cette prestation est comprise dans le forfait journalier ou si elle peut être facturée en sus comme rémunération pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales au sens de l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase. En principe, de telles prestations doivent être rémunérées par le forfait journalier (cf. aussi TAF 137 V 36, c. 4 rendu sous l'empire de l'ancien droit; Thomas Poledna, Gesundheitsrecht, in: La Pratique de l'avocat 2013, p. 1201). ce qui est prévu au chiffre 1.4 de l'annexe 5 de la convention tarifaire du 31 octobre 2012. Une tarification séparée selon l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase LAMal d'une prestation externe à l'hôpital (mais aussi interne) n'est donc permise que si cela peut être justifié par les coûts élevés et la rareté de cette prestation. Les dispositions du nouveau financement hospitalier n'y ont rien changé, d'autant plus que le passage en question relatif aux prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales a été repris mot pour mot dans la nouvelle loi (cf. art. 49 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase LAMal dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008) et que le Message sur la révision du financement hospitalier prévoit expressément que la possibilité prévue jusque là à l'art. 49 al. 2 LAMal d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants doit être maintenue (FF 2004 5235) ([9.4 TAF RheinbAG](#)).

**Pt 5:**

... L'obligation des cantons de participer, selon l'art. 49a al. 1 LAMal, aux «rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal» comprend non seulement les forfaits mais aussi les rémunérations supplémentaires pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales prévues à l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase. En revanche, le remboursement de prestations ambulatoires ne fait pas partie des «rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal». Pour cette raison, le canton de domicile n'est pas appelé à participer à leur financement (cf. Gross Hawk, a.a.O., p. 1226 Rz. 34.54) ([8.1 TAF RheinbAG](#)).

**Pts 6 et 7:**

... En revanche, si l'on est en présence d'un traitement devant être prodiguée en sus, découlant d'une autre affection relevant d'une spécialité différente et sans relation directe avec le traitement de réadaptation stationnaire, cette prestation n'est pas incluse dans le forfait journalier de la recourrante, pas plus qu'elle ne constitue une prestations diagnostique ou thérapeutique spéciale au sens de l'art. 49 al. 1, 4<sup>e</sup> phrase. Ainsi, elle ne peut pas être pas faire partie de la convention tarifaire entre la recourrante et la clinique. Il est certes tout à fait possible que, durant un séjour stationnaire à l'hôpital, un patient nécessite un traitement médical extérieur à l'établissement en raison d'une autre affection (cf. Eugster, Rechtsprechung, Art. 25 Rz. 5; Wilhelm, a.a.O., p. 483 Rz 14.32, avec référence à chaque fois à l'arrêt TAF 120 V 196 rendu sous l'empire de l'ancien droit) mais cela n'a pas d'influence sur la rémunération des prestations conformément à l'approbation du tarif soumis présentement à la cour. Ainsi, contrairement à l'annexe 5, ch. 3.2 de la convention tarifaire, il n'est pas déterminant pour la gestion tarifaire d'une prestation qu'elle soit prodiguée par l'hôpital lui-même ou par un autre fournisseur, ce que souligne aussi le TAF. Lorsque les prestations exernes à l'hôpital ne font pas partie du mandat qu'il lui a été confié, l'institution ne peut pas facturer ces prestations en application de l'art. 49 al. 1 LAMal ([9.3 BVG RheinbAG](#)).



## Chapitre 11: Financement des soins

### Explications et références

#### Pt 1 et 2:

Les cantons disposent d'une large marge de manœuvre dans l'organisation concrète du financement des coûts résiduels. Ainsi, l'art. 25a al. 5 LAMal n'exclut pas, par exemple, une tarification forfaitaire couvrant les coûts globaux. De nombreux cantons, dont Saint-Gall, ont fixé un plafond pour les contributions publiques aux coûts des soins (nommé souvent «coûts normatifs» ou «déficit normatif»). Celui-ci doit inciter les EMS à se gérer de manière économique et à limiter les coûts des soins (7.2 TF AGK SG).

Les cantons ont donc le droit, en principe, de remplir leurs obligations de financement résiduel en fixant des tarifs forfaitaires – dans le cas présent sous forme de contributions maximales. Les coûts supérieurs à ces montants (coûts résiduels non couverts) ne peuvent pas être reportés sur l'AOS ou sur l'assuré en raison de la limitation de la contribution maximale prévue à l'art. 25a LAMal. (7.4.1 TF AGK SG).

Il est du devoir des cantons de garantir le respect des dispositions correspondantes (comptabilité analytique et saisie des prestations selon l'OCP, répartition des coûts entre les soins, l'assistance et la pension selon la durée), le cas échéant par le biais de prescriptions tarifaires ou – dans le cadre de leur obligation de surveillance – d'intervenir le cas échéant et de mettre en place les mesures nécessaires. A titre de sanction ultime, la radiation d'une institution de la liste des EMS dressée sur la base de l'art. 39 LAMal peut être envisagée. S'ils ne le font pas, les pouvoirs publics doivent prendre en charge les coûts résiduels qui en résultent. (7.4.3 TF AGK SG)

L'obligation des pouvoirs publics de financer intégralement les coûts résiduels découle sans ambiguïté des débats parlementaires (BO E du 25 septembre 2007 [Forster-Vannini, rapportrice de la commission: «...que les coûts résiduels, soit les coûts résiduels internes au canton, doivent être réglementés par les cantons en compétence propre. [...] Il doit rester de la compétence des cantons de déterminer comment ils veulent s'acquitter des coûts résiduels»]; voir aussi BO N du 4 décembre 2007, p. 1779 [Humbel, rapportrice de la commission], 1785 [Schenker, Ruey]). (7.4.3.1 TF AGK SG)

Le rapport explicatif du canton du 6 décembre 2010 permet de conclure que le canton n'a pas davantage exploré les raisons pour lesquelles les coûts calculés par point BESA présentent de telles différences selon les EMS. Il s'est plutôt contenté de prendre note du statu quo et est parti du principe qu'à moyen terme les institutions présentant les structures les plus onéreuses seront en mesure d'abaisser leurs coûts grâce à des gains d'efficacité. Cela impliquait – comme l'OFSP le remarque non sans pertinence – que 25% des EMS reconnus ne disposeraient pas d'un financement suffisant, à court terme du moins. Le canton acceptait ainsi – et accepte toujours – que les institutions concernées obtiennent, durant une certaine période, le financement insuffisant auprès de leurs résidents par le biais de taxes d'assistance et de pension exagérées. (7.4.4 TF AGK SG)

En résumé, les cantons ont le droit de remplir leur obligation de garantir le financement résiduel des coûts des soins en instituant des contributions maximales. Si, dans certains cas, celles-ci ne couvrent pas les coûts, elles ne sont pas compatibles avec la réglementation de l'art. 25a al. 5 2<sup>e</sup> phrase LAMal. (7.4.3 TF AGK SG)

#### Pt 3 et 4:

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'assurance obligatoire des soins (AOS), d'une part, fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (art. 25a al. 1 LAMal). D'autre part, les pouvoirs publics et les assurés doivent aussi contribuer au financement des soins. Cependant, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (art. 25a al. 5 1<sup>ère</sup> phrase LAMal). Les cantons règlent le financement résiduel. (3.1 TF AGK SG).

L'art. 9 al. 2 OPAS précise ensuite que les prestations doivent être facturées selon le besoin en soins requis. Ce principe n'est pas seulement valable pour les factures à la charge de l'AOS mais aussi pour celles adressées aux cantons, resp. aux communes, pour le financement résiduel. L'économicité des prestations est ainsi garantie (6.2 TF AGK SG).

Les institutions de soins sont tenues de tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon l'OCP (RS 832.104; cf. art. 9, 11, 12, 14, 15 OCP). Une saisie des durées doit être effectuée dans le cadre de la comptabilité analytique, de manière à ce que les coûts d'assistance et de pension puissent être déduits et les coûts des soins à la charge de l'AOS puissent être déterminés. Les coûts présentés ainsi de manière transparente pour les pures prestations de soins servent de base pour le financement résiduel par les cantons, respectivement par les communes. (6.2 TF AGK SG).

## 13 BIBLIOGRAPHIE

Référence	Source
LUKS	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 7 avril 2014, in «Fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) et Kantonspital Luzern / Conseil d'Etat du canton de Lucerne ((C-1698/2013, en allemand uniquement)
WAID/TRIEMLI	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 11 septembre 2014, in «Fixation dès 2012 du tarif dans le domaine hospitalier des soins aigus Waid / Triemli» entre Ville de Zurich et tarifsuisse SA (représentante) / Helsana Assurances SA / Assura Basis SA / Supra Caisse maladie et Conseil d'Etat du canton de Zurich (appelé en cause) (C-2283/2013, C-3617/2013, en allemand uniquement)
HIAG	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 29 octobre 2014 in «LAMal, refus d'approbation d'une convention tarifaire et fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre Hirslanden Klinik Aarau AG et Conseil d'Etat du canton d'Argovie / Helsana Assurances SA, Sanitas Assurance de base SA, CPT Assurance maladie SA (C-4460/2013, en allemand uniquement)
ASAAG	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 19 janvier 2015 in «LAMal, refus d'approbation d'une convention tarifaire et fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre Groupe Asana SA et Conseil d'Etat du canton d'Argovie (C-4196/2013, en allemand uniquement)
ANLU	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 26 janvier 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) / CSS Assurance maladie SA et Klinik St. Anna AG / Conseil d'Etat du canton de Lucerne (C-3497/2013, en allemand uniquement)
GL	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 29 janvier 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) et Kantonspital Glarus AG / Conseil d'Etat du canton de Glaris (C-3425/2013, en allemand uniquement)
BAZH	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 26 février 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) et clinique universitaire Balgrist (C-6391/2014, en allemand uniquement)
BL	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 26 mars 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) et Kantonspital Baselland / Conseil d'Etat du canton de Bâle-campagne (C-4223/2013, en allemand uniquement)
SPZ	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 20 avril 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre tarifsuisse SA (représentante) et SPZ Nottwil / Conseil d'Etat du canton de Lucerne (C-3454/2013, en allemand uniquement)
Baden	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 20 avril 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre Assurance-maladie CSS SA / tarifsuisse SA (représentante de 44 parties-prenantes) et Kantonspital Baden / Conseil d'Etat du canton d'Argovie (C-4264/2013, en allemand uniquement)

Aarau	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 20 avril 2015 in «Fixation du tarif des traitements hospitaliers» entre Assurance-maladie CSS SA / tarifsuisse SA (représentante de 44 parties-prenantes) et Kantonspital Aarau / Conseil d'Etat du canton d'Argovie (C-4310/2013, en allemand uniquement)
USZ	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 24 avril 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers somatiques aigus à partir de 2012» entre tarifsuisse SA (représentante de 44 parties-prenantes) et hôpital universitaire Zürich / Conseil d'Etat du canton de Zürich (C-2255/2013, C-3621/2013)
KISPIZH	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 27 avril 2015 in «LAMal, fixation du tarif des traitements hospitaliers somatiques aigus à partir de 2012» entre tarifsuisse SA (représentante de 44 parties-prenantes) et Hôpital universitaire de l'enfance Zürich – fondation Eléonore / Conseil d'Etat du canton de Zürich (C-6392/2014)
UPK Basel	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 5 mai 2015 in «Assurance-maladie, forfaits journaliers pour les prestations stationnaires dans le domaine de la psychiatrie des adultes» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Cliniques universitaires psychiatriques (UPK) Bâle / CE Bâle-Ville (C 1632/2013)
PSY BL	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 24 août 2015 in «Assurance-maladie, fixation de forfaits journaliers pour les prestations stationnaires et les hôpitaux de jour» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Psychiatrie Bâle-Campagne / CE Bâle-Campagne (C-3133/2013)
UKBB	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 25 août 2015 in «Assurance-malade, fixation des baserates dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2012» entre Tarifsuisse SA (représentante), CE Bâle-Ville et Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâles (C-3846/2013)
CHUR	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 31 août 2015 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dès 2012» entre Tarifsuisse SA (représentante) et BSH GR (C-5749/2013)
GutGR	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 31 août 2015 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dès 2012» entre Tarifsuisse SA (représentante), CE Grisons et Clinique Gut St-Moritz SA GR (C-5849/2013)
ADUS	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 4 septembre 2015 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dès 2012 dans le secteur stationnaire des soins aigus» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Adus Medica AG, (C-2267/2013, C-3614/2013)
VZK	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 11 septembre 2015 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dès 2012 dans le secteur stationnaire des soins aigus» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Verband Zürcher Krankenhäuser VZK (représentante), (C-2277/2013, C-3616/2013)
WSS	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 11 septembre 2015 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dès 2012 dans le secteur stationnaire des soins aigus» entre Wilhelm Schulthess-Stiftung et Tarifsuisse SA (représentante), (C-2214/2013, C-3613/2013)
ME ISEL	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 23 septembre 2015 entre Tarifsuisse SA (représentante) et Merian-Iselin Stiftung et CE Canton BS (C-3803/2013, C-3812/2013)

Ost KISPI	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 7 octobre 2015 in «TARMED, valeur du point pour les rémunérations des assureurs sociaux pour les prestations médicales ambulatoires à l'Ostschweizer Kinderspital» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Stiftung Ostschweizer Kinderspital, (C-2997/2012)
BethAG	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 19 octobre 2015 in «Assurance-maladie, fixation des forfaits journaliers pour la réadaptation musculo-squelettique stationnaire en 2012 en division commune» entre Helsana Assurances SA et Bethesda Spital AG, CE Canton BS (C-2141/2013)
FPS	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 20 octobre 2015 in «Assurance-maladie, fixation des forfaits journaliers pour la réadaptation stationnaire en 2012 en division commune» entre Helsana Assurances SA et Felix Platter-Spital (FPS), CE Canton BS, (C-2142/2013)
BarmAGpulm	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 11 novembre 2015 in «Assurance-maladie, fixation des forfaits journaliers pour la réadaptation pulmonaire» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Klinik Barmelweid AG, CE Canton AG (C-4334/2013)
BarmAGKard	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 12 novembre 2015 in «Assurance-maladie, fixation des forfaits journaliers pour la réadaptation cardio-vasculaire» entre Helsana Assurances SA et Klinik Barmelweid AG, CE Canton AG (C-4479/2013)
RheinbAG	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 15 janvier 2016 in «Assurance-maladie, convention tarifaire pour la réadaptation dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2012» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Rheinburg Klinik AG, CE Canton AR (C-354/2014)
SUSEN	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 25 janvier 2016 in «Assurance-maladie, fixation du tarif pour la réadaptation stationnaire dès 2012» entre Stiftung Klinik Susenberg et Tarifsuisse SA (représentante), CE Canton ZH (C-2617/2014)
KSSG	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 29 janvier 2016 in «Assurance-maladie, fixation du tarif dans le secteur stationnaire des soins aigus» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Kantonsspital St. Gallen, CE Canton SG (C-2350/2014)
OstKISPI II	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 14 mars 2016 in «Assurance-maladie, fixation de la valeur du cas de base DRG pour l'année 2012» entre Tarifsuisse SA (représentante) et Stiftung Ostschweizer Kinderspital, CE Canton SG (C-3717/2014)
WALD	Jugement du Tribunal administratif fédéral du 31 mars 2016 in «Assurance-maladie, fixation du tarif pour la réadaptation neurologique stationnaire dès 2012» entre Zürcher Höhenklinik Wald et Helsana Assurances SA (représentante), CE Canton ZH (C-2664/2014)
KVG	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (état au 1 <sup>er</sup> janvier 2015)
VKL	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les EMS (OCP) du 3 juillet 2002, RS 832.104.
KVV	Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995 (état au 1 <sup>er</sup> mars 2014)
CDS – examen d'économicité, 2012	Recommandations sur l'examen de l'économicité tarifs hospitaliers du 12 juillet 2012, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1</a>
CDS – examen d'économicité, 2015	Recommandations sur l'examen de l'économicité tarifs hospitaliers actuelle du 25 juin 2015, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1</a>
CDS – examen d'économicité, 2018	Recommandations sur l'examen de l'économicité tarifs hospitaliers actuelle du 1 <sup>er</sup> mars 2018, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=1</a>

GDK – financement formation postgraduée	Recommandations visant à garantir le financement et la qualité de la formation postgrade des médecins, Modèle „PEP“, GDK, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=883&amp;L=1">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=883&amp;L=1</a>
---	---

## 14 Contact

Pascal Besson, [pascal.besson@hplus.ch](mailto:pascal.besson@hplus.ch)