

**Effets de la révision de la LAMal
concernant le financement hospitalier
sur le comportement des hôpitaux –
premier bilan et étude de concept**

Executive Summary

Sur mandat de l'Office fédéral
de la santé publique (OFSP)

Auteur/s:

Wolfram Kägi

Miriam Frey

Michael Lobsiger

Accompagnement externe:

Stephan Burla

Tobias Pfinninger

Bâle, le 18 août 2014

Numéro de contrat : 13.007501

Durée du projet : octobre 2013 – août 2014

Période de relevé des données : mars 2014 – mai 2014

Direction du projet d'évaluation à l'OFSP : Christian Vogt, co-responsable évaluation de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, Section Tarifs et fournisseurs de prestations

Méta-évaluation : L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un rédacteur externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.

Le projet du rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation par l'OFSP et le groupe d'accompagnement. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les normes de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Les résultats de la méta-évaluation ont été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.

Commande : Service Evaluation et recherche (E+F), Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne, evaluation@bag.admin.ch,
www.bag.admin.ch/
EvalFinancementhospitalier

Traduction : traduit de l'allemand par Nabila Belmehdi

Adresse de correspondance : B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Steinenberg 5, CH-4051 Basel, Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: contact@bss-basel.ch

Abstract

Le nouveau financement hospitalier entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012 s'inscrit dans la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La présente étude tente de savoir si la révision de la LAMal accroît la concurrence entre les hôpitaux et par conséquent, si elle a entraîné dans son sillage des ajustements structurels et procéduraux au sein des hôpitaux. Segmentée en dix hypothèses sur les effets de la révision, la première partie de l'étude présente un premier bilan. La méthode employée repose sur des interviews de spécialistes et une analyse documentaire ainsi que l'examen des premiers chiffres et études disponibles. On peut ainsi constater que des ajustements structurels et procéduraux ont commencé avec, notamment, une tendance plus marquée au transfert (partiel) des prestations vers le secteur ambulatoire et une adaptation de la durée du séjour hospitalier selon certains traitements et groupes de patients en fonction des incitations liées au système. La concurrence entre les hôpitaux a également augmenté, mais le potentiel du nouveau financement hospitalier n'est pas encore entièrement réalisé. Le second volet de l'étude identifie cinq propositions pour la deuxième étape de l'évaluation, sur la base du bilan cité plus haut.

Mots clés

Révision LAMal, financement, hôpitaux, SwissDRG, concurrence, évaluation, Office fédéral de la santé publique

KVG-Revision, Finanzierung, Spitäler, SwissDRG, Wettbewerb, Evaluation, Bundesamt für Gesundheit

Reform of the Swiss Federal Health Insurance Act (KVG/LAMal), financing, hospitals, SwissDRG, competition, evaluation, Federal Office of Public Health

Executive Summary

Situation initiale et objectif

Le nouveau financement hospitalier en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 s'inscrit dans la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin d'étudier les effets de cette révision, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) réalise une évaluation dans six domaines thématiques. La présente étude relève du domaine thématique «Comportement des hôpitaux». Elle examine si la révision de la LAMal accentue la concurrence entre établissements hospitaliers, avec, à la clé, des mutations structurelles et procédurales. L'étude comporte deux volets: le premier dresse un bilan des changements de comportement des hôpitaux, permettant dans un deuxième temps d'identifier le besoin de recherche.

Méthodologie

Le concept directeur de la présente étude opérationnalise les changements de comportement possibles en formulant dix hypothèses. Celles-ci reposent sur la théorie économique de la santé et une synthèse bibliographique internationale. L'impact concret des effets supposés de la révision dans la pratique est analysé par le biais de 25 entretiens avec des spécialistes, une analyse documentaire de 20 hôpitaux et l'exploitation des premières données/études disponibles à ce jour.

Résultats du bilan

Hypothèse 1: les processus sont ajustés.

Au regard de la pression accrue sur les coûts, divers projets ont été lancés afin d'améliorer les processus et les déroulements hospitaliers. Le système de rémunération DRG augmente la transparence au sein des hôpitaux et forme ainsi la base des optimisations procédurales. L'inconvénient, c'est que le travail administratif induit a également augmenté. → L'hypothèse 1 est étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 2: le nombre de cas augmente.

Du point de vue théorique, le système de rémunération DRG, en tant que maillon du nouveau financement hospitalier, favorise l'accroissement du volume de prestations et le cloisonnement des cas. Or, dans la pratique, durant l'année qui a suivi l'instauration du système SwissDRG, aucun effet général n'a été constaté sur le nombre de cas. Nous pensons néanmoins que la période d'analyse est trop courte pour permettre des opinions fondées. → L'hypothèse 2 ne peut pas être évaluée avec l'analyse effectuée.

Hypothèse 3: les prestations sont transférées.

On suppose qu'une des conséquences de l'introduction du système DRG entraîne un transfert des prestations vers le secteur ambulatoire. De tels transferts peuvent être aussi bien partiels (c'est-à-dire une délocalisation partielle du traitement en ambulatoire) que complets (transfert intégral du traitement dans le secteur ambulatoire). Les transferts *partiels* de prestations sont confirmés par les entretiens avec des spécialistes de même qu'une analyse récente. Par contre, un transfert *complet* des prestations suite au nouveau financement hospitalier est démenti par les spécialistes. D'après eux, des transferts de prestations sont même observés au sein du secteur stationnaire. Les assureurs jouent un rôle non négligeable dans ce phénomène: contrairement aux hôpitaux, ils ont un intérêt financier à ce que le transfert dans des institutions en aval ait lieu le plus tard possible. → L'hypothèse 3 est en partie étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 4: la durée du séjour hospitalier baisse.

La diminution de la durée d'hospitalisation est une tendance générale que l'on constate à mesure que la médecine fait des progrès. D'une manière générale, SwissDRG n'a entraîné aucune intensification de cette évolution durant la première année suivant son introduction. Cependant, il convient de relativiser cette constatation pour certains traitements et groupes de patients. En effet, les premières analyses de données ainsi que les déclarations des spécialistes révèlent un recul relativement important de la durée du séjour en cas d'accouchement, alors que la durée des hospitalisations courtes a tendance à grimper. → L'hypothèse 4 est en partie étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 5: l'indice case mix augmente.

L'indice dit du «case mix» (ICM) permet de mesurer le degré de gravité des cas d'hospitalisation dans le cadre du système DRG. Or, ce système de rémunération peut entraîner un codage systématique des DRG avec des poids relatifs de coûts trop élevés. Notre analyse montre toutefois qu'un tel «upcoding» n'a pas lieu actuellement en Suisse. L'ICM des hôpitaux analysés dans l'étude présente néanmoins une légère hausse entre 2011 et 2012. Celle-ci s'explique notamment par l'amélioration du codage et différentes versions du système DRG en vigueur. → L'hypothèse 5 en matière d'«upcoding» n'est pas étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 6: une sélection des patients a lieu.

Du point de vue financier, le système DRG incite les hôpitaux à sélectionner les patients dont les coûts prévisionnels sont inférieurs à la rémunération. Les spécialistes interrogés ont indiqué qu'une sélection des patients a lieu, jugée de manière différente selon les spécialistes. Une «sélection» peut en effet également être considérée comme une spécialisation souhaitée par l'hôpital en question. Les indices montrent que les patients chroniquement malades et les patients multimorbides sont particulièrement touchés par ce processus sélectif. → L'hypothèse 6 est étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 7: les cas complexes ne sont pas couverts.

La répartition entre hôpitaux des cas particulièrement complexes ou coûteux est déséquilibrée. Etant donné que le système DRG n'est pas assez différencié pour refléter de tels cas, le risque existe que ces derniers génèrent des déficits et ne soient par conséquent pas assez couverts. Toutefois, la problématique est désamorcée par les tarifs de base, qui varient d'un établissement à l'autre. Par conséquent, les experts estiment qu'il n'y a actuellement aucune carence de la couverture médicale. → L'hypothèse 7 n'est pas étayée par l'analyse effectuée.

Hypothèse 8: les hôpitaux se spécialisent et collaborent.

Théoriquement, on peut supposer que les hôpitaux du système DRG se spécialisent dans leurs points forts et s'engagent dans des collaborations. Mais les répercussions du nouveau financement hospitalier sur les spécialisations et les coopérations sont encore difficiles à évaluer. La majorité des représentants d'établissements interrogés pense que l'hétérogénéité entre hôpitaux est importante dans ce domaine et que l'évolution en est encore à ses balbutiements. → L'hypothèse 8 ne peut pas être évaluée avec l'analyse effectuée.

Hypothèse 9: la politique d'investissement change.

Les hôpitaux perçoivent dorénavant une rémunération pour leurs coûts d'investissement dans le cadre des forfaits par cas DRG. Il est probable que le comportement en matière d'investissement change (surtout celui des hôpitaux publics) en raison du nouveau financement et d'une autonomie parfois accrue. Mais il est encore difficile d'estimer les effets du nouveau financement hospitalier sur la politique d'investissement. Il est néanmoins indéniable que les cantons investissent de manière très différente (mais aussi dans d'autres domaines). → L'hypothèse 9 ne peut pas être évaluée avec l'analyse effectuée.

Hypothèse 10: les efforts de qualité augmentent.

Le mouvement des flux de patients entre les différents hôpitaux et par conséquent d'un canton à l'autre sont révélateurs d'une concurrence (qualitative) accrue. Une réalité confirmée par les spécialistes qui font état d'une prise de conscience des hôpitaux face au paysage concurrentiel. Mais cela ne signifie pas pour autant une amélioration concomitante de la qualité. De plus, certains experts soulignent que d'importantes asymétries de l'information subsistent entre hôpitaux et patients, ce qui freine la concurrence qualitative. → L'hypothèse 10 est étayée en partie par l'analyse effectuée.

Il convient de noter que l'interprétation des résultats se traduit par un bilan qui ne peut être qu'intermédiaire. En effet, le nouveau financement hospitalier n'est entré en vigueur qu'en 2012. Les données disponibles ne concernent parfois que l'année ayant suivi l'instauration du système et les développements n'en sont qu'à leur début. Par ailleurs, des tarifs provisoires (pour la rémunération des traitements) sont appliqués dans de nombreux hôpitaux et entraînent donc des incertitudes susceptibles de retarder les effets du nouveau financement hospitalier. Des constatations fondées nécessiteraient une période d'analyse prolongée et c'est pourquoi la présente étude formule également des propositions d'analyse, outre le bilan présenté ici.

Identification du besoin de recherche

La nécessité actuelle de recherches concernant l'impact du nouveau financement hospitalier sur les ajustements structureux et procéduraux a été identifiée en interrogeant des spécialistes. Nous avons classé les thèmes de recherche cités en fonction de différents critères (pertinence en terme d'approvisionnement, pertinence économique, gain de connaissances, faisabilité) afin de formuler cinq propositions d'études concrètes.¹

Proposition d'étude 1: évolution du volume de prestations

- Question à l'étude: le nouveau financement hospitalier entraîne-t-il une augmentation du volume de prestations (demande induite par l'offre)?

¹ Les spécialistes ont cité plusieurs fois une autre proposition d'étude, à savoir l'analyse du comportement des cantons. Même si nous pensons que cette thématique présente une pertinence déterminante pour les effets du financement hospitalier, nous renonçons à formuler concrètement une proposition d'étude dans ce sens étant donné que l'étude existe déjà. A notre avis, cette thématique est une question plus politique que scientifique.

- Méthode: analyse différenciée de l'évolution du volume des prestations en fonction des procédures ou des DRG, interprétation conjointe des chiffres avec des experts
- Méthodologie analytique: analyse statistique descriptive et analyse de régression, entretiens avec des experts
- Coût: Fr. 60 000 – 80 000 (en fonction de l'approfondissement souhaité)

Proposition d'étude 2: transfert des prestations stationnaire - ambulatoire

- Question à l'étude: le nouveau financement hospitalier entraîne-t-il un transfert généralisé de certaines prestations dans le domaine ambulatoire?
- Méthode: analyse de l'évolution de certaines positions TARMED
- Méthodologie analytique: analyse statistique descriptive/ analyse de régression pour les données individuelles
- Coût: Fr. 30 000 – 180 000 (en fonction de l'analyse des données individuelles)

Proposition d'étude 3: pratique des transferts

- Question à l'étude: le nouveau financement hospitalier entraîne-t-il des transferts plus fréquents entre hôpitaux de soins aigus? Quels groupes de patients et quels types d'hôpitaux sont particulièrement concernés?
- Méthode: analyse du volume de transferts par DRG et par type d'hôpital / analyse de la date du transfert et de la durée du séjour hospitalier des patients transférés
- Méthodologie analytique: analyse statistique descriptive et analyse de régression
- Coût: Fr. 80 000 – 150 000 (en fonction de l'approfondissement souhaité)

Proposition d'étude 4: durée du séjour hospitalier

- Question à l'étude: comment évolue la durée de l'hospitalisation en fonction des procédures et des DRG? Comment évoluent le nombre et le pourcentage des hospitalisations de courte durée? Quelles en sont les répercussions financières?
- Méthode: analyse de la durée du séjour hospitalier en fonction des procédures et des DRG, différenciée en public/privé, analyse du pourcentage des hospitalisations de courte durée
- Méthodologie analytique: analyse statistique descriptive et analyse de régression, répercussions financières: cas de figure
- Coût: Fr. 80 000 – 120 000 (en fonction de l'approfondissement souhaité)

Proposition d'étude 5: satisfaction des patients

- Question à l'étude: quel est l'impact du nouveau financement hospitalier sur la satisfaction des patients de chaque groupe? Comment ces effets peuvent-ils être enregistrés de manière constante (monitoring)?
- Méthode: étude de faisabilité pour généraliser l'enquête nationale parmi les patients
- Coût: environ Fr. 20 000

Conclusion

La présente analyse révèle que les hôpitaux réagissent aux nouvelles incitations du système et qu'un ajustement des structures et des processus débute. La concurrence entre hôpitaux a également augmenté. Toutefois, nous estimons que le potentiel du nouveau financement hospitalier n'est pas encore entièrement exploité en raison notamment du comportement des cantons, qui freine parfois cette concurrence. De plus, les asymétries de l'information entre les hôpitaux et les patients jouent également un rôle dans ce frein à la compétition.

Il convient maintenant d'examiner ce bilan intermédiaire dans une perspective à long terme. Nous formulons cinq propositions d'étude qui approfondissent des indicateurs essentiels tels que l'évolution des volumes, transferts de prestations, pratiques de transfert des patients, durée de l'hospitalisation ainsi que satisfaction des patients. Si l'approche en termes d'économie d'entreprise a augmenté et si la concurrence s'accroît, cela se reflètera dans le comportement des hôpitaux par le biais de ces indicateurs.