



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

# **Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires**

Etude principale  
1<sup>re</sup> étape  
2008–2012

## EXECUTIVE SUMMARY

Dimitri Kohler, Marcel Widmer,  
*Observatoire suisse de la santé (Obsan)*  
France Weaver, *Université de Genève,*  
*Département des sciences économiques*

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

Mars 2015

<b>Numéro de contrat:</b>	13.005155
<b>Durée du projet:</b>	Juillet 2013–Novembre 2014
<b>Période de relevé des données:</b>	Janvier 2008–Décembre 2012
<b>Direction du projet à l'OFSP:</b>	Gabriele Wiedenmayer, Service Evaluation et recherche (E+F)
<b>Groupe d'accompagnement:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Pascal Besson, H+ Les Hôpitaux de Suisse</li><li>– Andrea Bumbacher, tarifsuisse sa (représentante de santésuisse)</li><li>– Petra Busch, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)</li><li>– Kathrin Huber, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)</li><li>– Margrit Kessler, Organisation suisse des patients (OSP)</li><li>– Esther Kraft, Fédération des médecins suisses (FMH)</li><li>– Pierre Theraulaz, Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI)</li><li>– Erika Ziltener, Fédération suisse des patients (DVSP)</li></ul>
<b>Méta-évaluation:</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Source:</b>	Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1 <sup>re</sup> étape, 2008–2012. (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
<b>Commande:</b>	Service Evaluation et recherche (E+F) Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne e-mail: <a href="mailto:evaluation@bag.admin.ch">evaluation@bag.admin.ch</a> <a href="http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung">www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung</a> <a href="http://www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier">www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier</a>
<b>Adresse de correspondance:</b>	Observatoire suisse de la santé Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel

# Résumé

## Abstract

La présente étude analyse l'impact de la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité des prestations de soins stationnaires. Elle s'intéresse également aux effets que cette révision a pu avoir sur l'évolution des modes de prise en charge. Il s'agit ici d'une première étape qui a pour objectif d'analyser les effets du nouveau financement hospitalier une année après son entrée en vigueur.

Pour les besoins de l'analyse, des indicateurs pouvant refléter la qualité des soins ont été définis tels que la durée de séjour, les réhospitalisations, les taux de mortalité et l'évolution du personnel. L'évolution des interfaces des soins aigus vers les autres modes de prise en charge sont également approfondis dans ce rapport. Les analyses s'appuient notamment sur la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS ainsi que sur une exploitation des données de tarifsuisse sa décrivant les modes de facturation des hôpitaux. Les résultats sont présentés sous forme d'analyses descriptives et multivariées.

A ce stade, les résultats ne permettent pas de conclure que le nouveau système de financement hospitalier a eu une influence sur la qualité des prestations de soins. Bien que des différences au niveau de certains indicateurs aient pu être identifiées suite à la mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier le 01.01.2012, le recul temporel est encore trop limité pour permettre une généralisation des résultats.

## Mots clés/Schlüsselwörter/Keywords

Hôpitaux, Révision LAMal, financement hospitalier, qualité des soins → Spitäler, KVG-Revision, Spitalfinanzierung, Qualität → Hospitals, Reform of the Swiss Federal Health Insurance Act (KVG/LAMal), hospital financing, health care quality

## Introduction

Le Conseil fédéral a approuvé en 2011 la réalisation d'une évaluation des effets de la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier. Plusieurs analyses scientifiques seront réalisées sur différents sujets entre 2012 et 2018. Ces analyses traiteront, entre autres, de l'influence de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement, la qualité des prestations, l'évolution du paysage hospitalier et la pratique dans les hôpitaux. Un premier rapport intermédiaire sera publié en 2015, soit à mi-parcours; ce sera alors l'occasion de réexaminer les besoins en informations et les possibilités de mise en œuvre pour la 2<sup>e</sup> étape de l'évaluation, de 2016 à 2018.

Dans le cadre de cette évaluation, l'Obsan a ainsi reçu le mandat d'analyser les effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires et sur la prise en charge post-hospitalière. La présente étude constitue une première étape et présente une analyse des effets observés pendant la première année ayant suivi la mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

L'étude partielle décrite ici doit fournir des réponses aux questions suivantes:

- a) Comment la qualité des prestations hospitalières stationnaires dans le domaine des soins aigus a-t-elle évolué et quels liens de causalité peut-on identifier, entre la mise en œuvre des mesures découlant de la révision de la LAMal et la qualité des prestations hospitalières?
- b) Quels sont les effets des mesures découlant de la révision de la LAMal sur les étapes de la prise en charge (interfaces) dans le domaine stationnaire (soins aigus, psychiatrie, réadaptation) et entre le domaine stationnaire et les domaines en aval (p.ex. établissements médico-sociaux, services d'aide et de soins à domicile, soins médicaux ambulatoires)?

## Methodologie et procédure

Pour répondre à ces questions, les auteurs de cette étude ont analysé des indicateurs de mesure de la qualité déjà utilisés antérieurement. Ces indicateurs doivent être disponibles pendant plusieurs années et fournir des informations significatives. En plus d'être comparables dans le temps, ils devraient également permettre de déterminer si l'hôpital considéré facturait déjà ses prestations selon les forfaits par cas avant 2012, soit avant la mise en oeuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

L'analyse porte sur les indicateurs suivants:

- durée de séjour
- taux de réhospitalisation dans les 18 ou 30 jours suivant la sortie
- taux de mortalité dans l'ensemble, en cas d'infarctus, en cas d'insuffisance cardiaque comme diagnostic principal, après un accident vasculaire cérébral
- nombre de cas par groupe de prestations selon la planification hospitalière
- dotation en personnel
- skill/grade mix du personnel
- interfaces avec la prise en charge post-hospitalière

L'analyse est plus ou moins approfondie, selon l'indicateur: les indicateurs qui décrivent la qualité des résultats obtenus pour un patient font l'objet d'une analyse multivariée différenciée. Il s'agit généralement d'une étude comparative «avant-après» qui prend en compte le type de facturation utilisé par l'hôpital avant 2012. Les indicateurs qui décrivent la qualité de la structure au niveau de l'hôpital (indicateurs du personnel) ainsi que les interfaces avec la prise en charge post-hospitalière font d'objet d'une analyse descriptive. Les résultats sont accompagnés de tests de significativité statistique (seuil de significativité fixé à 5%) et les effets des différents modèles ainsi que leur portée sont décrits dans la discussion. Les analyses se basent principalement sur les données de la statistique des hôpitaux et de la statistique médicale des hôpitaux ainsi que sur les résultats d'une enquête de tarifsuisse sa concernant le système de facturation des hôpitaux avant 2012. La période d'analyse s'étend de 2008 à 2012, mais les données sur les indicateurs du personnel ne sont disponibles qu'à partir de 2010. Les données sont appariées à l'aide du numéro d'entreprise des hôpitaux. Le parcours des patients est

en outre retracé à l'aide du code de liaison anonyme pour les indicateurs des réhospitalisations et des interfaces. Ces appariements sont effectués dans le respect des directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS) relatives à l'appariement des données. L'OFS a approuvé une proposition allant dans ce sens.

L'étude partielle porte en tout sur quelque 5 millions de cas observés dans 170 hôpitaux de soins somatiques aigus de 2008 à fin 2012. Ainsi, les analyses liées aux indicateurs de qualité se limitent aux prises en charge dans le domaine des soins somatiques aigus, les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation ne font pas l'objet d'une analyse approfondie.

## Résultats et discussion

Les résultats montrent que la durée de séjour n'a cessé de se raccourcir ces dernières années dans le domaine des soins somatiques aigus. Aucun effet n'a toutefois été observé sur la durée de séjour à l'hôpital en lien avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. La probabilité pour les patients d'être réhospitalisés dans les 18 ou 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital est par contre plus élevée depuis 2012 dans les établissements qui utilisaient déjà les forfaits par cas pour leur facturation avant la révision. L'effet de cette dernière est observable tant dans les 18 jours que dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. L'hypothèse selon laquelle l'effet de la révision ne s'observe pour les réhospitalisations qu'après un délai de plus de 18 jours, un cas pouvant faire l'objet d'une nouvelle facturation à partir de ce moment, s'en trouve infirmée.

Les taux de mortalité étaient tendanciellement à la baisse pendant la période considérée (2008–2012). La mise en oeuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a apparemment pas eu d'effet sur la mortalité hospitalière, mais elle a eu un effet significatif sur le taux de mortalité pour l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque, le risque de mourir d'un tel infarctus ayant légèrement diminué celui de mourir d'une insuffisance cardiaque légèrement augmenté.

Le nombre de cas par groupe de prestations dans les hôpitaux n'a pas changé proportionnellement pendant les trois dernières années considérées, à l'exception de légères variations. Ces légères variations peuvent être dues à la pratique de codage ou à des phénomènes naturels (par ex. épidémies de grippe).

Les auteurs de l'étude ont par ailleurs analysé si la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a eu des effets sur le personnel des hôpitaux. La dotation en personnel a légèrement augmenté, la hausse correspondant à celle du recours aux prestations (compte tenu de la nouvelle définition des cas et donc du regroupement à partir de 2012 des cas de patients réhospitalisés dans les 18 jours suivant leur sortie de l'hôpital). Aucun changement n'a été observé non plus en ce qui concerne le skill/grade mix, et l'évolution de la dotation en personnel par lit occupé est restée constante pendant la période considérée. D'une manière générale, l'étude n'a pas mis en évidence de changement induit par la révision de la LAMal au niveau du personnel des hôpitaux, qu'il s'agisse des médecins ou du personnel soignant.

Elle ne permet pas non plus de répondre clairement à la question de savoir si la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a entraîné un transfert des soins somatiques aigus vers les soins post-hospitaliers. Une légère hausse du nombre de cas transférés des soins somatiques aigus en réadaptation est certes apparente, mais il n'est pas possible de déterminer si cette augmentation est due à l'évolution démographique. Les patients transférés en réadaptation avaient été soignés en moyenne (valeur médiane) deux jours de moins en soins somatiques aigus en 2012 qu'en 2008. Quant à savoir si le raccourcissement de la durée de séjour correspond à la tendance générale – la durée de séjour n'a cessé de se raccourcir ces dernières années – ou s'il s'agit d'un phénomène exceptionnel, les résultats ne permettent pas non plus d'en juger. La durée de séjour en réadaptation est par contre constante. La même tendance s'observe aussi dans d'autres domaines de la prise en charge post-hospitalière (EMS, aide et soins à domicile), soit une légère augmentation du nombre de cas, sauf en psychiatrie où ce nombre est resté inchangé. Etant donné que les changements observés étaient déjà en cours avant l'introduction de la LAMal révisée en 2012, on peut supposer qu'il ne s'agit pas d'effets spécifiques à la révision de la LAMal, mais plutôt d'une évolution à long terme.

## Conclusions

Cette étude partielle montre d'une manière générale que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier en 2012 n'a pas eu d'effet notable sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Cependant, les résultats du présent rapport s'appuient sur un horizon temporel encore trop limité pour en tirer des conclusions définitives. Il est donc nécessaire de continuer de suivre l'évolution de la situation. Un système de monitoring permet d'évaluer plus rapidement les développements en cours et d'identifier les évolutions négatives. Pour pouvoir vraiment évaluer les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité de la prise en charge, il faudra se baser sur des données concernant une plus longue période.