

Évolutions souhaitables et indésirables du volume et du transfert de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire

Synthèse

Étude réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)



Évolutions souhaitables et indésirables concernant le volume et le transfert de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire
Synthèse

Étude réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Polynomics AG

Dr. Philippe Widmer, Dr. Maria Trottmann, Philip Hochuli, Dr. Harry Telser

Helsana Versicherungen AG

Dr. Oliver Reich, Matthias Früh

19 mai 2017

Sommaire

1	Situation de départ	4
2	Objectifs de l'étude	4
3	Évaluations concernant l'évolution des volumes	5
3.1	Effet d'incitation économique attendu en théorie.....	5
3.2	Hypothèses et stratégie d'étude	5
3.3	Résultats clés	6
3.4	Conclusion et limites	7
4	Évaluations concernant le transfert de prestations	8
4.1	Effet d'incitation économique attendu en théorie.....	8
4.2	Hypothèses et stratégie d'étude	9
4.3	Résultats clés	10
4.4	Conclusion et limites	10
5	Conclusions	11

1 Situation de départ

Avec la révision du financement hospitalier, le législateur a souhaité accroître le niveau de transparence du marché et de concurrence entre les hôpitaux. Par ailleurs, l'introduction de SwissDRG devait permettre aux hôpitaux de profiter de mesures d'incitation économique afin d'accroître l'efficacité des coûts.

Or, ce dernier point n'est pas automatiquement assuré. Des imprécisions dans la structure tarifaire de SwissDRG et dans la conception du système de rémunération pourraient en outre favoriser un comportement contraire aux objectifs de SwissDRG, comme la sélection de patients ou prestations lucratifs ou encore une augmentation du volume de patients sans lien avec un accroissement de la demande.

Dans le contexte suisse, deux grandes questions restent encore ouvertes depuis 2012:

- Dans quelle mesure SwissDRG a-t-elle poussé les hôpitaux à augmenter le nombre de cas par l'offre (*demande induite par l'offre*)?
- Dans quelle mesure l'introduction de SwissDRG a-t-elle entraîné le transfert systématique de prestations complètes ou partielles vers des domaines de prestations en amont ou en aval (*transferts de prestations*)?

C'est pourquoi, dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal, et plus précisément du financement hospitalier, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé Polynomics et les assurances Helsana de mener une étude scientifique analysant l'évolution du volume de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire et les transferts de prestations depuis et vers le domaine hospitalier stationnaire. Il s'agit là de conséquences pouvant être directement imputées à l'introduction de SwissDRG.

2 Objectifs de l'étude

L'étude se concentre sur les évolutions depuis l'introduction de SwissDRG. Par ailleurs, outre le potentiel théorique, une analyse empirique étudiera le comportement des hôpitaux observés avant et après l'introduction de SwissDRG. Les questions traitées sont les suivantes:

1. Quelles prestations respectivement quelles catégories de prestations sont en théorie intéressantes et en pratique adaptées à un accroissement du volume et du transfert de prestations?
2. Le nouveau financement hospitalier a-t-il eu pour conséquence une augmentation indésirable du nombre de prestations?
3. Quelles prestations ont vu leur fréquence augmenter ou diminuer significativement?
4. Quelles différences existe-t-il en fonction des «caractéristiques de l'hôpital» ou des particularités des patients?
5. Existe-t-il un lien entre la rentabilité et l'augmentation de volume de certaines prestations?
6. Dans quelle mesure a-t-on observé ces dernières années un transfert global ou partiel de certaines prestations entre le domaine des soins stationnaires aigus et d'autres domaines en amont ou en aval? Quels impacts ces changements ont-ils eu sur le financement hospitalier?
7. Quels sont le volume et l'impact sur les coûts de ces transferts?

Pour répondre à ces questions, nous avons mené deux études scientifiques partielles qui traitent séparément des questions du transfert des prestations et de l'évolution de leur volume. La présente synthèse donne les résultats empiriques clés de chacune de ces deux études. Pour une analyse détaillée de chacune des questions, nous vous renvoyons vers les deux études.

3 Évaluations concernant l'évolution des volumes

3.1 Effet d'incitation économique attendu en théorie

Pour les hôpitaux suisses, depuis 2012, deux facteurs incitent à l'accroissement des volumes:

1. Dans le système de forfaits par cas, les coûts variables et fixes sont rémunérés ensemble via les forfaits par cas par patient. Dans ces conditions, chaque cas supplémentaire, qui génère une marge de contribution positive, contribue au financement des coûts fixes (indépendants du nombre de cas). Ainsi, plus un hôpital traite de cas, plus la marge de contribution par cas est importante, et donc plus il est en mesure de couvrir ses coûts fixes.
2. Le système de forfaits par cas rémunère chaque cas avec un forfait fixe indépendant des coûts réels. Cela crée pour l'hôpital des risques financiers qu'il tâche de minimiser. Il existe différentes stratégies permettant aux hôpitaux de se protéger contre ces risques financiers (voir également paragraphe 4.1). Comme les assureurs-maladie, ils ont la possibilité de répartir le risque sur un nombre maximal de cas de patients. En vertu de la loi, la plupart des hôpitaux peuvent couvrir les pertes engagées par des cas uniques très onéreux en traitant davantage de cas.

Pour ces deux raisons, les hôpitaux suisses sont plus ou moins incités à augmenter leurs volumes de prestations en fonction de leur situation de départ.

3.2 Hypothèses et stratégie d'étude

Afin d'étudier les effets d'incitation observés de la manière la plus complète et structurée possible pour chaque hôpital et pour l'ensemble du système dans notre analyse empirique, nous avons opté pour une démarche basée sur des hypothèses. En ce qui concerne l'évolution des volumes, les différentes hypothèses que nous avons vérifiées de manière empirique sont résumées brièvement ci-dessous.

Hypothèse 1: Le système de forfaits par cas suisse a entraîné une augmentation des volumes de prestations.

Après l'introduction de SwissDRG, il est devenu très intéressant pour les hôpitaux, pour les raisons évoquées ci-dessus, d'augmenter le nombre de cas traités. Plus un hôpital traite de cas générant une marge de contribution positive, plus il sera en mesure de couvrir ses coûts fixes et mieux il sera protégé contre les risques financiers.

Hypothèse 2: Tous les groupes de prestations ne sont pas touchés de la même manière par l'augmentation des volumes.

Les incitations de l'hypothèse 1 ne s'appliquent pas de la même manière à toutes les prestations, puisque les hôpitaux ne peuvent pas planifier toutes les prestations de la même façon, et qu'elles ne sont pas toutes aussi intéressantes d'un point de vue financier. C'est pourquoi nous nous

attendons à une augmentation des volumes particulièrement importante dans le domaine des interventions planifiables, tandis que les groupes de prestations systématiquement rentables, où le nombre de cas est suffisant, sont les plus intéressants financièrement.

Hypothèse 3: Tous les types d'hôpitaux ne sont pas concernés dans la même mesure par l'augmentation des volumes.

Les hôpitaux doivent également être touchés différemment par les incitations de l'hypothèse 1. Tout du moins à court terme, ce sont les hôpitaux présentant un taux d'occupation des lits en comparaison plus faible ou les plus petits hôpitaux, plus durement touchés par le renforcement de la concurrence, qui devraient afficher l'augmentation de volumes la plus importante. Par ailleurs, les hôpitaux disposant de systèmes de médecins agréés pourraient être davantage en mesure d'augmenter leurs volumes de prestations puisqu'ils ont directement accès au domaine ambulatoire et peuvent donc gérer implicitement l'orientation du patient.

Nous étudions ces hypothèses à l'aide de la méthode «Difference-in-Difference». Cette méthode permet d'analyser les effets d'un événement lorsque l'on dispose à la fois des données d'un groupe concerné (groupe événement) et de celles d'un groupe non concerné (groupe de contrôle). Comme base de données, nous avons utilisé des statistiques médicales des hôpitaux, des statistiques des hôpitaux, des statistiques de coûts par cas et différentes statistiques officielles sur la structure de la population, mises à notre disposition par l'Office fédéral de la statistique (OFS). La période d'analyse de l'analyse descriptive s'étend de 2007 à 2014. Dans les analyses Difference-in-Difference, nous avons comparé l'année précédant l'introduction (2011) à 2012 (année d'introduction) et 2014 (dernière année de la période d'analyse).

Les groupes de contrôle sont différents en fonction des hypothèses. Pour l'hypothèse 1, le groupe de contrôle se compose des cantons ayant déjà mis en place un système de forfaits par cas avant 2012 (AP-DRG) et qui ont complété le système SwissDRG de mesures de limitation des volumes (Global budgets) après 2012. Dans ces cantons, on peut donc s'attendre à ce que l'incitation à l'augmentation des volumes soit moindre à partir de 2012. Nous avons également utilisé les assurés ayant souscrit une assurance complémentaire comme groupe de contrôle supplémentaire. Ils étaient en effet déjà concernés par une incitation significative à l'augmentation des volumes de cas déjà avant 2012, et l'effet d'introduction devrait donc être faible les concernant.

Pour l'analyse de l'hypothèse 2, les groupes de contrôle font suite aux attentes exprimées en ce qui concerne les dimensions «possibilité de planification» et «rentabilité». Le premier groupe de contrôle est constitué des placements d'urgence en ambulance, puisque nous partons du principe que dans ce domaine, la possibilité de planification est réduite. Le deuxième groupe de contrôle est formé par les prestations peu rentables, pour lesquelles l'incitation à l'accroissement du nombre de cas est presque nulle.

L'analyse de l'hypothèse 3 a été menée au niveau des hôpitaux. Les groupes de contrôle et d'événement sont constitués des hôpitaux qui, selon notre hypothèse, devraient être touchés de différentes manières par l'effet d'introduction (taille de l'hôpital, diversification, surcapacité et système de médecins agréés).

3.3 Résultats clés

Les résultats des évaluations peuvent être résumés de la manière suivante:

- **Résultats concernant l'augmentation des volumes de prestations (hypothèse 1)**

Pour vérifier l'hypothèse 1, nous avons évalué le nombre de patients ou de cas par rapport à la population. L'analyse descriptive indique qu'une augmentation du nombre de cas s'est produite, mais qu'elle a déjà commencé avant 2011. Nous n'observons pas de rupture structurelle nette en 2012.

Les analyses Difference-in-Difference montrent que les cantons du groupe de contrôle affichent une augmentation du nombre de cas plus faible que les autres cantons, ce qui souligne le rôle des incitations dans l'augmentation des volumes. Les effets sont cependant réduits et ne sont pas statistiquement significatifs dans tous les calculs. L'hypothèse n'est donc pas clairement confirmée.

En revanche, il apparaît plus nettement que l'augmentation du nombre de cas touche davantage les assurés en division commune que ceux ayant souscrit une assurance complémentaire. Néanmoins, ce résultat est probablement influencé par le fait qu'au cours de cette période, le nombre de personnes disposant d'une assurance complémentaire a diminué. Ce résultat ne permet donc pas non plus de valider clairement l'hypothèse 1.

- **Résultats concernant les groupes de prestations touchés (hypothèse 2)**

Concernant la prévisibilité, comme attendu, il apparaît que les placements d'urgence ont moins fortement augmenté après l'introduction de SwissDRG que les placements non-urgents. Cependant, l'effet n'est pas statistiquement significatif et ne permet donc pas de tirer une conclusion claire quant au rôle des incitations dans l'augmentation des volumes.

De même, nous n'observons aucun impact significatif concernant la rentabilité des prestations. Les coefficients calculés ne sont pas significatifs et peuvent indiquer différents résultats. Nous ne pouvons donc pas confirmer que l'augmentation du nombre de cas a été particulièrement importante parmi les prestations rentables.

- **Résultats concernant les types d'hôpitaux touchés (hypothèse 3)**

Pour ce qui est du système de médecins agréés et du niveau de spécialisation, nous n'avons relevé aucune différence entre les types d'hôpitaux. Nous ne sommes donc pas en mesure de confirmer que les cliniques spécialisées ou celles qui disposent d'une grande part de médecins agréés auraient plus fortement réagi aux incitations financières de SwissDRG.

Quant à la taille des hôpitaux, ce sont principalement les hôpitaux de taille moyenne (5 300 à 14 600 cas), qui ont le plus fortement réagi à incitation financière. Étonnamment, les hôpitaux au taux d'occupation des lits le plus faible sont plutôt moins touchés.

3.4 Conclusion et limites

Dans toutes les analyses, les résultats obtenus sont moins significatifs que ce qui était attendu en théorie, et aucune des trois hypothèses formulées ne peut être totalement confirmée. Plusieurs analyses indiquent cependant des effets plus nets lorsque l'on utilise l'année 2014 comme année de référence plutôt que 2012, année d'introduction. Cela laisse à penser que les hôpitaux ont effectivement réagi aux incitations financières, mais qu'un certain temps doit s'écouler avant que ces changements ne soient également visibles dans le nombre de cas.

Cette étude est soumise à plusieurs limites. En premier lieu, la période d'analyse très restreinte déjà évoquée, puisque seules les «années d'introduction» ont pu être analysées. En particulier dans les analyses de rentabilité, il convient par ailleurs de noter que les médecins et hôpitaux

disposent d'informations beaucoup plus précises concernant les cas que ce que nous avons eu à notre disposition dans cette analyse. Il est possible qu'une augmentation disproportionnée des cas rentables se soit bien produites, mais que nous ne soyons pas parvenus à l'identifier. Par ailleurs, nous avons uniquement analysé l'évolution des volumes en termes de nombre de cas traités, et non en termes d'intensité de traitement par cas. De nombreux traitements entraînent une augmentation de la rémunération par cas, que ce soit par classification dans un DRG plus lourd ou via une rémunération supplémentaire. Dans une future analyse, il serait intéressant d'étudier l'évolution des volumes en se concentrant sur ces prestations. C'est un sujet proche de celui du «up-coding», selon lequel le nombre de prestations n'augmente pas, mais les prestations sont répertoriées comme «plus lourdes» qu'elles ne le devraient.

4 Évaluations concernant le transfert de prestations

4.1 Effet d'incitation économique attendu en théorie

Depuis 2012, deux facteurs incitent les hôpitaux suisses à transférer leurs prestations.

1. Dans le système de forfaits par cas, chaque cas est rémunéré indépendamment de son coût réel. Cela permet aux hôpitaux d'accroître la marge de contribution de chaque cas en réduisant les coûts. Cette réduction des coûts, ils peuvent l'atteindre par une augmentation de l'efficacité, mais également en externalisant des prestations partielles identifiables comme le diagnostic, les examens en laboratoire ou les soins, à des prestataires en amont ou en aval. Les hôpitaux sont incités à effectuer des transferts lorsqu'un transfert partiel ou total de prestations permet d'atteindre des marges de contributions plus importantes. L'incitation est d'autant plus forte lorsque les hôpitaux peuvent en profiter financièrement. Elle a alors un double effet positif. Les transferts partiels sont surtout lucratifs à court terme, tandis que tous les hôpitaux n'ont pas encore atteint le même niveau d'optimisation et que la rémunération ne reflète pas encore suffisamment la baisse des coûts.
2. Par ailleurs, les hôpitaux sont également incités à transférer leurs prestations lorsqu'un transfert partiel permet de réduire le risque du traitement pour l'hôpital et ainsi d'augmenter la sécurité de planification. C'est le cas par exemple lorsque des prestations de diagnostic menées dans le domaine ambulatoire de l'hôpital avant l'hospitalisation permettent d'en savoir davantage sur le cas du patient et sur les complications qui pourraient éventuellement survenir.

4.2 Hypothèses et stratégie d'étude

Nous avons également étudié ces effets d'incitation sur la base d'hypothèses, dans une analyse empirique.

Hypothèse 1: Transfert de certains éléments de prestations vers le domaine ambulatoire en amont de l'hospitalisation

Les examens ou traitements préparatoires sont de plus en plus menés en ambulatoire avant l'orientation vers le domaine stationnaire.

Hypothèse 2: Transfert de certains éléments de prestations vers le domaine ambulatoire en aval de l'hospitalisation

Les examens ou traitements de suivi sont de plus en plus menés en ambulatoire après l'hospitalisation.

Hypothèse 3: Transfert des prestations de soins vers le domaine des soins post-stationnaires

Les prestations de soins sont de plus en plus externalisées à des prestataires de service en aval. L'intérêt est que cela permet à l'hôpital de réduire les durées d'hospitalisation et les dépenses de soins. Ainsi, l'hôpital libère des lits pour augmenter le nombre de cas traités et la marge de contribution de chaque cas.

Hypothèse 4: Transfert des prestations de réadaptation vers le domaine des soins post-stationnaires

Les prestations de réadaptation sont de plus en plus externalisées à des prestataires de service en aval. L'intérêt est que cela permet à l'hôpital de réduire les durées d'hospitalisation. Ainsi, l'hôpital libère des lits pour augmenter le nombre de cas traités et la marge de contribution de chaque cas.

Hypothèse 5: Transfert de prestations complètes vers le domaine ambulatoire

En principe, les traitements sont de plus en plus menés dans le domaine ambulatoire plutôt que stationnaire. L'intérêt pour l'hôpital est d'augmenter sa marge de contribution dans le domaine des soins aigus stationnaires en effectuant un transfert total.

Pour vérifier les hypothèses, nous avons de nouveau employé la méthode d'analyse «Difference-in-Difference». Pour toutes les hypothèses, nous avons intégré au groupe de contrôle les cantons ayant déjà adopté un système de forfaits conformément à l'AP-DRG avant l'introduction de SwissDRG. Dans ces cantons, nous pouvons en effet nous attendre à ce que l'incitation à l'augmentation des transferts de prestations soit en comparaison plus faible à partir de 2012, puisque ces incitations existaient déjà avant 2012. Tous les autres cantons ont été affectés au groupe événement. Dans le même temps, nous avons distingué les cantons qui disposaient auparavant d'un système de facturation par forfaits journaliers ou par tarification par processus de prestation.

Nous avons employé comme base de données les données comptables des assurances Helsana de 2011 et 2014 englobant à la fois le domaine hospitalier et les domaines de prestations en amont et en aval (ambulatoires et hospitalières). Nous ne disposons au moment de l'étude d'aucune statistique officielle nous permettant de vérifier les hypothèses ci-dessus.

4.3 Résultats clés

En ce qui concerne le comportement observé parmi les hôpitaux, nos analyses économétriques nous permettent d'obtenir les résultats suivants:

- Depuis 2011, il existe une tendance attestée au transfert de *composantes de prestations* depuis le secteur des soins aigus stationnaires vers des domaines de prestations en amont ou en aval. Depuis l'introduction de SwissDRG, davantage de patients sont orientés vers des prestations en aval et/ou en amont. Cela concerne les hypothèses 1 à 4.
- Les transferts partiels concernent principalement les hôpitaux des cantons dans lesquels les prestations stationnaires étaient rémunérées avant SwissDRG par des forfaits journaliers, et qui ont donc été confrontés après l'introduction de SwissDRG à une structure d'incitations diamétralement opposée. Cela concerne les hypothèses 1 à 4.
- Le domaine hospitalier ambulatoire est particulièrement touché par les transferts partiels ou utilisé en vue d'optimisations. Cela concerne les hypothèses 1 et 2.
- Le nombre de patients orientés vers des prestations de soins en établissement médico-social (EMS) après leur hospitalisation a également fortement augmenté. Ces résultats sont confirmés par d'autres études et évaluations sur les EMS, qui indiquent que ces derniers sont particulièrement mis sous pression depuis l'introduction de SwissDRG. Cela concerne l'hypothèse 3.
- Contrairement à l'hypothèse, pour ce qui est des transferts de prestations complètes, nous avons plutôt observé des transferts vers le domaine hospitalier. Néanmoins, ces effets sont soumis à une hétérogénéité considérable entre les différents domaines médicaux. Les domaines les plus touchés sont l'angiologie, l'ophtalmologie, la proctologie et la chirurgie viscérale. Ces transferts de prestations complètes peuvent s'expliquer par une augmentation de l'intérêt financier de ces prestations avec le système DRG. Cela concerne l'hypothèse 5.
- Pour certains domaines de prestations (soins ambulatoires, réadaptation ambulatoire, réadaptation hospitalière), nous avons observé des indices possibles de tendances au transfert à retardement provoquées par un système de rémunération prospectif. Pour ces domaines de prestations, l'étude n'a pas apporté de résultats clairs. Nous recommandons de mener une nouvelle étude sur ces domaines ultérieurement. Cela concerne toutes les hypothèses.
- Les impacts financiers des transferts partiels actuellement observés dans le domaine ambulatoire sont, avec environ 10 millions de CHF, négligeables. Cela concerne les hypothèses 1 et 2.

4.4 Conclusion et limites

Les résultats de l'étude indiquent que les hôpitaux se sont repositionnés et tentent d'optimiser leur comportement suite au nouveau financement hospitalier. Ces résultats sont cohérents avec ceux que nous avons pu observer dans les autres pays ayant mis en place un système de rémunération prospectif. Les mécanismes d'incitation d'un système de rémunération prospectif tel que Swiss-DRG provoquent avant tout un transfert des prestations du domaine hospitalier vers le domaine

ambulatoire. Par ailleurs, on note également des transferts depuis le secteur des soins aigus stationnaires vers les secteurs en aval comme les soins stationnaires.

Le fait que les hôpitaux des cantons autrefois dotés d'un système de rémunération sur base de forfaits journaliers soient particulièrement touchés par le phénomène de transfert des prestations souligne l'importance des nouveaux mécanismes d'incitation. Un système basé sur des forfaits journaliers offre en principe des incitations diamétralement opposés à ceux d'un système de forfaits comme SwissDRG. Ainsi, un système basé sur des forfaits journaliers rémunère davantage les longs séjours tandis qu'avec SwissDRG, c'est l'inverse. Ce changement se reflète dans le niveau particulièrement élevé de transferts de prestations dans ces cantons et dans un recul prononcé de la durée d'hospitalisation des patients avec un séjour en EMS en aval.

Les résultats présentés doivent être interprétés avec une certaine prudence. Tout d'abord, l'étude se concentre clairement sur les effets à court terme depuis l'introduction de SwissDRG. Nous ne pouvons cependant pas nous prononcer à l'heure actuelle quant aux effets à long terme. Deuxièmement, la pertinence des résultats est limitée d'un point de vue méthodique puisqu'il n'existe pour l'étude empirique aucun groupe de contrôle parfait qui permettrait d'évaluer l'influence de SwissDRG avec précision. Troisièmement, nous notons également des limites quant aux données, puisque les données du groupe Helsana ne sont pas représentatives à 100 pour cent de l'ensemble des assurés de Suisse. Néanmoins, les résultats montrent de manière relativement claire que depuis 2011, les hôpitaux de Suisse ont transféré certaines composantes de prestations suite au nouveau financement hospitalier.

5 Conclusions

À la demande de l'Office fédéral de la santé publique, Polynomics et les assurances Helsana ont mené en 2016 et 2017 deux études analysant le comportement des hôpitaux suisses avant et après l'introduction du nouveau financement hospitalier.

Les résultats des deux études confirment que le transfert et l'augmentation du volume des prestations attendus en théorie avant 2014 ne se sont pas produits tels qu'attendus. En effet, pour ce qui est des transferts de prestations, on observe bien de premiers déplacements stratégiques vers les domaines ambulatoires en amont et en aval et vers les soins hospitaliers. Néanmoins, les transferts observés restent insignifiants pour l'ensemble du système. En ce qui concerne l'évolution du volume de prestations, contrairement aux transferts de prestations, nous n'avons pu observer encore aucune tendance claire. Si certains hôpitaux sont plus touchés par l'accroissement du volume de prestations, rien ne permet d'établir que cela serait lié au système tarifaire, puisqu'au niveau global, nous ne constatons aucune augmentation de volume qui pourrait être clairement imputée au système tarifaire.

Les deux études en viennent à la conclusion que la période d'observation est encore trop courte pour relever de manière empirique des effets sans équivoque. Les résultats de la littérature internationale laissent cependant supposer que le Suisse devrait également connaître ces effets à moyen terme. À cet égard, il serait pertinent de renouveler l'analyse ci-dessus ultérieurement ou tout du moins d'observer les changements éventuels concernant les prestations les plus importantes, au cas par cas.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Téléphone +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80