

## Analyse des prestations prises en charge par la LAMal

Quels sont les indicateurs permettant de vérifier que les prestations prises en charge par la LAMal ont été adéquates, efficaces et économiques, comme l'exige la loi? En collaboration avec l'Institut d'économie et de management de la santé (IEMS) de l'Université de Lausanne, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a défini ces indicateurs et testé la faisabilité pour trois pathologies courantes: le cancer, le diabète et les affections mentales.

Yves Eggli, Université de Lausanne (HEC-IEMS)

Patricia Halfon, Centre hospitalier universitaire vaudois (IUMSP)

Mehdi Chikhi, Till Bandi, Herbert Känzig, Office fédéral de la santé publique

Dans son article 32, la LAMal précise que les prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire doivent être adéquates, efficaces et économiques. Or, les indicateurs à disposition de l'OFSP chargé de la surveillance de la LAMal sont actuellement lacunaires, pour deux raisons principales:

- les statistiques actuelles ne permettent pas de vérifier que les prestations sont justifiées par les maladies présentées par les patients;
- il n'existe aujourd'hui pas de mesure de l'effet des soins.

Certes, l'OFSP dispose de données sur les dépenses par type de fournisseurs de soins, mais il est extrêmement difficile aujourd'hui d'analyser l'utilisation des ressources consommées.

L'OFSP et l'Institut d'économie et de management de la santé ont défini une dizaine d'indicateurs clés pour combler ces insuffisances. L'étude de faisabilité a montré qu'il est possible de mettre sur pied un système d'information pour décrire la prise en charge de trois pathologies courantes, les cancers, le diabète et les affections mentales, en utilisant uniquement des données aujourd'hui disponibles, mais éparpillées. La solution consiste à intégrer ces données à l'aide d'un code de liaison anonyme, conçu par le Service de cryptologie de l'armée (DDPS). Des règles de protection et de sécurité

des données ont par ailleurs été proposées et testées, de manière à garantir la protection de la sphère privée.

Parmi les principales innovations, l'OFSP serait désormais en mesure de mesurer les coûts par pathologie pour cibler sa politique de prévention et assurer le financement des prestations couvertes par la LAMal. Le contrôle des coûts par les assureurs-maladie permettrait désormais de mieux tenir compte du profil de santé des patients pour analyser les pratiques des fournisseurs de soins. Ces derniers disposeraient enfin d'indicateurs permettant de mieux analyser le devenir des patients, notamment en terme de guérison.

En améliorant la transparence du fonctionnement du système de santé, l'ensemble des parties concernées disposerait ainsi d'outils modernes mieux adaptés aux enjeux. L'amélioration des instruments de mesure permettrait notamment d'instaurer un dialogue plus nuancé et de sortir des alternatives actuelles du type «tout ou rien», comme la clause du besoin ou la suppression de l'obligation de contracter.

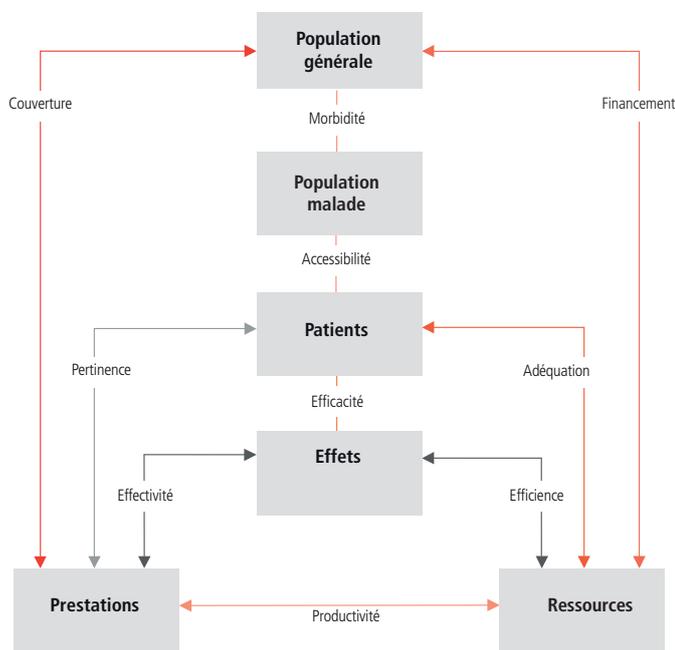
### Une dizaine d'indicateurs

Sur la base d'une analyse de la littérature et d'une revue systématique des indicateurs existants dans d'autres pays, une dizaine d'indicateurs ont été définis dans le but de suivre les performances du système de santé, notamment la couverture et le financement des prestations, la morbidité et l'accès aux soins, la justification des prestations, le coût des prises en charge et la mesure des effets obtenus. Ces indicateurs sont construits en mettant en relation les données relatives à six entités: population, malades, patients, prestations, ressources et effets (**figure: Indicateurs**).

Chacune de ces entités peut être quantifiée (nombre de personnes pour la population, francs pour les ressources, points pour les prestations par exemple) et qualifiée (âge et sexe de la population, nature des maladies, type de prestation, type d'effets – guérison, satisfaction, survie, effets indésirables –, qualification des professionnels ou nature des ressources par exemple).

Les indicateurs sont construits en mettant en relation deux entités, souvent sous la forme de ratios ou de taux. Les indicateurs de morbidité sont généralement définis par la densité d'incidence, qui exprime la vulnérabilité d'une population à une certaine maladie, ou par la prévalence qui indique la proportion d'une population dans un état de santé donné. La couverture met en rela-

Indicateurs



tion des prestations avec une population cible, par exemple dans le cadre d’une campagne de vaccination; elle est exprimée en quantité de prestations par personne visée.

Les indicateurs de financement mesurent la quantité de ressources consommées par personne ou selon leurs sources de financement.

L’accessibilité est la propension des malades à devenir des patients; elle peut être mesurée spatialement (distances) ou temporellement (délais d’attente). Les indicateurs de pertinence mettent en relation les prestations et les caractéristiques des patients (case mix), alors que les indicateurs d’adéquation mettent en relation la quantité de ressources consommées par ces patients. La mesure des effets reflète les objectifs du système de santé, à savoir répondre aux attentes des patients (efficacité), vérifier que les prestations produisent vraiment les effets attendus (effectivité) et que les ressources sont allouées de manière à maximiser les effets (efficience).

Des points de vue complémentaires

Les indicateurs liés à la population reflètent le point de vue de santé publique: mesure des effets en terme d’espérance de vie en bonne santé, d’impact, des campagnes de prévention et de promotion de la santé, de morbidité évitée et d’autonomie sociale; mesure de la couverture en prestations telles que visites médicales,

vaccinations, dépistage de cancers ou interventions discutables; mesure des ressources pour analyser le degré de financement des coûts engendrés. Les indicateurs liés aux ressources intéresseront particulièrement les assureurs-maladie, qui pourront ainsi s’assurer que les coûts sont couverts par le financement par les primes, les subsides fédéraux et cantonaux (lien avec la population), que les coûts sont conformes aux problèmes de santé de leurs assurés (lien avec les patients) et que les soins sont efficaces (lien avec les effets). Quant aux fournisseurs de prestations, notamment les médecins, ils disposeront ainsi d’indicateurs pour justifier les prestations fournies (lien avec les patients), négocier les ressources requises, veiller à couvrir les besoins de la population et mesurer l’impact des soins fournis (lien avec les effets); les données recueillies devraient notamment servir à établir des valeurs standards, facilitant l’analyse de leurs pratiques dans le cadre des cercles de qualité et ainsi définir leurs éventuels besoins en formation continue. Les instances de défense des intérêts des patients devraient être attentifs aux indicateurs liés aux patients; ils disposeraient d’informations sur l’accès aux soins, l’impact de ces soins, les risques encourus et sur la politique de couverture des coûts (participation, franchise). Enfin, la recherche scientifique disposerait de données pour établir des liens entre les effets obtenus et les pratiques médicales et mesurer l’efficience des soins. Comme on le voit, ces indicateurs fournissent une mesure objective permettant de réconcilier différents points de vue complémentaire dans un système de surveillance cohérent. Ils couvrent par ailleurs les trois exigences fondamentales de la LAMal, qui charge la Confédération de surveiller le caractère économique des prestations fournies (indicateurs liés aux ressources), leur efficacité (indicateurs liés aux effets) et leur adéquation (indicateurs liés aux patients).

Les données sont toutes disponibles

La production des indicateurs retenus devrait pouvoir se faire à un coût modeste, parce qu’ils sont tous basés sur des données déjà disponibles (tableau 1). Les données administratives sur les assurés et les factures sont les mêmes que celles qui avaient été demandées lors de l’élaboration de la LAMal (1996). Les données sur les médicaments sont aujourd’hui déjà envoyées sous forme informatisée aux assureurs par les organismes de facturation des pharmacies, et les mêmes informations devraient être fournies par les médecins dispensateurs de médicaments par l’intermédiaire des «centres de confiance» agréés par la FMH. Cette manière de procéder permet d’éviter la mise sur pied d’un recueil coûteux de nouvelles données par exemple sur les diagnostics des patients ambulatoires. L’ordonnance

**Données exigées****T1**

Données sur les assurés	âge, sexe, canton, assureur, début et fin de validité du contrat d'assurance, frais hospitaliers et ambulatoires à charge de l'assurance, participation financière de l'assuré, montant de la franchise contractuelle, décès éventuel
Données de facturation	fournisseur de la prestation, prescripteur, date de facturation, quantité de contacts, type de prise en charge (hospitalier, etc.), montant, pharmacode et renouvellement de la délivrance (s'il s'agit de médicaments)
Statistique médicale des hôpitaux	diagnostics, opérations, transfert avant ou après le séjour, durée de séjour, poids à la naissance (s'il s'agit de nouveau-nés)

Le lien entre ces données est assuré par un code de liaison anonyme (cf. explications dans le texte).

sur l'assurance-maladie obligatoire précise par ailleurs aux articles 28, 30, 31 et 32 de l'ordonnance de la LA-Mal que les assureurs-maladie sont tenus de livrer leurs données à l'OFSP. La mise en œuvre peut donc se faire sur la base de la législation en vigueur. Quant à la statistique médicale des hôpitaux, elle est limitée aux hospitalisations; elle est obligatoire pour tous les hôpitaux et cliniques suisses et gérée depuis 1998 par l'Office fédéral de la statistique.

**Anonymat et protection des données**

Des règles très strictes garantissant l'anonymat des patients et des fournisseurs de soins sont proposées et seront validées par le Préposé de la Confédération à la protection des données; elles sont fondées sur le cryptage et le hachage des données, mais aussi sur des mesures empêchant d'identifier par recoupement des variables des personnes physiques ou morales. La mise en œuvre sera assurée par le Service de cryptologie de l'Armée suisse.

**Test de faisabilité**

Un test de faisabilité a été effectué par l'IEMS avec un groupe limité d'assureurs pour un échantillon de 170 000 assurés de trois cantons (données 2002). Des indicateurs ont été construits pour trois pathologies courantes: le cancer, le diabète et les maladies mentales. Pour identifier ces pathologies, trois informations peuvent être utilisées: les diagnostics fournis par la statistique médicale des hôpitaux, la spécialité du médecin traitant (pour la psychiatrie) et la nature du traitement médicamenteux prescrit (prise régulière d'insuline pour le diabète par exemple). Le test de faisabilité a démontré plusieurs points:

- tous les indicateurs prévus ont pu être calculés;

- les données médicales hospitalières sont très utiles dans la mesure où la majorité des assurés coûteux passent à un moment ou à un autre à l'hôpital;
- il est souvent possible d'identifier les maladies sur la base des médicaments dispensés, sauf pour le cancer; l'intégration ultérieure des registres dans le système d'information pourrait être envisagée;
- les données aujourd'hui disponibles concernant la dynamique des contacts avec les services de soins permettraient de développer des indicateurs nouveaux d'efficacité des soins (survie à moyen terme, pourcentage de guérison, etc.).

**Quelques exemples**

Sur les 170 000 assurés suivis, 100 000 ont généré plus de 700 000 factures et se sont vu prescrire plus d'un million de médicaments.

Plusieurs indicateurs ont été calculés pour illustrer la démarche. Les résultats doivent être interprétés avec prudence, parce que l'échantillon des patients n'est pas représentatif et que le niveau de signification statistique n'a pas été calculé. Il est donc possible que les valeurs soient biaisées ou dues au hasard. Ils sont cependant fournis ici à titre d'illustration pour en montrer l'intérêt.

Plutôt que la densité médicale, il est proposé de calculer le nombre de consultations par assurés pour analyser la couverture des besoins, car il tient mieux compte de la disponibilité des médecins travaillant à temps partiel; ce ratio montre une forte variabilité d'un canton à l'autre.

Il est aujourd'hui possible de calculer les montants financés par les caisses-maladie selon l'âge, le sexe et le lieu de domicile des assurés; il sera dorénavant possible de répartir les coûts selon les différentes maladies, ce qui permettra de mieux cibler la rentabilité d'éventuelles campagnes de prévention.

## Exemples d'indicateurs

T2

Cantons	I	II	III
Nombre de consultations psychiatriques / nombre d'assurés (couverture)	0,20	0,32	0,45
Coût (francs) annuel d'un assuré selon son état de santé (financement)			
– d'un cancer		12 900	
– d'un diabète		4 600	
– d'une affection mentale		6 400	
pour-cent de patients cancéreux ayant bénéficié de services à domicile (accessibilité)	14 %	19 %	28 %
idem pour des patients en fin de vie	4,7 %	5,2 %	7,3 %
pour-cent de patients psychiatriques consommant des somnifères (pertinence)			
– femmes	15 %	23 %	31 %
– hommes	11 %	22 %	24 %
pour-cent de diabétiques (pertinence)			
– ayant consulté un ophtalmologue dans l'année (recommandé)	41 %	34 %	36 %
– ayant reçu un traitement par les thiazolidinediones (discuté)	8 %	16 %	13 %
Coût (francs) par consultation psychiatrique (productivité)	149	109	157
Coût (francs) annuel d'une leucémie ou d'un lymphome (adéquation):	14 000	12 300	21 800
– dont coût hospitalier	10 140	6 310	11 822
– médicaments	1 780	3 222	4 233
Proportion de patients diabétiques hospitalisés pour un diabète compliqué (effectivité)	0,08 %	0,20 %	0,07 %
Proportion de cancers du sein opérés de manière conservatrice (efficacité)	67 %	35 %	38 %

Pour plus de détails, le lecteur peut se référer aux deux publications suivantes :

- Eggli Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T. Ambulatory healthcare information system: A conceptual framework. *Health Policy* 2006; 78: 26-38
- Eggli Y\*, Halfon P\*\*, Chikhi M, Nguyen L\*, Decollogny A\*, Weissbaum F. Analyse des prestations prises en charge par la LAMal. Cadre conceptuel et étude de faisabilité centrée sur trois pathologies: cancer, diabète et affections mentales. Berne, OFSP, 2007.

L'accès aux soins est à peu près garanti actuellement, mais il subsiste quelques inégalités selon les cantons, comme le montre la proportion variable de patients cancéreux ayant bénéficié de soins à domicile par exemple.

On observe de fortes variabilités régionales dans la prescription des médicaments; l'exemple des somnifères est classique: comment expliquer que les femmes du canton III consomment presque trois fois plus que les hommes du canton I parmi la population souffrant de problèmes psychiatriques (dépressions ou psychoses)? De telles analyses ont déjà cours au sein des cercles de qualité ambulatoires, mais pourraient être approfondies en tenant mieux compte du profil médical des assurés. La même démarche pourrait être facilement étendue à certaines prestations préventives (surveillance de l'état de la rétine des patients diabétique par exemple) ou thérapeutiques (traitements controversés par exemple).

La productivité des médecins pourrait être mesurée comme aujourd'hui par le coût moyen par consultation, mais en tenant compte le cas échéant du type de patients traités; l'analyse montre là également des différences intéressantes entre cantons.

Le calcul du coût par pathologie serait par ailleurs nettement plus intéressant que les dépenses moyennes par assuré utilisées actuellement pour analyser l'économicité des traitements par médecin. Il permettrait probablement de mettre en évidence des différences de pratique et alimenter une discussion plus constructive entre médecins praticiens et médecins conseils des caisses-maladie.

Enfin, l'innovation principale réside dans la possibilité de mesurer l'impact des soins. On pourrait ainsi vérifier que les soins ambulatoires sont de qualité et ont été fournis à temps, mesurant l'incidence des hospitalisations potentiellement évitables (comas diabétiques, asthme, certaines infections extensives par exemple).

L'analyse a montré des différences intéressantes entre régions, comme la proportion d'opérations conservatrices de cancers du sein; une analyse à plus long terme permettrait également de vérifier le pronostic de ces patientes (survie à cinq ans). L'étude de faisabilité laisse augurer de nouveaux indicateurs fondés sur le devenir des patients (proportion de patients guéris, soulagés ou qui ont vu au contraire leur maladie s'aggraver) (**tableau 2**).

### Prochaines étapes

En se fondant sur les résultats actuels de l'étude, l'OFSP, en collaboration avec l'Institut de l'économie et du management de la santé (IEMS) avec de l'Université de Lausanne, le service de cryptologie de l'armée du DDPS et l'Office fédéral de la statistique (OFS), va maintenant entreprendre les prochaines étapes en vue d'améliorer les bases de données pour la santé publique. La délimitation correcte des épisodes de traitement ainsi que le classement des maladies revêtent une importance centrale. Les profils de pratiques médicales et les indicateurs proposés devront être affinés, discutés et coordonnés avec les différentes sociétés de spécialistes et associations du domaine de la santé.

Il a été globalement constaté qu'indépendamment des orientations politiques à adopter, les outils et les instruments d'analyse doivent être améliorés d'urgence

pour instaurer davantage de transparence dans le domaine de la santé. Ce sont les conditions pour une surveillance et un pilotage efficaces de l'assurance-maladie et de la santé publique qui prennent en compte les besoins des patients et, ce faisant, les rapports coûts/utilité à moyen et à long terme.

---

Yves Egli, docteur en médecine, PhD, Professeur assistant, Institut d'économie et de management de la santé, Ecole des HEC, Université de Lausanne. Mél: yves.egli@bluewin.ch

---

Patricia Halfon, docteur en médecine, MPH, médecin associé, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier universitaire vaudois. Mél: patricia.halfon@chuv.ch

---

Mehdi Chikhi, lic. sc. écon., OFSP.  
Mél: mehdi.chikhi@bag.admin.ch

---

Till Bandi, Dr. oec. HSG, chef Section Statistique et mathématique, Division Surveillance assurance-maladie, OFSP.  
Mél: till.band@bag.admin.ch

---

Herbert Käzig, lic. math., Section Statistique et mathématique, Division Surveillance assurance-maladie, OFSP.  
Mél: herbert.kaenzig@bag.admin.ch