

Statistique des coûts et des prestations

On connaît le manque de données permettant de s'assurer que les prestations prises en charge par la LAMal sont adéquates, efficaces et économiques. L'OFSP a décidé de proposer et faire valider quelques nouveaux indicateurs.

[3, 4]. Un rapport vient d'être publié par l'OFSP au sujet d'un test effectué sur trois pathologies (cancer, diabète et affections mentales) [2].

Le but du présent article est de présenter les projets qui vont être mis en œuvre sur trois ans à compter de cet été.

Yves Eggli, Université de Lausanne (HEC-IEMS)

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

François Weissbaum, Service de cryptologie du DDPS

L'OFSP est chargé de veiller à l'économicité, l'adéquation et à l'efficacité des prestations financées sous le régime de la LAMal. Or, l'absence de données sur les maladies des assurés ambulatoires ne permet aujourd'hui pas de mesurer correctement les coûts et l'impact des soins et de s'assurer que les prestations dispensées sont justifiées. Une récente étude a permis de mieux cerner ces lacunes et surtout de proposer de nouveaux indicateurs qui puissent être tirés des données recueillies de routine par les assureurs [1]. Plusieurs assureurs maladie de poids ont accepté à titre volontaire de livrer des données anonymes pour tester et valider scientifiquement ces indicateurs. Des règles strictes de protection des données ont été établies pour garantir le respect de la sphère privée. Par ailleurs, le Service de cryptologie de l'armée (DDPS) a accepté de participer au projet pour en garantir l'application.

Une dizaine d'indicateurs (graphique G1) ont été définis dans le but de suivre les performances du système de santé dans ses différentes dimensions. Un récent article publié

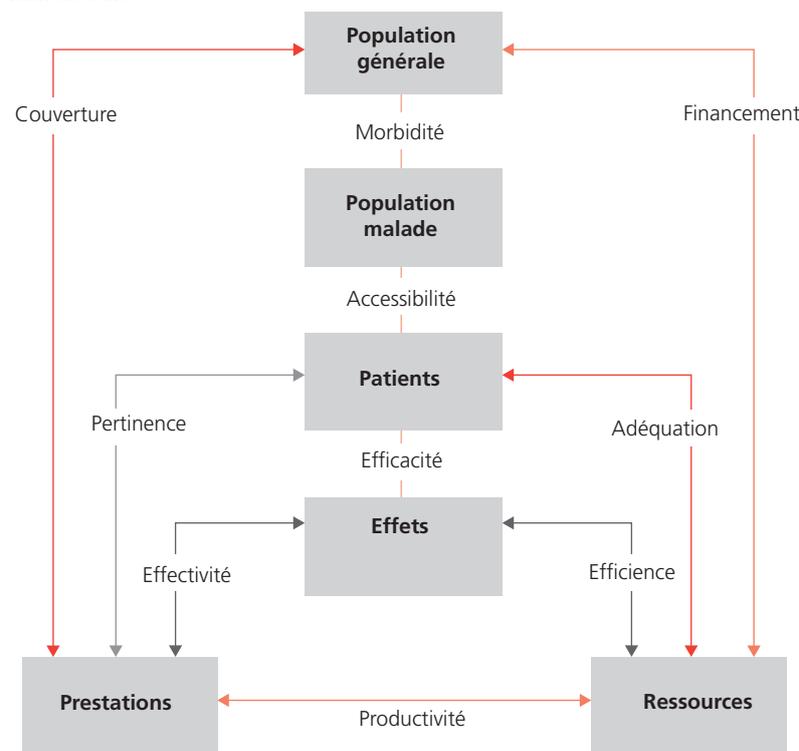
dans Sécurité sociale (2007/3) a permis d'en exposer les grandes lignes

Identification des maladies

Le principal défi consiste à identifier autant que possible les maladies dont souffrent les patients sans procéder à un relevé coûteux des diagnostics ambulatoires. L'idée est de partir des traitements médicamenteux pour cerner les problèmes de santé des assurés. Cette idée paraît

Indicateurs

G1



Source : Propre présentation

simple de prime abord: un patient prenant de l'insuline par exemple souffre a priori d'un diabète sucré. Beaucoup de traitements médicamenteux devraient permettre d'identifier certaines maladies, tels que le diabète, l'épilepsie, la dépression, la goutte, les inflammations de la peau, les indications sont moins claires pour d'autres, comme les médicaments anti-inflammatoires, les somnifères ou les anti-douleurs par exemple.

Le but du projet vise à estimer les erreurs de détection (faux positifs et faux négatifs) en confrontant les données disponibles sur le plan ambulatoire (prescriptions médicamenteuses) aux données diagnostiques des patients hospitalisés. Il s'agit notamment de préciser les points suivants:

- quels sont les médicaments qui permettent d'identifier une pathologie?
- quelles sont les pathologies qui ne peuvent pas être déterminées à partir des médicaments délivrés?
- quels sont les domaines pour lesquels une analyse plus fine de la médication permet tout de même d'isoler certaines pathologies, par exemple en tenant compte des doses prescrites, du mode d'administration ou des durées de traitement?

Episodes ambulatoires

L'analyse des prises en charge ambulatoires est plus complexe que celles des hôpitaux. Les hospitalisations sont clairement délimitées dans le temps, avec une admission et une sortie, et ne relèvent que d'un seul fournisseur de soins, l'hôpital. Dans le domaine ambulatoire, le début et la fin d'un traitement sont plus difficiles à délimiter; par ailleurs, il est fréquent que plusieurs médecins assurent ensemble la prise en charge, notamment chez les personnes souffrant d'affections multiples.

Le but ici est de définir la notion d'épisode, c'est-à-dire un ensemble de contacts sans solution de continuité supérieure à un certain intervalle de temps. Par exemple, on peut définir un épisode psychiatrique par l'ensemble des contacts d'un patient avec des psychiatres sans interruption supérieure à 6 mois. Mais cet intervalle dépend des maladies: moins de deux mois pour une infection, mais plusieurs années pour un cancer par exemple. Par ailleurs, il s'agit de préciser les conditions dans lesquelles la notion d'épisode peut être utilisée ou non, notamment dans le contexte des contacts précédant ou suivant une hospitalisation, des maladies chroniques, des cas bagatelles et des fins de vie.

Différents systèmes de classification des patients seront testés, notamment à l'aide de modèles économétriques pour vérifier l'homogénéité des coûts par épisode. Un premier essai, effectué sur la base de la typologie SQLape®, est cependant encourageant (graphique G2): le profil des patients ambulatoires, établi sur la base des seules données disponibles auprès des assureurs, permettrait de prédire les coûts annuels avec autant de pré-

sion que les outils actuellement utilisés dans le domaine hospitalier (DRGs).

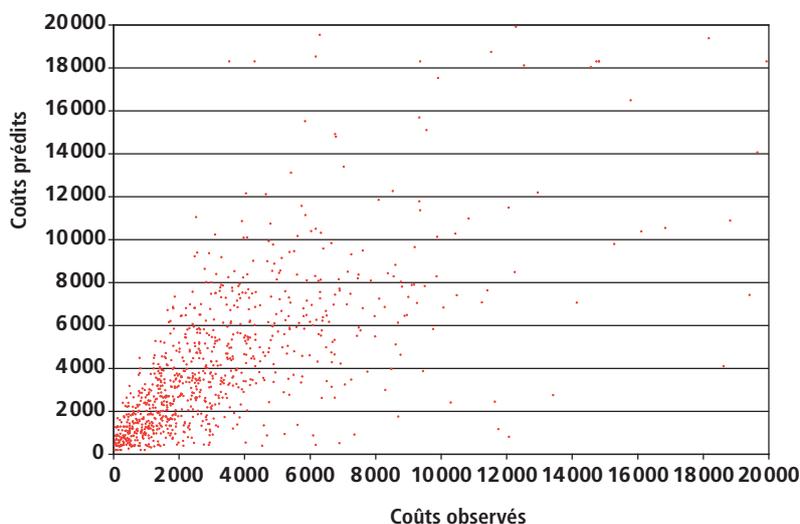
Une approche par épisode devrait permettre d'accroître l'homogénéité des groupes de patients et surtout de ne pas défavoriser les médecins pour lesquels les patients sont fidèles. En effet, un patient satisfait entraîne un surcoût apparent auprès de son médecin s'il retourne le voir pour une récurrence (nouvel épisode).

Mesure de l'impact des soins sur l'état de santé

La mesure de l'impact des soins sur l'état de santé est aujourd'hui limitée à des comparaisons internationales sur l'espérance de vie en bonne santé et des études scientifiques évaluant des pratiques médicales ponctuelles. Or, les informations disponibles permettraient d'analyser de manière systématique le devenir des patients après tel ou tel type de traitement. L'idée de base est qu'un patient qui consulte de plus en plus ou prend des médicaments avec d'importants effets secondaires tend à voir son état de santé se détériorer. A

Corrélation entre les coûts ambulatoires prédits et observés

G2



Source: Propre présentation

l'inverse, un patient qui peut se passer ou réduire sa dépendance envers les services de santé indique par là qu'il est guéri ou qu'il va mieux. Un premier test effectué pour les maladies mentales a montré l'intérêt d'une telle démarche, mais aussi ses difficultés. Une étude scientifique est nécessaire pour asseoir la méthodologie et en documenter la fiabilité.

Une analyse exploratoire des données permettra d'isoler les différents types de «rythmique» des prises en charge, de manière à dégager des tendances dans les fluctuations observées dans la densité des contacts entre les médecins et leurs patients. Des tests statistiques appropriés seront proposés pour mesurer correctement le rôle du hasard dans ces fluctuations et quantifier l'impact des soins (amélioration ou détérioration) sous forme de score. Il s'agira également de mesurer l'ampleur des problèmes de santé à résoudre, de manière à estimer l'impact des soins. Enfin, une définition précise de l'efficacité (ratio entre l'impact des soins et les ressources consommées) sera proposée, notamment en vue de régler le problème de la multiplicité des problèmes de santé chez un même assuré.

Prévention

Les informations fournies par les caisses maladie pourraient également se révéler utiles en matière de prévention. Elles permettraient notamment d'évaluer avec plus de précision la prévalence de certaines maladies et mesurer leurs coûts. Ces informations sont évidemment indispensables pour établir l'efficacité des programmes de prévention, notamment en confrontant les coûts investis et leur impact financier (réduction de la morbidité et des coûts associés). Le premier objectif est d'identifier les maladies susceptibles d'être prévenues ou atténuées par des programmes de prévention, par exemple dans le domaine du taba-

gisme, de la lutte contre le surpoids corporel, des tentatives de suicide, des accidents de la route, en coordination avec les organismes actifs dans la prévention. Le second objectif est de déterminer pour chacune de ces maladies s'il est possible d'en quantifier la prévalence et d'en estimer le coût des traitements y relatifs. Le troisième objectif est d'étudier la faisabilité d'une estimation de la fraction du coût attribuable aux facteurs de risque sur lesquels interviennent les programmes de prévention. A l'issue de cette étude, il devrait être possible de délimiter les domaines pour lesquels les besoins pourraient être satisfaits sur la base des données d'assurance et ceux pour lesquels des enquêtes spécifiques seraient nécessaires pour les combler.

Etablissement de profils de pratique médicaux

Les médecins sont aujourd'hui contrôlés par les caisses-maladie essentiellement sur la base du volume de leur facturation. Or, le coût des prises en charge ambulatoire dépend des problèmes de santé présentés par leurs patients. Par ailleurs, il est nécessaire d'analyser les coûts induits chez d'autres fournisseurs de soins : consultations spécialisées, médicaments prescrits, analyses de laboratoire, imagerie médicale, physio- et psychothérapies par exemple. La modélisation des trajectoires de soins, la délimitation des épisodes ambulatoires et l'identification des problèmes de santé devraient permettre d'établir une image de la «production» médicale et donc d'affecter des coûts à des épisodes de prise en charge tenant compte des pathologies présentées par les patients.

L'objectif est ici de calculer les coûts des prises en charge selon les différents types de prise en charge (coûts annuels pour les soins chroniques, coûts par épisode de soins

aigus) en répartissant les coûts des différentes maladies et les différents types de prestations (consultations, médicaments, laboratoire, etc.). Il s'agit ensuite de confronter ces coûts observés de chaque médecin à des coûts attendus en fonction de la lourdeur des pathologies présentées par les patients.

Des recommandations seront en outre établies en vue d'assurer la comparabilité des coûts entre médecins installés en libre pratique, y compris sur le plan de la méthodologie statistique. Des standards nationaux devraient pouvoir être tirés de cette étude, à condition que l'échantillon de données disponibles soit représentatif de la population suisse.

Hospitalisations potentiellement évitables

Une hospitalisation potentiellement évitable est considérée comme telle si elle est liée à une maladie qui est censée pour être maîtrisée ambulatoirement si le traitement est dispensé de manière optimale. Il s'agit par exemple d'hospitalisation justifiée par un asthme, un diabète sucré, une pneumonie bactérienne, des infections gynécologiques; une quinzaine de «conditions sensibles aux soins ambulatoires» ont été ainsi définies par les chercheurs.

Selon différentes études scientifiques internationales, il y aurait entre 3 et 12% d'hospitalisations potentiellement évitables. En extrapolant ce résultat à la Suisse, cela correspondrait à 500 millions à 2 milliards de francs par an.

Cet indicateur rencontre un vif intérêt, parce que c'est le seul indicateur de qualité applicable dans le domaine ambulatoire qui puisse être construit à partir de données disponibles de routine. Par ailleurs, un rapide test a montré que les taux semblent varier sensiblement d'un canton à un autre (graphique G3).

L'étude a pour premier objectif d'adapter l'indicateur aux conditions

suisses (transcodage ICD-9-CM américaine dans la Classification internationale des maladies – 10^e version (OMS), de le valider et de l'améliorer le cas échéant. Un second objectif est d'en analyser avec soin l'intérêt, car plusieurs critiques sont susceptibles de lui être adressées: les pathologies proposées par les chercheurs sont-elles vraiment dépendantes de la qualité des soins ambulatoires (insuffisance cardiaque par exemple), et dans quelles conditions peut-on imputer les hospitalisations potentiellement évitables aux pratiques médicales (hospitalisation d'un patient n'ayant pas vu de médecins depuis plus de six mois par exemple)?

Les données de la statistique médicale des hôpitaux serviront à cal-

culer le numérateur (hospitalisations potentiellement évitables). Cependant, il conviendra de vérifier que les données des assureurs (médications principalement) seront suffisantes pour ajuster les résultats en fonction du profil médical des assurés.

Calendrier et coût des projets

Les travaux devraient commencer cet été pour se terminer en 2011.

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

[1] Eggli Y., Halfon P., Chikhi M., Bandi T. Ambulatory healthcare information system: A conceptual framework. *Health Policy* 2006; 78: 26-38

[2] Eggli Y., Halfon P., Chikhi M., Nguyen L., De-collogny 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 / en français.

[3] Eggli Y., Halfon P., Chikhi M., Bandi T., Kaenzig H. Analyse des prestations prises en charge par la LAMal. *Sécurité sociale* 2007; 3: 131-135.

[4] Eggli Y., Halfon P., Chikhi M., Bandi T., Kaenzig H. Diagnosegestützte Indikatoren zur Analyse der Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit* 2007; 3; 131-135.

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

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

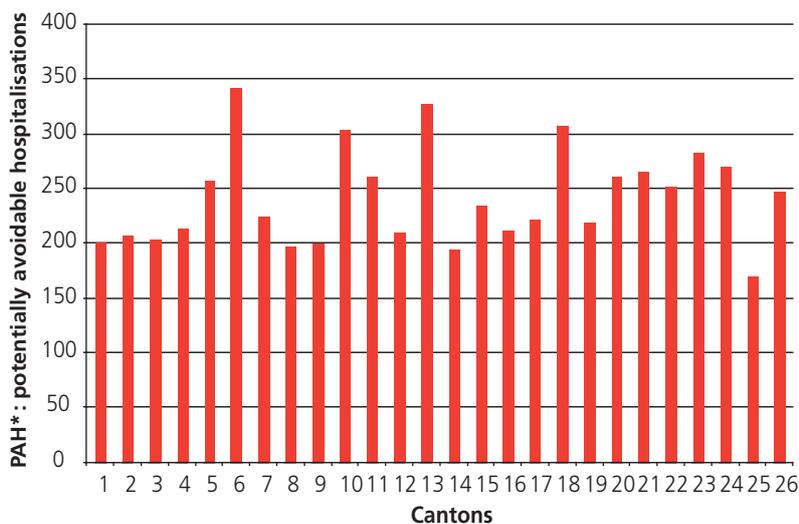
Till. Bandi, Dr. oec. HSG, chef Section Statistique et mathématique, Division Surveillance assurance-maladie, OFSP.
Mél: till.bandit@bag.admin.ch

Herbert Käenzig, lic. math., section Statistique et mathématique, division Surveillance assurance-maladie., OFSP.
Mél: herbert.kaenzig@bag.admin.ch

François Weissbaum, Dr. math. ETH, collaborateur scientifique, cryptologie, DDPS.
Mél: francois.weissbaum@vtg.admin.ch

Hospitalisations potentiellement évitables

G3



* PAH: Potentially avoidable hospitalisations
Source: Propre présentation