

Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier

Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2015

Point de vue

Le nouveau régime de financement hospitalier, décidé dans le cadre de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), vise à maîtriser l'augmentation des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire tout en garantissant l'accès de la population à des soins de qualité. Une évaluation approfondie doit montrer si et dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints (www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier). Cette évaluation se conclura en 2019 par la remise d'un rapport au Conseil fédéral.

Un volet de l'évaluation a consisté à charger l'Obsan de réaliser un monitoring des indicateurs de la qualité. Le monitoring contribue à analyser les effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Le présent bulletin de l'Obsan actualise les données des études antérieures: les séries temporelles intègrent nouvellement l'année 2015. Pour la première fois, des indicateurs pour la psychiatrie et la réadaptation sont pris en compte en plus des indicateurs pour les soins somatiques aigus.

Aucune évolution marquante, voire préoccupante, n'a été identifiée dans ces trois domaines depuis la mise en œuvre de la révision. Il faudrait toutefois continuer à surveiller deux tendances et à les analyser de manière approfondie: d'une part, depuis 2009, on observe une augmentation légère, mais néanmoins significative, des réhospitalisations en soins somatiques aigus; d'autre part, la proportion de personnes prises en charge par un établissement médico-social ou par un service d'aide et de soins à domicile après un séjour hospitalier en soins aigus continue d'augmenter.

À eux seuls, les indicateurs ne permettent pas de déterminer si ces tendances sont dues à la révision de la loi, et encore moins de savoir s'il s'agit des effets d'évolutions négatives (par ex., renvois prématurés de patients). Il faut donc continuer à analyser les séries temporelles et les mettre en relation avec les résultats d'études complémentaires. Cette méthode permettra d'aboutir à une meilleure appréciation d'ici la fin de l'évaluation.

Thomas Christen, vice-directeur, responsable de l'unité de direction Assurance maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer les effets de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier sur différents secteurs, tels que la qualité des prestations hospitalières stationnaires (OFSP, 2015). L'Obsan a reçu le mandat de mesurer l'évolution des indicateurs de qualité dans le cadre d'un monitoring en mettant l'accent sur les problématiques suivantes:

Comment la qualité des prestations de soins hospitaliers stationnaires a-t-elle évolué ces dernières années et quelles relations peut-on observer entre l'évolution de la qualité des prestations de soins et la mise en œuvre des mesures prévues dans le cadre de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier?

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 somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation/gériatrie) et entre ce domaine stationnaire et les domaines en aval (p. ex. établissements médico-sociaux (EMS), services d'aide et de soins à domicile)?

Pour répondre à ces questions, les auteurs examinent la qualité des soins hospitaliers stationnaires sur la base d'indicateurs portant sur trois niveaux: (1) le patient, (2) les interfaces, qui reflètent les transferts vers la prise en charge post-hospitalière et (3) le personnel des hôpitaux et des cliniques (cf. T1).

Ce bulletin constitue une mise à jour des études précédentes menées par l'Obsan dans le cadre de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (Kohler, Widmer et Weaver, 2015, Widmer et Kohler 2016). Il porte pour la première fois sur la période de 2009 à 2015. Parallèlement aux soins somatiques aigus, les auteurs analysent deux autres secteurs de soins, la psychiatrie et la réadaptation/gériatrie (cf. encadré 1), en s'appuyant sur des indicateurs spécifiques (cf. T1). Ce bulletin est complété par un rapport comportant des tableaux détaillés, des explications méthodologiques et des évaluations précises (cf. Hedinger, Tuch & Widmer, 2017).

Indicateurs mesurant la qualité des prestations stationnaires

T 1

Niveau	Indicateurs
Patients	<ul style="list-style-type: none"> - Durée moyenne de séjour - Taux de réhospitalisation (soins somatiques aigus): <ul style="list-style-type: none"> - part de patients réhospitalisés au moins une fois dans les 18 jours suivant leur sortie de l'hôpital (réhospitalisation conformément au regroupement des cas selon Swiss DRG) - Taux de mortalité hospitalière (soins somatiques aigus): <ul style="list-style-type: none"> - total - après un infarctus du myocarde - due à une insuffisance cardiaque - après une attaque cérébrale - due à une pneumonie - en cas de BPCO (maladie pulmonaire chronique)
Chaînes de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Soins somatiques aigus → Psychiatrie/réadaptation/gériatrie/EMS/aide et soins à domicile - Réadaptation/gériatrie → EMS/aide et soins à domicile - Psychiatrie → EMS/aide et soins à domicile
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Équivalents plein temps (EPT) par groupe de professions - Nombre d'EPT pour 1000 cas par groupe de professions

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

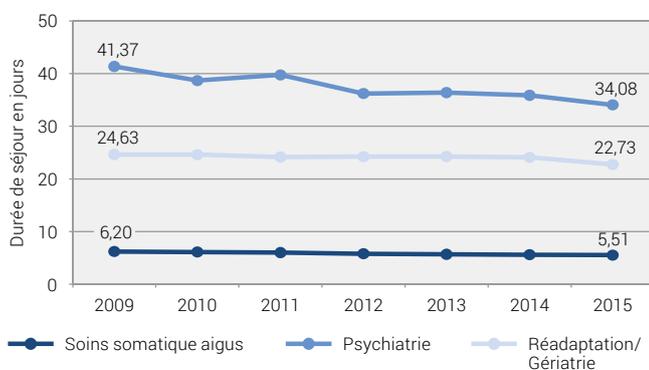
© Obsan 2017

Évolution du nombre de cas¹

En valeur absolue, le nombre annuel de cas d'hospitalisation a augmenté dans chacun des trois secteurs de soins entre 2009 et 2015. L'augmentation, en moyenne annuelle, a été de 1,5% en soins somatiques aigus, de 2,6% en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie. Si l'on considère les taux standardisés selon l'âge et le sexe, on constate que le nombre annuel de cas d'hospitalisation en soins somatiques aigus n'a pas augmenté et que la hausse moyenne est nettement plus faible dans les deux autres secteurs de soins. Les hôpitaux de soins aigus ont traité entre 144,4 (2013) et 145,8 (2009) cas pour 1000 habitants. En psychiatrie, les taux standardisés oscillent entre 7,9 (2009) et 8,6 (2015) et en réadaptation/gériatrie, entre 11,9 (2012) et 12,7 cas (2015) pour 1000 habitants.

Évolution de la durée moyenne de séjour par secteur de soins, de 2009 à 2015

G 1



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

¹ Les cas antérieurs à 2012 ont été redéfinis pour rendre possible la comparaison du nombre de cas sur la période considérée (cf. encadré 2).

Encadré 1: Délimitation des secteurs de soins

Les secteurs de soins proposés par les hôpitaux sont délimités en fonction des centres de prise en charge des coûts et de la typologie des établissements de santé de l'OFS. Les cas sont rattachés aux différents secteurs sur la base du centre de prise en charge des coûts puis, si nécessaire, de la typologie, selon les définitions suivantes:

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation et gériatrie
Définition du cas ¹	A	A, C	A
Centre de coûts principal ²	Tout sauf: M500, M900, M950	M500	M900, M950
Typologie des hôpitaux ³	Tout sauf: K21, K221, K234	K21	K221, K234

¹ A: Sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: Entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant après le 31.12.

² M500 = psychiatrie et psychothérapie; M900=gériatrie; M950 = réadaptation et médecine physique. Techniquement, les centres de coûts principaux de la statistique médicale des hôpitaux correspondent aux centres de prestations de la statistique (administrative) des hôpitaux

³ K21 = cliniques psychiatriques; K221 = cliniques de réadaptation; K234 = cliniques gériatriques

Source: Obsan

© Obsan 2017

Indicateurs au niveau du patient

Durée de séjour

La durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus est passée de 6,2 à 5,5 jours entre 2009 et 2015 (cf. G1), enregistrant une baisse de 1,9% par an en moyenne. De plus, une analyse multivariée (cf. encadré 3) montre que ce recul est statistiquement significatif, même en tenant compte d'autres variables. En psychiatrie et en réadaptation/gériatrie également, la durée de séjour moyenne diminue et ce, aussi bien selon les valeurs observées que selon les valeurs ajustées par les modèles multivariés. La durée de séjour a reculé en moyenne de 3,1% par an en psychiatrie et de 1,3% par an en réadaptation/gériatrie.

Dans quelle mesure la réduction de la durée de séjour moyenne observée depuis 2009 dans le secteur des soins stationnaires examiné découle-t-elle de la révision de la LAMal, les données disponibles ne permettent pas de répondre précisément à cette question. La durée de séjour moyenne diminue constamment sur l'ensemble de la période considérée; autrement dit, la diminution observée est aussi marquée avant qu'après 2012. Aucune modification notable de la durée de séjour dans les années qui ont suivi la mise en œuvre de la révision n'est à constater.

Réhospitalisation en soins somatiques aigus

La part de cas réhospitalisés au moins une fois en soins somatiques aigus dans les 18 jours (réhospitalisation conformément au regroupement de cas de SwissDRG; cf. encadré 2) a légèrement

Encadré 2: Définition des cas d'hospitalisation à partir de 2012

La mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et la nouvelle définition des cas pour la facturation des prestations (soins somatiques aigus) selon SwissDRG qui en résulte ont entraîné une rupture de série entre 2011 et 2012. La règle de base est que si un patient est réadmis dans le même hôpital et la même MDC (réhospitalisation) dans les 18 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital, un regroupement de cas est effectué (cf. SwissDRG, 2014 et 2015). Par conséquent, depuis 2012, un seul cas est enregistré dans la statistique médicale des hôpitaux et non plus deux, comme cela était d'usage jusqu'en 2011. Le nombre de jours de séjour est cumulé, ce qui n'a pas d'effet sur la durée totale mais fait augmenter artificiellement la durée de séjour moyenne à partir de 2012.

Pour rendre la comparaison néanmoins possible sur la période 2009–2015, pour les cas de 2009 à 2011, la MDC a été déterminée rétroactivement au moyen du logiciel 3M Kombi-Groupier de SwissDRG SA et les cas ont été regroupés conformément à la nouvelle définition. Cela a permis d'éviter la rupture de série. Les versions du Groupier respectivement utilisées pour le regroupement de cas (et la détermination de la MDC) ont été «SwissDRG 1.0 version catalogue/planification» pour 2009 et 2010 et «SwissDRG 1.0 version de planification 2» pour 2011. Les données des années 2012 à 2015 ont été regroupées avec la version de tarification de l'année correspondante, comme le fait l'OFS. Des informations détaillées sur le regroupement de cas peuvent être tirées du rapport d'accompagnement (cf. Hedinger, Tuch & Widmer, 2017).

Réhospitalisations: le nombre de réhospitalisations par cas a été déterminé selon la règle du regroupement de cas de SwissDRG (cf. SwissDRG, 2014 et 2015) à savoir, le nombre de réadmissions au sein d'un regroupement de cas. Autrement dit, les réadmissions dans le même hôpital, dans la même MDC, et/ou par suite de complications survenues dans les 18 jours suivant la première sortie sont comptabilisées.

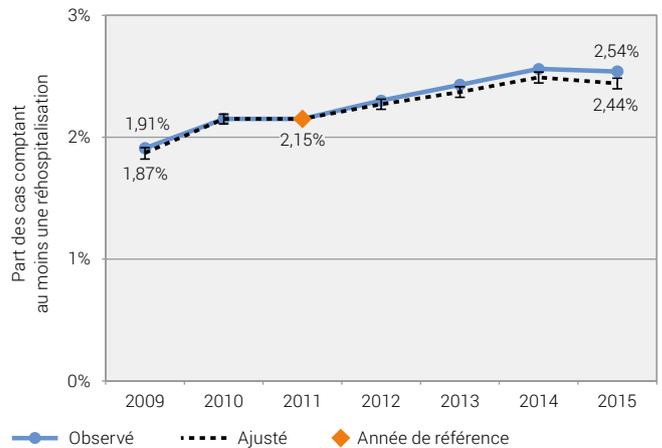
augmenté, passant de 1,91% à 2,54% entre 2009 et 2015 (cf. G2). Cette part a augmenté chaque année jusqu'en 2014, avec une augmentation de 0,13 points de pourcentage en moyenne annuelle. Entre 2014 et 2015, le taux de réhospitalisation s'est stabilisé et établi à 2,56%, resp. 2,54%. En tenant compte des autres variables du modèle multivarié (cf. encadré 3), une augmentation légère, mais statistiquement significative du taux de réhospitalisation s'inscrit dans le temps. Par rapport à l'année de référence 2011, le taux de réhospitalisation ajusté est passé de 2,15 % à resp. 2,49 % et 2,44 % en 2014 et 2015 (cf. G2).

Si l'on considère la durée moyenne des séjours à l'hôpital suivis d'une réhospitalisation, on constate qu'elle est descendue de 6,4 à 5,8 jours entre 2009 et 2012 et s'est ensuite stabilisée autour de 5,7 à 5,9 jours. Sur l'ensemble de la période sous revue, la durée des séjours suivis d'une réhospitalisation a diminué dans

Évolution du taux de réhospitalisation en soins somatiques aigus, de 2009 à 2015

Part des cas réhospitalisés au moins une fois à 18 jours

G 2



Remarque: les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

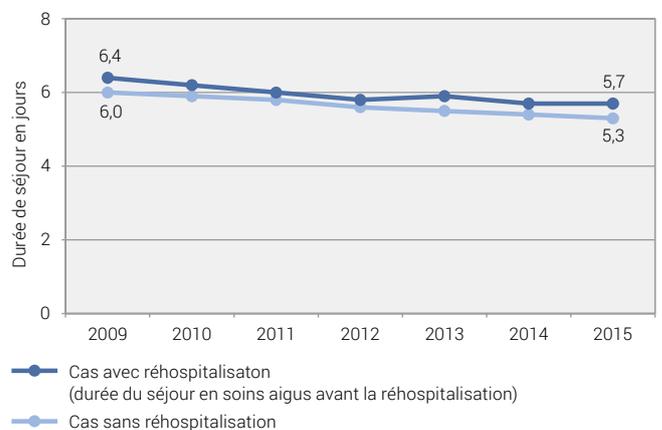
© Obsan 2017

des proportions sensiblement équivalentes, (voire tendancielle-ment un peu plus faibles) à celle des séjours non suivis d'une réhospitalisation (-10,3 % vs. -11,9 %; cf. G3). Cela correspond à une diminution de 1,8 % à 2,1 % par an. Cette analyse ne fournit par conséquent aucune indication laissant penser que l'augmentation du taux de réhospitalisation est liée à un recul de la durée de séjour.

L'interprétation du taux de réhospitalisation est fortement limitée par le fait que les catégories majeures de diagnostics (MDC) – sur la base desquelles les réhospitalisations sont identifiées – sont fondées sur des versions différentes de l'algorithme de groupement de SwissDRG pour les années 2009 à 2011 et pour celles qui suivent (cf. encadré 2). Par conséquent, la comparabilité des données selon l'année, en particulier celles antérieures à 2012, n'est pas pleinement assurée. L'observation sur

Évolution de la durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus, cas avec ou sans réhospitalisation, de 2009 à 2015

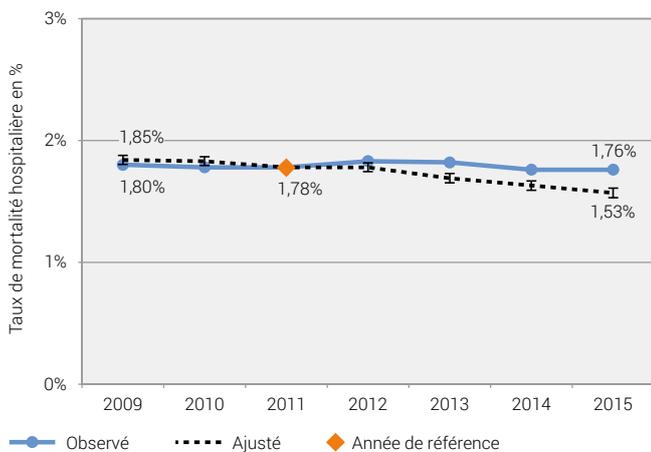
G 3



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

Évolution du taux de mortalité à 30 jours (à l'hôpital) en soins somatiques aigus, de 2009 à 2015 G 4



Remarque: les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

une période plus longue allant au-delà de 2015 montrera comment l'indicateur continue d'évoluer et si le nivellement observé à partir de 2014 se confirme à l'avenir.

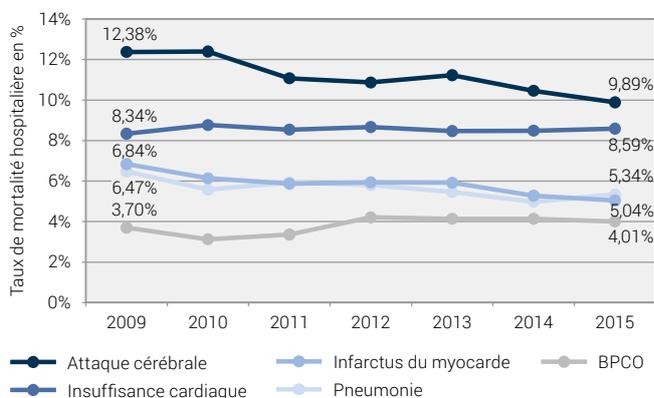
Taux de mortalité en soins somatiques aigus

La part de décès hospitaliers dans un délai de 30 jours par rapport au nombre total d'hospitalisations est restée stable en soins somatiques aigus, de l'ordre de 1,8% entre 2009 et 2015. Compte tenu des autres variables du modèle multivarié (cf. encadré 3), un recul faible, mais statistiquement significatif de la mortalité s'inscrit dans le temps. Par rapport à l'année de référence 2011, le taux de mortalité ajusté est tombé de 1,8% à 1,5% en 2015 (cf. G4).

Les taux de mortalité de certaines maladies fréquentes présentent un tableau similaire (cf. G5). Les taux de mortalité hospitalière imputables à une attaque cérébrale, à un infarctus du myocarde ou à une pneumonie ont baissé sur l'ensemble de la période examinée (resp. de 12,4% à 9,9%, de 6,8% à 5,0% et de 6,5% à 5,3%). Dans les cas d'insuffisance cardiaque par contre, la mortalité hospitalière qui était de 8,3% en 2009, a augmenté, puis s'est stabilisée autour de 8,5 ou 8,6% entre 2011 et 2015. Le taux de décès par BPCO a baissé de 3,7% à 3,1% entre 2009 et 2010, puis est remonté jusqu'en 2012 (4,2%) et diminue progressivement depuis (4,0% en 2015).

Les données analysées ici ne mettent en évidence aucune augmentation des taux de mortalité en soins somatiques aigus stationnaires depuis la mise en œuvre de la révision de la LAMal. Comme la durée de séjour, ceux-ci sont en diminution depuis 2012. En d'autres termes: en valeur relative, le nombre de décès enregistrés à l'hôpital baisse depuis 2012. Il convient en outre de considérer que les décès à l'hôpital ne sont pas représentatifs de la mortalité globale en raison des restrictions qui pèsent sur les sources de données, rendant impossible le calcul du nombre

Évolution des taux de mortalité à 30 jours (à l'hôpital) en soins somatiques aigus, par groupe de diagnostics, de 2009 à 2015 G 5



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

de personnes décédées en dehors de l'hôpital sur une période donnée. Autrement dit, le taux de mortalité effectif à 30 jours n'est pas connu.

Interfaces entre les secteurs de soins (chaînes de prise en charge)²

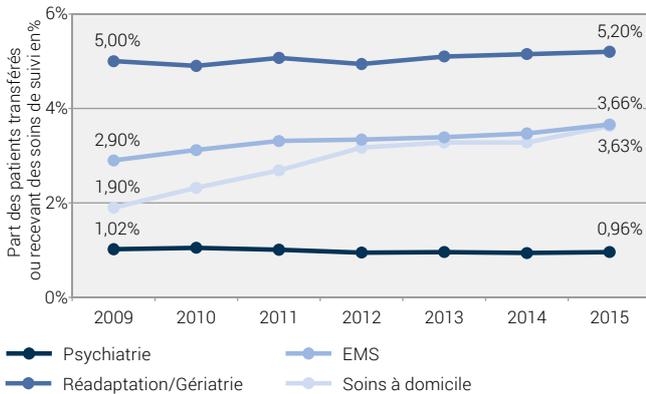
Avec l'introduction de SwissDRG, la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a créé des incitations à réduire le plus possible la durée des séjours dans le secteur des soins somatiques aigus. Par conséquent, la question se pose aussi de savoir si et dans quelle mesure les transferts vers la prise en charge post-hospitalière sont en augmentation.

Le nombre de patients transférés dans des établissements de soins post-hospitaliers après une prise en charge en soins somatiques aigus stationnaires évolue différemment d'un secteur de soins à l'autre (cf. G6). La part des transferts à 30 jours est restée relativement stable, de l'ordre de 1%, des soins somatiques aigus vers la psychiatrie et de 5% des soins somatiques aigus vers la réadaptation/gériatrie sur la période examinée.

Le nombre de personnes transférées vers un EMS ou qui continuent de recevoir des soins à domicile après un séjour en soins somatiques aigus est par contre en augmentation. Entre 2009 et 2015, la part des suivis en EMS est passée de 2,9% à 3,7% et celle des suivis à domicile a quasiment doublé, passant de 1,9% à 3,6%. Dans les deux institutions de prise en charge post-hospitalière, on constate en particulier une augmentation du nombre de cas, entre 2009 et 2011 ou 2012, puis une stabilisation jusqu'en

² Remarque au sujet des interfaces soins somatiques aigus – psychiatrie et soins somatiques aigus – réhabilitation/gériatrie: Compte tenu des problèmes dans la statistique médicale posés par les codes de liaison de certains hôpitaux, pour certaines années et certaines institutions il a fallu se contenter d'une estimation de la part des transferts, sur la base des données de l'année précédente ou de l'année suivante. Le cryptage des données des patients ou la création du code de liaison anonyme sont directement effectués par les hôpitaux. Des informations plus détaillées à ce sujet sont disponibles dans le rapport d'accompagnement.

Part des cas transférés des soins somatiques aigus dans des secteurs situés en aval, de 2009 à 2015 G 6



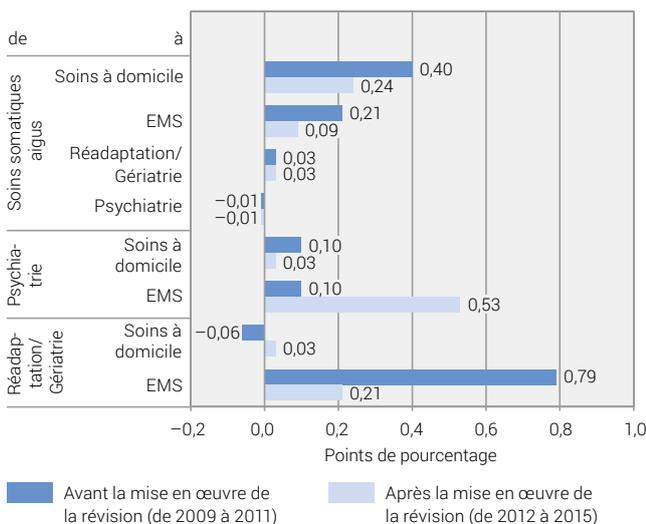
Remarque: les patients transférés en psychiatrie et en réadaptation dans un délai de 30 jours sont identifiés par un code de liaison; les patients transférés dans un EMS ou suivis par des services de soins à domicile sont dénombrés au moyen de la variable «Séjour après la sortie» de la statistique médicale des hôpitaux.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

2014, suivie d'une nouvelle hausse entre 2014 et 2015 (cf. G6). La part des prises en charge post-hospitalières en EMS a augmenté chaque année de 0,21 points de pourcentage en moyenne, de 2009 à 2011, puis seulement de 0,09 points de 2012 à 2015, soit après la mise en œuvre de la révision de la LAMal (cf. G7). Les prises en charge post-hospitalières à domicile ont augmenté chaque année de 0,4 points de pourcentage entre 2009 et 2011 et de 0,24 points de pourcentage entre 2012 et 2015.

Évolution annuelle moyenne de la part des cas transférés ou suivis dans des secteurs situés en aval, de 2009 à 2015 G 7

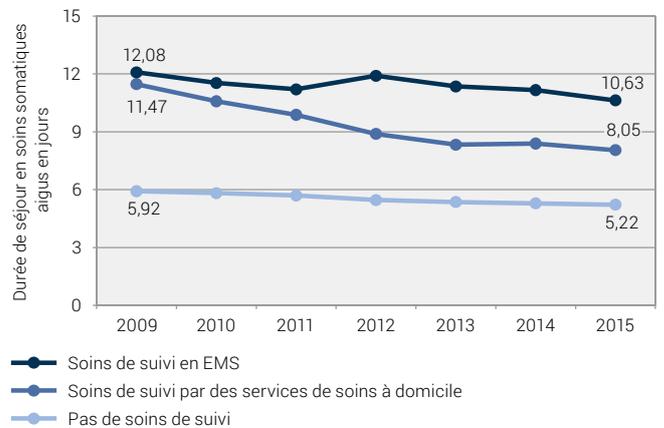


Remarque: les patients transférés en psychiatrie et en réadaptation dans un délai de 30 jours sont identifiés par un code de liaison; les patients transférés dans un EMS ou suivis par des services de soins à domicile sont dénombrés au moyen de la variable «Séjour après la sortie» de la statistique médicale des hôpitaux.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

Évolution de la durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus des cas transférés dans un EMS ou vers les soins à domicile, de 2009 à 2015 G 8



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2017

Concernant les transferts de la psychiatrie vers un EMS, la part des suivis post-hospitaliers a par contre augmenté moins fortement avant 2012 qu'après (0,10 contre 0,53 points de pourcentage). Quant à la part des cas suivis à domicile après un séjour en psychiatrie, elle n'a que faiblement augmenté au fil du temps, tendant même à baisser (0,10 vs. 0,03 points de pourcentage).

Une évolution marquante a pu être observée dans les transferts de la réadaptation/gériatrie vers les EMS: entre 2009 et 2012, la part moyenne des suivis post-hospitaliers a augmenté de 0,79 points de pourcentage par an contre seulement 0,21 points de pourcentage entre 2012 et 2015.

La durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus des patients qui, par la suite ont soit été transférés vers un EMS soit fait l'objet d'une prise en charge post-hospitalière à domicile, a baissé sur la période examinée (cf. G8), passant respectivement de 12,1 jours en 2009 à 10,6 jours en 2015 en cas de transfert consécutif vers un EMS, et de 11,5 jours à 8,1 jours en cas de prise en charge consécutive à domicile. La durée de séjour en soins somatiques aigus des personnes qui n'ont pas fait ensuite l'objet d'une prise en charge post-hospitalière n'a que très légèrement diminué, passant de 5,9 à 5,2 jours.

Dans l'ensemble, on constate un report assez important des soins somatiques aigus vers les structures de soins post-hospitalières en même temps qu'une réduction de la durée d'hospitalisation. Cela ne vaut cependant que pour les transferts vers les secteurs non cliniques (soins à domicile et EMS). On observe également une augmentation des transferts de la réadaptation/gériatrie vers les EMS.

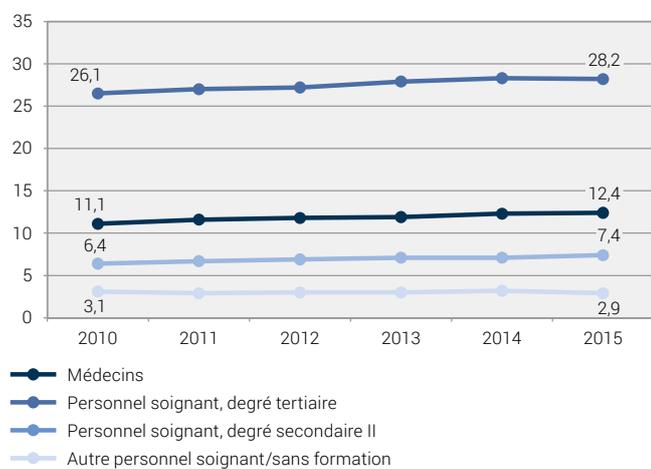
Indicateurs au niveau du personnel des hôpitaux et des cliniques

En soins somatiques aigus, le nombre d'équivalents plein temps (EPT) pour 1000 cas a augmenté dans presque tous les groupes de professions entre 2010 et 2015 (cf. G9).

Évolution du taux d'encadrement en soins somatiques aigus par groupe de professions, de 2010 à 2015

Nombre d'équivalents plein temps pour 1000 cas

G 9



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2017

En psychiatrie, le ratio médecins/patients est resté quasiment inchangé entre 2010 et 2015 (29,0 contre 28,7 EPT pour 1000 cas). Chez le personnel soignant (niveau tertiaire) par contre, on constate un recul de 5 EPT pour 1000 cas sur la même période, tandis que le ratio de psychologues pour 1000 cas a augmenté de 6,3 EPT (cf. G10).

En réadaptation/gériatrie, on observe entre 2010 et 2015, une baisse en personnel soignant (niveau tertiaire) de 1,8 EPT pour 1000 cas et une augmentation de 1,5 EPT pour 1000 cas dans les autres catégories de personnel soignant (autres/sans formation) (cf. G11). Dans les deux autres groupes de profession, aucune modification majeure n'a été observée.

La situation de l'emploi a donc évolué de manière différente dans chacun des trois secteurs de soins. Si le nombre d'EPT a globalement augmenté en soins somatiques aigus, il a plutôt eu tendance à reculer ou à stagner en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie. Dans quelle mesure ces évolutions sont liées à la mise en œuvre de la révision de la LAMal ou plutôt imputables à d'autres facteurs tels que le nouveau régime de financement des soins ou la pénurie de médecins dans les spécialités psychiatrie et psychothérapie, les chiffres ne permettent pas de le déterminer.

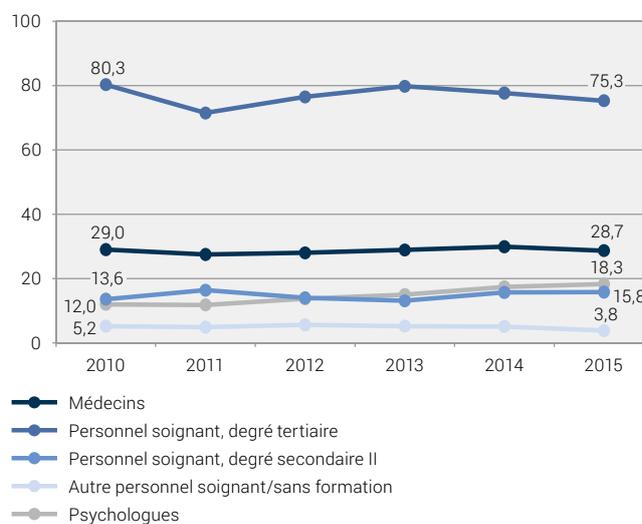
Résumé

Dans l'ensemble, les analyses mettent en évidence des changements visibles et généralement constants au fil du temps de la plupart des indicateurs. Elles ne montrent pas directement dans quelle mesure ces évolutions sont globalement imputables à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ou plus particulièrement à des mesures telles que l'introduction de SwissDRG. Mais on constate que la durée de séjour baisse constamment depuis quelques années. Le taux de mortalité hospitalière est également en baisse; mais l'absence de données

Évolution du taux d'encadrement en psychiatrie par groupe de professions, de 2010 à 2015

Nombre d'équivalents plein temps pour 1000 cas

G 10



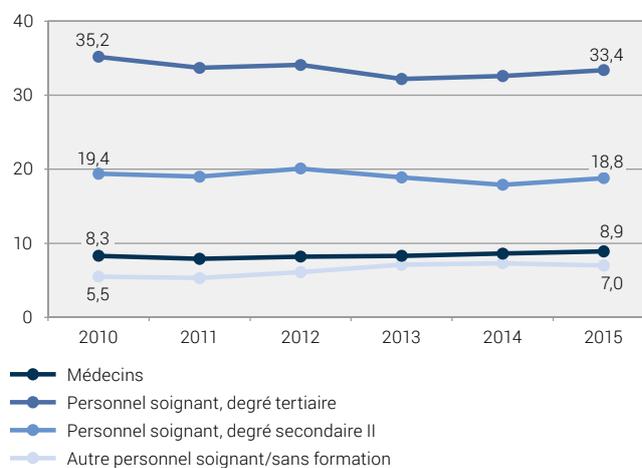
Sources: OFS – Statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2017

sur les cas de décès extra hospitaliers limite la portée de ce résultat. À cette restriction près, on peut voir dans ces données une amélioration de la qualité des processus et des résultats. Les cas de réhospitalisation ont par contre légèrement augmenté sur la même période. La question de savoir si cette augmentation est également liée à la baisse de la durée des séjours (p. ex. présomption de sorties prématurées) et de ce fait à une possible dégradation de la qualité de la prise en charge n'a pas été examinée. Le fait que la durée de séjour moyenne des personnes réhospitalisées soit supérieure à celle des autres patients plaide plutôt contre cette hypothèse.

Évolution du taux d'encadrement en réadaptation/gériatrie par groupe de professions, de 2010 à 2015

Nombre d'équivalents plein temps pour 1000 cas

G 11



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2017

L'examen des résultats concernant les interfaces entre les différents secteurs de soins montre que les soins post-hospitaliers non cliniques en EMS ou à domicile ont clairement tendance à augmenter, tandis que la part de transferts vers les établissements de soins cliniques reste stable ou diminue légèrement. Dans quelle mesure l'augmentation du suivi post-hospitalier non clinique est liée à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ou à d'autres facteurs, comme le nouveau régime de financement des soins introduit en 2011, ce travail n'a pas permis de répondre à cette question.

Les résultats recourent largement les études de qualité menées jusqu'à présent par l'Obsan dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal (cf. Widmer & Kohler, 2016; Kohler, Widmer & Weaver, 2015; Widmer & Weaver, 2011). L'augmentation du nombre de réhospitalisations avait déjà été constatée dans des études antérieures, sans que l'on n'ait pu, déjà à l'époque, la mettre clairement en relation avec la révision de la LAMal (cf. Widmer & Kohler, 2016). Dans l'ensemble, les analyses continuent de montrer que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a pas eu d'effet marquant sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires.

Les évaluations de la satisfaction subjective des patients et des appréciations des médecins corroborent nos résultats. Selon les enquêtes menées par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), les patients sont toujours très satisfaits des hôpitaux et des cliniques au fil des ans, et attribuent toujours à leur séjour des notes supérieures à 9 en moyenne sur une échelle de 0 (non satisfait) à 10 (très satisfait) (cf. rapport d'accompagnement, chap. 3.5).³ Pour ce qui est du corps médical, d'après une étude sur les conséquences de la révision de la LAMal commandée par la FMH, les médecins affichent un taux de satisfaction et d'identification professionnelle très élevé (cf. gfs.bern, 2015). Ils considèrent en outre qu'une prise en charge de qualité est clairement établie et que la marge de manœuvre souhaitée dans le cadre des hospitalisations a été maintenue malgré l'introduction des forfaits par cas, de sorte qu'une prise en charge optimale des patients est garantie et que toutes les prises en charge nécessaires sont possibles. Par ailleurs, ils considèrent que les formalités administratives ont légèrement augmenté et que les effets des contraintes budgétaires sont tangibles, mais de faible ampleur.

On constate enfin que, quatre ans après son entrée en vigueur, aucun effet négatif majeur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'est à déplorer sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires, sur la base des indicateurs mesurés. Il reste à voir si cette tendance se confirmera. Il conviendra également d'examiner si la révision de la LAMal aura des répercussions sur les secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation/gériatrie car les nouvelles structures tarifaires TARPSY et ST Reha qu'elle a instituées ne sont pas encore entrées en vigueur.

³ Il convient de souligner que les indicateurs de l'ANQ n'ont pas été élaborés pour évaluer la révision de la LAMal ni dans le but de mener une recherche complémentaire sur la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (cf. www.anq.ch). Les résultats décrits ici sont les propres évaluations des auteurs basées sur des données de l'enquête auprès des patients de l'ANQ.

Encadré 3: Données et méthodes

Les analyses se basent sur les données de la statistique administrative des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) établies par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles couvrent les années 2009 à 2015.

Afin d'étudier les effets potentiels du nouveau mode de financement hospitalier sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires, l'évolution des indicateurs dans chaque secteur de soin (soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation/gériatrie) a été analysée. Il a été procédé à une comparaison avant-après en comparant la période qui a précédé l'introduction du nouveau système (2009–2011) à celle qui l'a suivie (2012–2015). Pour les indicateurs relatifs au personnel et aux interfaces, des analyses descriptives ont été menées; pour les indicateurs relatifs aux patients, des modèles multivariés ont aussi été utilisés, qui tiennent compte entre autres des variables suivantes: âge, sexe et canton de domicile. Pour les soins somatiques aigus, il s'est agi des groupes de diagnostic principal CIM-10, de l'index de comorbidité de Charlson et de la division (privée, semi-privée vs. générale), pour la psychiatrie, des groupes de diagnostic principal CIM-10-F (troubles psychiques ou comportementaux) et des comorbidités (nombre de diagnostics secondaires) et pour la réadaptation/gériatrie, des groupes de diagnostic principal CIM-10.

En fonction du niveau d'échelle des indicateurs (continu ou discret), des modèles de régression linéaire et de régression logistique ont été calculés respectivement pour la durée de séjour et pour les taux de réhospitalisation et de mortalité. Outre les valeurs empiriques (valeurs observées), les valeurs adaptées par les modèles multivariés ont également été calculées (valeurs ajustées). Pour les modèles linéaires, il s'agit des Least-Mean-Squares (LSM) et pour les modèles logistiques, des modifications calculées en points de pourcentage par rapport à l'année de référence 2011 sur la base du rapport de cotes. Les moins de 16 ans ont été exclus de l'ensemble des analyses multivariées.

Pour analyser l'évolution de la prise en charge des patients individuels (p. ex. les interfaces), le code de liaison anonyme a été utilisé. L'OFS a autorisé la demande d'appariement y relative. Le calcul des soins post-hospitaliers à domicile ou en EMS est basé sur les données de la statistique médicale des hôpitaux.

Références

gfs.bern (2015). *Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015*. Bern: gfs.bern. https://www.fmh.ch/files/pdf17/20160106_FMH-Begleitforschung_Kurzbericht_F.pdf. Consulté le 27.3.2017.

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. www.bag.admin.ch/evalfinanzementhospitalier.

Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1^{re} étape, 2008–2012*. (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

OFSP (2015). *Concept global: Évaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier (version du 13 mai 2015)*. Écrit par: Markus Weber/Christian Vogt, Berne. www.bag.admin.ch/evalfinanzementhospitalier. Consulté le 10.4.2017.

SwissDRG. (2014). *Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG*. Bern: SwissDRG.

SwissDRG. (2015). *Clarifications et exemples de cas concernant les Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG*. Bern: SwissDRG.

Widmer, M. & Kohler, D. (2016). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires – Actualisation 2013*. (Obsan Bulletin 4/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Widmer, M. & Weaver, F. (2011). *Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Rapport Obsan 49)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Damian Hedinger, Alexandre Tuch, Marcel Widmer (Obsan)

Référence bibliographique

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitorage des indicateurs de qualité de 2009 à 2015*. (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Direction du projet Obsan

Marcel Widmer

Direction du projet OFSP

Gabriele Wiedenmayer (Service Evaluation et recherche)

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand; cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1702).

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratuit)

Numéro OFS

1034-1702

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.