

Taux d'activité: l'autodéclaration vs. les prestations facturées

Validation des données en vue de la recherche sur la fourniture des soins

Esther Kraft,
Christoph Napierala

Introduction

Le taux d'activité est une notion importante qui apparaît en corrélation avec les différentes questions inhérentes au système de santé (équivalent de postes à plein temps, taux d'activité moyen etc.). C'est la raison pour laquelle les médecins peuvent, depuis 2008, déclarer eux-mêmes leur taux d'activité dans la statistique médicale de la FMH par le biais de *myFMH*. La précision des données autodéclarées concernant le taux d'activité est primordiale pour la planification et la recherche sur la fourniture des soins, ce qui requiert la validation de ces chiffres. La très complète banque de données du NAKO permet de réaliser pour la première fois une telle validation.

Sur la base des deux banques de données, l'étude a examiné si le taux d'activité autodéclaré des médecins correspondait aux prestations facturées par le biais du TARMED et au minutage saisi. Il a été considéré qu'environ 10% du taux d'activité des médecins ne pouvaient pas être facturés par le biais du TARMED.

Pour accomplir ces analyses, un échantillon anonyme (N=2309) de médecins, ayant autodéclaré leur taux d'activité à un moment défini, a été choisi parmi la statistique médicale de la FMH. Après un matching par discipline principale, un échantillon représentatif par rapport à celui de la FMH a été extrait de la banque de données du NAKO (N=2025), ceci permettant d'améliorer la comparaison entre les deux sources de données. La validation du taux d'activité a été réalisée avec un bloc de données parfaitement anonyme et agrégé.

Objectif

Les indications concernant le taux d'activité des médecins doivent être comparées entre elles et validées avec l'aide des banques de données de la FMH et du NAKO. L'objectif de l'étude est de savoir si les informations données par le taux d'activité autodéclaré correspondent à ce que ce dernier représente réellement. On peut ainsi poser l'hypothèse suivante:

Des différences supérieures à 10% existent entre les indications concernant le taux d'activité (en demi-journées) de la statistique médicale de la FMH et les indications relatives aux prestations facturées (minutage) de la banque de données du NAKO.

La validation donne des informations concluantes sur la précision et l'applicabilité des données. Ces dernières permettent de franchir un pas en vue de consolider les connaissances au sujet de l'activité des méde-

En bref

L'étude suivante est consacrée à la validation du taux d'activité des médecins pratiquant en Suisse. La FMH et NewIndex ont uni leurs efforts et examinent pour la première fois le taux d'activité auto-déclaré de la statistique médicale de la FMH et les prestations facturées de la banque de données du Service national de consolidation (NAKO) [1]. Les blocs de données, utilisés de manière parfaitement anonyme, sont comparés entre eux à un niveau agrégé. Les évaluations individuelles ne font pas l'objet de cette étude.

L'étude vise à savoir si un écart supérieur à 10% existe entre les données relatives au taux d'activité (en demi-journées) relevées dans la statistique médicale de la FMH et celles relatives aux prestations facturées (selon le minutage) répertoriées dans la banque de données du NAKO. Dans la pratique, toutes les prestations fournies, p.ex. prestations administratives ou celles dans le domaine de la qualité, ne peuvent pas être facturées. L'étude montre que, sur tous les médecins, il existe une différence significative entre les données de la FMH et celles du NAKO, qui toutefois ne dépasse pas 10% [2]. Dans les disciplines médecine générale et médecine générale plus, on constate le même écart. En psychiatrie et psychothérapie, cette différence franchit légèrement la barre des 10%. Les données des médecins sans activités chirurgicales ne présentent aucune différence entre les relevés de la FMH et ceux du NAKO. Les données des médecins spécialisés en chirurgie indiquent des différences de plus de 10%.

Les résultats montrent qu'aucune différence significative n'existe entre le taux d'activité autodéclaré de la FMH et la facturation du minutage corrigé de 10%.

cins ambulatoires et des taux d'activité par discipline qu'ils autodéclarent auprès de la FMH. Par ailleurs, l'étude donne des indications concernant la validité du minutage facturable par société de discipline médicale dans la banque de données du NAKO.

Mode opératoire méthodique

La vérification méthodique du taux d'activité a été réalisée par validation externe du construit. La valida-

1 Avec le minutage effectif facturé.

2 L'expérience pratique a montré qu'on pouvait considérer une différence de 10% environ entre les sources de données.

Correspondances:
Esther Kraft
FMH, Département DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
ddq@fmh.ch

Christoph Napierala
NewIndex
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur
Tél. 052 235 05 55
Fax 052 235 05 50
info@newindex.ch

tion complète et minutieuse s'est également appuyée sur une partie de la méthode multitraits-multiméthodes (MTMM). Cette variante particulière de la validation externe du construit requiert la collecte de plusieurs construits (multitraits) par le biais de plusieurs méthodes de saisie (multiméthodes). L'objectif de l'analyse est de conserver une validité convergente. C'est le cas lorsque plusieurs méthodes sont appliquées pour mesurer un même construit. Concrètement, cela signifie que l'autodéclaration de la FMH et les données de facturation du NAKO (méthodes) aboutissent à des résultats similaires quant au taux d'activité (construit) [3].

Le taux d'activité autodéclaré de la FMH et les prestations facturées selon le TARMED (minutage) ont été estimés selon une équivalence de postes à temps complet [4]. Après une analyse descriptive, une analyse de variance (ANOVA) à un facteur vérifiait les valeurs attendues dans les groupes anonymes. Ces groupes correspondent aux disciplines principales. Ainsi, l'ANOVA analyse si les groupes suivants connaissent des différences significatives entre les deux banques de données (FMH et NAKO) [5].

Médecine générale: médecine praticiens sans titre reconnu, médecins généralistes, internistes généralistes sans sous-spécialisation

Médecine générale plus: médecine générale + gynécologie et pédiatrie

Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: sous-spécialisations en médecine interne, allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastroentérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et de réadaptation, oncologie, infectiologie, médecine tropicale, dermatologie-vénérologie

Chirurgie: chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique

Psychiatrie: psychiatrie + psychothérapie et psychiatrie + psychothérapie d'enfants et d'adolescents

3 Borts J et al. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006. S. 32ff.

4 L'estimation considère qu'un taux d'activité moyen est de 45 heures hebdomadaires et de 2200 heures annuelles. La FMH définit une demi-journée par un volume de travail de 4 à 6 heures. Un maximum de 14 demi-journées peut être accumulé par semaine. Après une analyse préliminaire approfondie, l'étude a été réduite à la comparaison des deux collectifs en considérant qu'une demi-journée comptait 4 heures.

(Continuation page suivante)

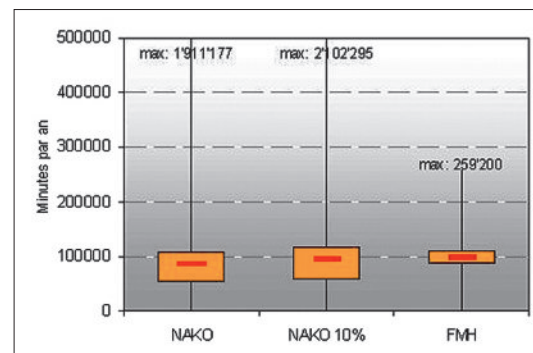
Outre les objets principaux de l'analyse présentés ci-dessus, l'étude s'est également penchée sur la question de l'influence de l'âge (répartition en deux groupes).

Résultats

Dans un premier temps, l'étude a permis de clarifier s'il existait des écarts significatifs entre les taux d'activité des deux échantillons statistiques. Sur la totalité de l'échantillon, on a effectivement dénoté une différence significative entre le taux d'activité autodéclaré auprès de la FMH et les prestations facturées auprès du NAKO. La valeur moyenne de l'échantillon de la FMH est significativement plus élevée que celle du NAKO. Il est frappant de constater que les écarts types étaient beaucoup plus importants au NAKO qu'à la FMH. Cela s'explique principalement par le fait que la FMH a fixé une limite artificielle allant de 0 à 14 demi-jours, alors

Tableau 1

Box-Plots du NAKO (par minutage) et données de la FMH.



que le minutage n'est pas limité vers le haut (cf. tableau 1).

L'étude postule que les médecins ne peuvent pas facturer la totalité de leurs activités via le TARMED. Les travaux administratifs ou les travaux ayant trait au domaine de la qualité ne peuvent pas être facturés et ne figurent donc pas dans les chiffres du NAKO. L'hypothèse présuppose une différence de plus de 10% entre les deux échantillons. Si les valeurs de minutage du NAKO étaient véritablement supérieures de 10%, il n'y aurait pas non plus de différence significative entre les données de la FMH et celles du NAKO. Le tableau 2 montre que si l'on compte les 10% de charges supplémentaires consacrées aux travaux administratifs, les écarts entre les deux banques de données sont quasiment nuls.

Les deux échantillons ont également été analysés quant à la question de l'influence de l'âge. La répartition des données en deux groupes a permis d'obtenir les résultats suivants: le premier groupe englobait tous les médecins nés avant le 31 décembre 1958 et le deuxième tous ceux nés à partir du 1^{er} janvier 1959. Sur le plan de l'âge, on ne dénote aucun écart aléatoire entre les deux banques de données (FMH et NAKO) quant aux taux d'activité autodéclarés et aux prestations facturées [6]. Cet aspect ne sera donc pas considéré par la suite.

Si l'on gonfle les données du NAKO de 10%, la comparaison s'établit comme suit: comme pour les autres spécialités, on ne constate plus de différences statistiques significatives dans les groupes de spécialistes en médecine générale, en médecine générale plus et dans le groupe des spécialistes sans activité chirurgicale. Pour la psychiatrie, la valeur F est également nettement plus basse, la différence entre les données FMH et NAKO atteint tout juste le niveau de «significatif». Cela montre qu'en psychiatrie, plus de prestations sont effectuées en l'absence du patient, sans figurer dans le TARMED, que dans les autres groupes.

Si l'on gonfle les données du NAKO de 10%, la comparaison s'établit comme suit: comme pour les autres spécialités, on ne constate plus de différences statistiques significatives dans les groupes de spécia-

Tableau 2

ANOVA à propos des données de la FMH et du NAKO.

	FMH			NAKO			NAKO 10%			Indices statistiques	
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	F (df) p FMH/NAKO	F (df) p FMH/NAKO 10%
Tous	2309	96484	27652	2025	85209	75868	2025	93730	83455	44,29(1)***	2,24(1) ns
Médecine générale	681	95011	23964	680	84371	45925	680	92808	50517	28,72(1)***	1,06(1) ns
Médecine générale plus	778	95214	25696	776	84291	45293	778	92720	49822	34,21(1)***	1,54(1) ns
Sans activité chirurgicale	950	97836	27383	875	94805	98280	875	104285	108108	0,83(1) ns	3,16(1) ns
Chirurgie	218	101906	32454	167	52812	39588	167	58093	43547	178,60(1)***	127,91(1)***
Psychiatrie	317	92225	28733	206	74296	72456	206	81726	79702	15,64(1)***	4,59(1)*

N: Nombre de cas; M: moyennes arithmétiques; SD: écarts types; F: valeur F; df: degrés de liberté; p: signification statistique; niveau de signification: ns: pas significatif; * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

- 5 Document de travail 22 Obsan, p. 20.
www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2605
- 6 FMH: p = 0,387 NAKO: p = 0,158
- 7 Rejeter l'hypothèse nulle signifie que les valeurs moyennes de la FMH et du NAKO (soit NAKO + 10%) ne sont pas différentes sur le plan statistique; cela signifie que la FMH est «validée» par les données du NAKO.

listes en médecine générale, en médecine générale plus et dans le groupe des spécialistes sans activité chirurgicale. Pour la psychiatrie, la valeur F est également nettement plus basse, la différence entre les données FMH et NAKO atteint tout juste le niveau de «significatif». Cela montre qu'en psychiatrie, plus de prestations sont effectuées en l'absence du patient, sans figurer dans le TARMEDE, que dans les autres groupes.

Bilan

L'hypothèse nulle ne peut donc être ni rejetée ni acceptée. Elle nécessite une interprétation détaillée. Si l'on applique cette hypothèse à tous les médecins (indépendamment du groupe de spécialistes auquel ils appartiennent), l'on constate une différence significative entre les données de la FMH et du NAKO. Le taux d'activité est nettement supérieur dans les données de la FMH que dans celles du NAKO, ce qui signifie que l'autodéclaration est plus élevée que la valeur de la facturation. Cela s'explique de deux manières: soit les médecins surestiment leur taux d'activité dans une mesure non-aléatoire ou ils ne peuvent pas faire valider la totalité de leur taux d'activité.

En corrigeant les données du NAKO de 10%, qui représentent par exemple une charge administrative

non facturable, le résultat change: les différences entre les deux méthodes de relevé sont aléatoires et n'ont plus de signification statistique, c'est-à-dire qu'elles sont inférieures à 10%.

Cette conclusion s'applique également aux groupes de spécialistes en médecine générale et en médecine générale plus. En psychiatrie, on observe la même tendance, la différence étant toutefois légèrement supérieure à 10%.

Conclusion et perspective

Cette étude montre que les données de la statistique médicale de la FMH sur le taux d'activité fournies par autodéclaration sont valables. Leur validité et utilisation est ainsi garantie. Si l'on admet que 10% du travail des médecins ne peuvent pas être facturés selon le TARMEDE (travaux administratifs, démarches d'assurance qualité, etc.), il n'existe aucune différence statistique significative entre les deux banques de données que sont la statistique médicale de la FMH et les chiffres fournis par le NAKO.

Les médecins ne sont donc pas rémunérés selon leur taux d'activité complet. En effet, 10% de leur temps de travail – parfois plus, suivant le groupe de spécialistes auquel ils appartiennent, ne peuvent pas être facturés. Or, il s'agit fréquemment de prestations qui sont exigées par les assureurs. Lors de sa session d'hiver, le parlement a suivi la même voie en discutant de mesures visant à endiguer l'évolution des coûts. La question de savoir si les assureurs ont le droit de convenir d'une valeur du point tarifaire plus élevée ou d'une prime de qualité avec les fournisseurs de prestations dont le travail est régulièrement contrôlé par un organe de certification accrédité est également en cours de discussion.

La présente étude peut être appliquée à d'autres domaines à l'avenir. Notamment, les questions relevant de la géographie ou de la répartition selon le sexe pourraient bénéficier d'une approche quasiment identique.

Tableau 3

Représentation de la vérification des hypothèses ✓ = accepter l'hypothèse / ✗ = rejeter l'hypothèse.

Vérification de l'hypothèse [7]	Tous	Médecine générale	Médecine générale plus	Sans activité chirurgicale	Chirurgie	Psychiatrie
Il y a des différences entre les données du pool FMH et les indications fournies par le NAKO.	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Entre les données du pool FMH et les indications du NAKO, les différences sont supérieures à 10%.	✗	✗	✗	✗	✓	✓