La réforme du financement hospitalier a généré des inquiétudes non seulement dans le milieu stationnaire, mais également au sujet des prestations ambulatoires. En effet, tout changement de structure tarifaire a ses incitations qui peuvent induire des changements significatifs du mode de prise en charge des patients. Afin d'appréhender de telles variations, la FMH et H+ ont conjointement mandaté une étude centrée sur les prestations ambulatoires. Une évaluation transversale de la situation a été pratiquée avant l'introduction de SwissDRG. Cet article fait état des premières constatations faites à cette occasion, avec une situation de base très hétérogène suivant les cantons.

Dr Pierre-François Cuénoud, vice-président de la FMH, responsable du domaine Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers

Les effets des forfaits par cas stationnaires sur le domaine ambulatoire entre 2009 et 2011

Michael Lobsiger^a, Stefan Meyer^b, Tobias Pfinninger, Timo Tondelli^b, Wolfram Kägi^a, Stefan Felder^b

- a B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle
- b Département «Health Economics», WWZ, Université de Bâle
- * Une version détaillée de ce rapport intermédiaire réalisé sur mandat de la FMH et de H+ dans le cadre de la recherche concomitante sur l'introduction de SwissDRG peut être téléchargée sous www.fmh.ch → Tarifs → Recherche concomitante
 - → Transfert stationnaire ambulatoire.

Nous tenons à remercier l'assurance-maladie Helsana SA pour la mise à disposition de ses données et pour l'aide fournie lors de leur traitement.

Correspondance: FMH Froburgstrasse 15 CH-4600 Olten Tél. 031 359 12 24 Fax 031 359 11 12

Rémunérations stationnaires avant SwissDRG

Avant l'introduction de SwissDRG au 1er janvier 2012, le paysage tarifaire suisse était très hétéroclite. La rémunération des prestations de soins aigus stationnaires était en effet soumise à des systèmes tarifaires différents selon les cantons. Une grande partie des cantons de Suisse romande, centrale et méridionale utilisaient déjà des forfaits par cas liés au diagnostic (AP-DRG); par contre, dans toute la Suisse orientale et dans le canton de Fribourg, on appliquait une tarification des processus et prestations (PLT). En 2010, le canton de Berne a passé du système PLT au système AP-DRG pour la facturation des prestations stationnaires. Dans les deux Bâle et le canton de Soleure, les hôpitaux de soins aigus étaient encore rémunérés selon des forfaits journaliers. Le canton d'Argovie représentait un cas particulier. En effet, alors que l'Hôpital cantonal d'Aarau avait recours, comme base de rémunération, à un modèle de cheminement intégré du patient (MIPP) qu'il avait lui-même développé, dans tous les autres hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics en Argovie, on facturait selon des forfaits par division (FPD).

Ces différents systèmes tarifaires cantonaux ontils eu une influence sur la répartition du travail entre secteur de soins stationnaires aigus et secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés) pour la fourniture de prestations? Pour notre étude qui se penche sur cette question, nous disposions des données de l'assurance-maladie Helsana concernant le recours d'assurés à des prestations stationnaires et ambulatoires au cours des trois dernières années. Nous nous sommes limités aux quelque 101 000 assurés qui ont séjourné dans un hôpital de soins aigus au moins une fois au cours du 2e trimestre des années 2009,

2010 ou 2011. Le recours d'assurés à des prestations ambulatoires sans séjour stationnaire n'a donc pas été examiné.

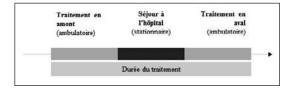
Pour analyser les effets des différents systèmes tarifaires sur le recours à des prestations ambulatoires avant ou après un séjour à l'hôpital, nous avons utilisé la méthode de régression multivariée qui permet de contrôler toute une série d'autres facteurs d'influence possibles, dont des caractéristiques concernant les patients (notamment facteurs socio-démographiques, contrat d'assurance, degré de gravité, PCG) et les hôpitaux (type d'hôpital, case-mix des patients traités, etc.).

L'illustration 1 résume graphiquement les données du problème et montre notamment les traitements ambulatoires qui ont été effectués dans une certaine période avant ou après un séjour à l'hôpital. La durée de cette période varie entre 5, 10 et 20 jours. En outre, une différenciation entre ambulatoire hospitalier et cabinets privés est possible.

Résultats: nombre de consultations

L'illustration 2 montre les différences concernant le nombre de consultations qui ont été facturées dans les 20 jours avant et après un séjour stationnaire. Dans les cantons avec AP-DRG, il y a eu, sur la pé-

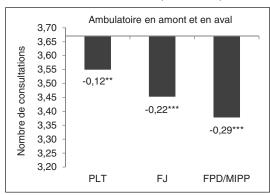
Figure 1Fourniture de prestations dans le secteur ambulatoire en amont et en aval.





Swiss DRG FMH

Figure 2
Consultations en amont et en aval, période = 20 jours.



Remarque: *** significatif au niveau d'erreur 1%. Systèmes tarifaires: PLT: tarification des processus et prestations, FJ: forfaits journaliers, FPD/MIPP: forfaits par division/MIPP.

riode considérée, 3.67 consultations en moyenne dans le domaine ambulatoire en amont et en aval. Dans les cantons utilisant un autre système tarifaire, un nombre significativement inférieur de consultations a été facturé. La différence varie d'environ 0,1 (3%; PLT) à 0,3 (8%; FPD/MIPP) consultations.

Ces effets sont aussi significativement négatifs pour les périodes de 5 et 10 jours; autrement dit, également pour des périodes plus courtes, on peut constater qu'on a facturé systématiquement plus de consultations via le TARMED dans les cantons avec AP-DRG que dans les cantons utilisant un autre système tarifaire. En outre, plus la période considérée est courte, plus les différences relatives entre les systèmes tarifaires sont importantes.

Si l'on distingue entre le domaine en amont et celui en aval, on constate qu'il y a davantage de consultations ambulatoires avant un séjour stationnaire dans le système AP-DRG que dans les systèmes tarifaires des forfaits journaliers et des forfaits par division/MIPP. En revanche, il n'y a pas de différence significative par rapport au système PLT. Dans le domaine en aval, il y a eu plus de consultations dans le système AP-DRG que dans les systèmes PLT et forfaits par division/MIPP. Il n'y a toutefois pas de différence visible entre le système AP-DRG et les forfaits journaliers.

Tableau 1Points tarifaires facturés en amont et en aval, période = 5, 10 et 20 jours.

Amhul	atoire en amont et en a	val	
5	10	20	
176,29	336,37	585,47	
-8,85*	-9,97	-15,57	
-30,31***	-51,88***	-69,37***	
-26,38***	-38,34***	-44,99***	
	5 176,29 -8,85* -30,31***	5 10 176,29 336,37 -8,85* -9,97 -30,31*** -51,88***	176,29 336,37 585,47 -8,85* -9,97 -15,57 -30,31*** -51,88*** -69,37***

Remarque: */**/*** significatif au niveau 10% / 5% / 1%. Systèmes tarifaires: PLT: tarification des processus et prestations, FJ: forfaits journaliers, FPD/MIPP: forfaits par division/MIPP.

Les consultations ambulatoires effectuées avant et après un séjour à l'hôpital concernent pour 2/3 des consultations en cabinet privé et pour 1/3 des consultations à l'hôpital. Pour le domaine ambulatoire des cabinets privés, le nombre de consultations est significativement plus important dans les cantons avec AP-DRG que dans les cantons avec forfaits journaliers et forfaits par division/MIPP. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les systèmes AP-DRG et PLT. Pour le domaine ambulatoire hospitalier, relativement restreint, seule la différence entre AP-DRG et PLT est significative; dans les cantons avec AP-DRG, davantage de consultations ambulatoires à l'hôpital ont été facturées via le TARMED que dans les cantons avec PLT.

Nombre de points tarifaires facturés

Le tableau 1 montre les résultats pour les points tarifaires qui ont été facturés au cours des différentes périodes. Dans les cantons qui utilisent le système AP-DRG dans le domaine stationnaire, 586 points tarifaires en moyenne ont été facturés dans le domaine ambulatoire dans les 20 jours avant et après un séjour stationnaire (c.-à-d. sur un total de 40 jours). Par comparaison avec les systèmes tarifaires des forfaits journaliers et des forfaits par division/MIPP, on a facturé respectivement environ 70 points tarifaires (12%) et près de 45 points tarifaires (8%) de plus dans les cantons avec AP-DRG. Il n'y a en revanche pas de différence significative entre AP-DRG et PLT pour les points facturés.

Pour des périodes plus courtes, les effets relatifs considérés sont plus importants et pour une période de 5 jours, la différence entre les systèmes tarifaires AP-DRG et PLT sont également significatives.

Si l'on sépare le domaine ambulatoire en amont de celui en aval, les résultats sont, d'un point de vue qualitatif, similaires à ceux que nous avons montrés plus haut pour les consultations. Si l'on considère l'ensemble des traitements ambulatoires en amont et en aval sur une période de 20 jours et que l'on distingue entre le domaine ambulatoire des cabinets privés et le domaine ambulatoire hospitalier, on obtient les résultats suivants: pour le domaine ambulatoire des cabinets privés, on constate que l'on a facturé plus de points dans les cantons avec AP-DRG que dans les cantons avec les forfaits journaliers et les forfaits par division/MIPP. Il n'y a en revanche pas de différence statistiquement significative entre les systèmes AP-DRG et PLT. Pour le domaine ambulatoire hospitalier, seule la différence entre AP-DRG et PLT est statistiquement significative (> 0), autrement dit, dans le domaine ambulatoire hospitalier, davantage de points tarifaires ont été facturés via le TARMED dans les cantons avec AP-DRG que dans les cantons avec PLT.

Résumé

Les différents systèmes tarifaires en vigueur jusqu'à



fin 2011, soit avant l'introduction de SwissDRG, pour la rémunération des traitements de soins aigus stationnaires (AP-DRG, PLT, forfaits journaliers et forfaits par division/MIPP) ont-ils eu une influence sur le recours à des prestations dans les domaines ambulatoires en amont et en aval? L'incitation économique à diminuer les coûts peut mener à ce que le traitement principal demeure certes stationnaire à l'hôpital, mais aussi à ce qu'une partie des examens et investigations soit transférée vers le domaine ambulatoire, ce qui pourrait engendrer un nombre plus grand de visites médicales avant et après le séjour stationnaire. Ensemble, ces deux effets pourraient aboutir à ce que, dans un système avec des forfaits par cas, davantage de prestations soient facturées en amont et en aval qu'avec d'autres systèmes tarifaires.

Entre 2009 et 2011 dans les cantons avec AP-DRG, davantage de consultations ont eu lieu et plus

de points tarifaires ont été facturés dans le domaine ambulatoire en amont et en aval. Une analyse différenciée avec distinction entre amont et aval ainsi que cabinets privés et hôpitaux dans le domaine ambulatoire renforce ce tableau. Cette dernière différenciation montre que, dans le système AP-DRG, les consultations sont significativement plus fréquentes et les coûts, plus élevés, par rapport au système PLT. Par comparaison avec le système des forfaits journaliers et des forfaits par division/MIPP, on constate qu'il y a plus de consultations et des coûts plus élevés pour le domaine ambulatoire des cabinets privés. Cependant, seule l'analyse longitudinale qui suivra et qui portera sur la période suivant l'introduction de SwissDRG permettra de se faire une idée précise des effets des forfaits par cas à l'hôpital sur le recours aux prestations ambulatoires.



ENVOYEZ VOS PROJETS AVANT LE 28 FÉVRIER 2013

Le Swiss Quality Award récompense les meilleures innovations en matière de qualité dans le système de santé. Participez et enregistrez votre projet sur le site www.swissqualityaward.ch.

