

L'introduction de la structure tarifaire SwissDRG a éveillé de nombreuses craintes. D'importants mouvements de patients entre les secteurs ambulatoire et stationnaire ont ainsi été redoutés, d'autant plus difficiles à prévoir que le financement de ces deux types de prestations est très différent, les incitations financières pouvant prévaloir sur les indications médicales. Qu'en est-il dans la réalité? La FMH et H+, désireux d'objectiver rapidement d'éventuelles modifications des comportements, ont mandaté l'étude présentée ici. Les résultats montrent que s'il n'y a pas eu de révolution, on peut néanmoins constater certaines tendances, plutôt positives aussi bien pour les patients qu'en termes d'économie de la santé.

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

Effets de SwissDRG sur les soins ambulatoires*

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

a B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle

b Département «Health Economics», WWZ, Université de Bâle

Enoncé du problème

Depuis le 1^{er} janvier 2012, date de l'introduction du nouveau système SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups), les prestations hospitalières en soins somatiques aigus stationnaires sont rémunérées par des forfaits par cas. Pour suivre l'évolution des transferts en termes de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (hôpitaux ou cabinets privés), la FMH et H+ ont mandaté une étude concomitante en vue d'examiner les aspects suivants: 1) le transfert partiel et 2) le transfert complet de traitements du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, ainsi que 3) le transfert de traitements du secteur stationnaire aigu vers la réadaptation (stationnaire). Les résultats obtenus dans ces trois domaines ont permis d'esquisser les grandes lignes en matière d'économie de la santé d'une estimation quantitative de l'impact de l'introduction de SwissDRG.

Données et méthode

L'analyse se fonde sur les données de facturation de l'assurance-maladie Helsana, sur la statistique médicale des hôpitaux et la statistique des hôpitaux (toutes deux de l'Office fédéral de la statistique) ainsi que sur les données de New Index.

Par une analyse longitudinale effectuant la comparaison des années antérieures et postérieures à l'introduction de SwissDRG, la présente étude vise à identifier l'impact des forfaits par cas sur les transferts de prestations. Pour cela, l'axe de réflexion a été basé sur la différence en matière de rémunération des soins stationnaires aigus existant entre les cantons avant l'introduction de SwissDRG. Par ailleurs, l'étude a largement profité du fait que plusieurs prestations stationnaires étaient déjà rémunérées par des forfaits par cas liés au diagnostic (AP-DRG) avant l'introduction de SwissDRG.

Dans ce contexte, les patients des cantons qui appliquaient anciennement le système AP-DRG ont fait office de groupe de contrôle et ils ont pu être

comparés avant et après l'introduction de SwissDRG (différence des différences) avec les patients des cantons dotés auparavant d'autres systèmes de rémunération (tarification des processus et prestations [PLT] et forfaits journaliers [FJ]), et ce pour des indicateurs pertinents (par ex. nombre de consultations). Cela a permis de tenir compte d'une tendance générale dans la fourniture des prestations, indépendante du système de rémunération, mais aussi des différences non observables entre les systèmes de rémunération. Enfin, plusieurs autres facteurs d'influence tels que les caractéristiques des patients (facteurs sociodémographiques, etc.) et des hôpitaux (type d'hôpital, case-mix) ont été considérés lors de l'analyse à l'aide d'une régression multivariée.

Transferts partiels de traitements

Hypothèse: L'introduction d'une rémunération au forfait par cas provoque un transfert de prestations du secteur hospitalier stationnaire vers le secteur ambulatoire avant et après l'hospitalisation. Dans le même temps, ce transfert génère des coûts supplémentaires dans le secteur ambulatoire.

Résultats: Les résultats de l'étude concomitante fournissent la preuve de transferts de prestations vers le domaine ambulatoire; mais les effets diffèrent selon le système tarifaire et le domaine (avant ou après hospitalisation, cabinet médical ou centre ambulatoire hospitalier, médecins de famille ou spécialistes). Les spécialistes sont plus touchés que les médecins de famille et les effets sur le secteur ambulatoire hospitalier sont plutôt faibles.

Les consultations précédant et suivant un séjour hospitalier ont dans l'ensemble légèrement augmenté. Ces augmentations concernent tant les prestations pré-hospitalières (PLT et FJ) que post-hospitalières (FJ). Les consultations sont en hausse principalement dans les cabinets médicaux et non dans le secteur ambulatoire hospitalier. Par ailleurs, l'introduction de SwissDRG a engendré une hausse des consultations surtout chez les spécialistes.

* Un rapport détaillé de cette étude réalisée sur mandat de la FMH et de H+ dans le cadre de la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG est disponible sous www.fmh.ch → Tarifs hospitaliers → Recherche concomitante → Transferts stationnaire-ambulatoire. Nous remercions Helsana Assurance-maladie SA pour les données mises à disposition et l'aide accordée dans la préparation des données.

Correspondance:
FMH / Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers
Frohburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

Dans l'ensemble (c'est-à-dire pour les périodes avant et après un séjour hospitalier), les points tarifaires facturés n'indiquent des transferts de prestations que dans l'ancien système tarifaire journalier, pour une période de 5 jours. La hausse des points tarifaires facturés est prouvée pour les traitements post-hospitaliers et les prestations au cabinet médical; en revanche, aucune influence n'est à noter pour les prestations hospitalières ambulatoires. Enfin, des transferts de prestations sont à relever chez les médecins de famille (seulement FJ) et chez les spécialistes (FJ: prestations pré- et post-hospitalières confondues; PLT: seulement après un séjour hospitalier).

Transferts complets de traitements

Le manque d'informations concernant les prix empêche de poser une hypothèse claire. Le transfert d'un traitement (stationnaire → ambulatoire ou ambulatoire → stationnaire) dépend en substance du montant de sa rémunération dans le secteur ambulatoire ou stationnaire.

Résultats: Les résultats révèlent un transfert de traitements du secteur stationnaire vers l'ambulatoire, les effets se concentrant sur l'ancien système de forfaits journaliers. Pour ce système, le taux de traitements avec un potentiel de transfert vers le secteur ambulatoire perd un point par rapport au total des traitements hospitaliers stationnaires (la part des traitements pris en compte était de près de 16% en 2012).

Transferts vers la réadaptation

Hypothèse: Plusieurs études laissent entrevoir dans certains cas une sortie précoce suite à un séjour dans un hôpital de soins aigus lorsque le patient est adressé à une clinique de réadaptation.

Résultats: La probabilité d'un transfert vers une clinique de réadaptation (stationnaire) après un séjour dans un hôpital de soins aigus n'a pas changé avec le nouveau financement hospitalier. Après l'introduction de SwissDRG, la durée de séjour en réadaptation stationnaire continue d'être plus courte d'environ 2 jours (différence significative) dans les secteurs utilisant anciennement le système tarifaire PLT par rapport à ceux appliquant anciennement le système tarifaire AP-DRG. En revanche, aucun effet significatif n'est à relever pour le système de forfaits journaliers.

Les séjours dans un hôpital de soins aigus précédant un traitement de réadaptation ont également subi un recul de leur durée [1]. L'impact concerne principalement l'ancien système de forfaits journaliers. Une enquête représentative réalisée sur mandat de la FMH [2] a montré que les assureurs-maladie retardent en partie l'octroi des garanties de prise en charge pour les transferts vers des cliniques de réadaptation (stationnaire). Sur la base des données disponibles, il n'a cependant pas été possible de prouver un allongement de la durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus.

Ces résultats ne permettent toutefois pas d'affirmer que l'introduction de SwissDRG n'a provoqué aucun transfert de prestations. La littérature spéciali-

sée précise qu'un transfert de prestations ne se traduit pas forcément par un allongement de la durée de séjour en réadaptation, mais plutôt par une densification des prestations (davantage de prestations dans la même période).

Impacts en termes d'économie de la santé: estimation quantitative

Les résultats évoqués permettent d'estimer les effets de l'introduction de SwissDRG en matière d'économie de la santé. Mais il faut rappeler que cette estimation repose sur une vue d'ensemble simplifiée, susceptible de ne donner qu'une indication générale.

Les transferts de prestations vers le secteur ambulatoire avant ou après un séjour hospitalier génèrent une réduction annuelle des coûts de près de 91 millions de francs dans le secteur stationnaire impliquant, en contrepartie, 27 millions par an de coûts supplémentaires dans le secteur ambulatoire. Les économies annuelles nettes s'élèvent donc à 64 millions de francs.

Par ailleurs, les transferts complets de traitements du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire se chiffrent par une baisse des dépenses dans le secteur stationnaire d'environ 60 millions de francs par an. En tenant compte des coûts (supplémentaires) du secteur ambulatoire, l'économie nette s'élève à 9 millions.

Les transferts partiels et complets de prestations génèrent ainsi ensemble des économies à hauteur d'environ 73 millions de francs par an. A long et à moyen terme, l'introduction de SwissDRG devrait encore permettre d'atteindre une amélioration de l'efficacité des hôpitaux. La durée de séjour à l'hôpital devrait quant à elle réagir avec un certain retard à l'introduction du nouveau financement hospitalier. Si, à long terme, elle diminuait d'une journée suite à l'introduction des forfaits par cas, cela équivaldrait à un potentiel supplémentaire d'augmentation de l'efficacité de l'ordre de 1,05 milliard de francs par an, en se basant sur des coûts journaliers de 1388 francs et près de 775 000 cas stationnaires dans les régions qui sont passées en 2012 au système de forfait par cas. Enfin, l'augmentation de la concurrence devrait avoir un effet positif sur la qualité des soins stationnaires [3], mais il est difficile d'évaluer les gains d'efficacité qui y sont liés.

Références

- 1 Cela vaut également pour les cas stationnaires aigus sans transfert vers la réadaptation stationnaire (cf. Rapport sur l'étude dans le cadre de la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, mandatée par la FMH/H+, cf. indication (*) p. 1443).
- 2 gfs.bern. Bonne prise en charge des patients malgré la charge administrative – problèmes ponctuels, rapport final 2013, Etude concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG sur mandat de la FMH, 3^e enquête 2013. www.fmh.ch → Tarifs hospitaliers → Recherche concomitante → Evolution des conditions-cadres pour les médecins.
- 3 Gaynor, M, Town, RJ. Competition in Health Care Markets. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP. Handbook of Health Economics Vol. 1B., Philadelphia: Elsevier; 2011. Pour un aperçu de la littérature empirique à propos de la relation entre concurrence et qualité.