

Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier

Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2016

Point de vue

Le nouveau régime de financement des hôpitaux, 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 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).

En tant que partie prenante à l'évaluation, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé de réaliser entre 2009 et 2016 un monitoring annuel des indicateurs de la qualité. Le monitoring doit fournir des indications sur l'évolution de la qualité des prestations hospitalières stationnaires avant et depuis l'application de la révision. Ses conclusions sont publiées dans le présent bulletin.

L'analyse des données ne permet d'identifier aucune évolution marquante ou préoccupante dans les domaines des soins aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation depuis l'entrée en vigueur de la révision. Toutefois, deux tendances ont été observées depuis 2009: la légère mais significative croissance des réhospitalisations en soins somatiques aigus et l'augmentation continue de la proportion de patients en réadaptation, pris en charge par un établissement médico-social ou par un service de soins ambulatoires après un séjour hospitalier en soins aigus.

À eux seuls, les indicateurs ne permettent pas de déterminer si ces changements sont dus à la révision de la loi, et encore moins s'il s'agit des effets d'évolutions négatives (p. ex., renvois prématurés de patients). Il faudra les mettre en relation avec les résultats d'autres études réalisées dans le cadre de l'évaluation pour obtenir une vision plus précise.

Les résultats définitifs seront disponibles en 2019. L'évaluation s'achèvera avec un rapport remis au Conseil fédéral. Ce document déterminera si les objectifs de la révision ont été atteints et, le cas échéant, dans quels domaines des actions et des progrès restent à réaliser.

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

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sur le financement des hôpitaux. Le texte révisé est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La plupart des nouvelles dispositions sont en application depuis le 1^{er} janvier 2012 (voir OFSP, 2015). Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de faire évaluer les effets de cette révision, notamment sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires. Dans le cadre de cette évaluation, l'Obsan a été chargé de réaliser un monitoring annuel des indicateurs de qualité des prestations stationnaires des hôpitaux. Il s'agissait de répondre essentiellement aux questions suivantes:

Comment la qualité des soins hospitaliers stationnaires a-t-elle évolué ces dernières années et quelles relations peut-on observer entre l'évolution de la qualité des 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 liées à la révision de la LAMal sur les étapes de la prise en charge (interfaces) dans le domaine stationnaire (soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation,) et entre le domaine stationnaire et les domaines situés 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) au niveau du patient, (2) au niveau des interfaces, qui reflètent les transferts vers la prise en charge post-hospitalière, (3) au niveau du personnel des hôpitaux et des cliniques.

Ce bulletin – qui est une mise à jour des études précédentes de l'Obsan dans ce domaine (Kohler et al. 2015, Widmer et Kohler 2016, Hedinger et al. 2017) –, concerne la période de 2009 à 2016. Les principaux résultats obtenus jusqu'ici y sont présentés et discutés (voir le tableau synoptique T1). Cette publication est basée sur le rapport final détaillé de l'Obsan (Tuch et al. 2018), où l'on trouvera des explications méthodologiques, des analyses approfondies, des tableaux détaillés et tous les indicateurs étudiés ainsi que des informations complémentaires. À noter que les résultats présentés ici constituent un volet de l'évaluation globale qui doit

être interprété dans le contexte des autres sous-études de cette évaluation. Cette étude présente des données empiriques; une appréciation générale de l'évolution de la qualité suivra dans le rapport d'INFRAS et Zahnd (2019) et dans le rapport final de l'évaluation (OFSP, 2019).

Les prestations stationnaires proposées par les hôpitaux ont été classées en cinq secteurs de soins d'après les centres de prise en charge des coûts de la statistique médicale et d'après la typologie des établissements de la statistique des hôpitaux. Nous ne présenterons ici que les résultats relatifs à trois secteurs: les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation¹. La méthode de classement est décrite dans le rapport final de l'Obsan, où l'on trouvera également des résultats sur les secteurs de la gériatrie et de la pédiatrie (voir Tuch et al. 2018).

Évolution du nombre de cas²

Le nombre annuel de cas d'hospitalisation a augmenté de 2009 à 2016 dans tous les secteurs de soins. L'augmentation moyenne est de 1,54% par an dans les soins somatiques aigus, de 2,92% par an en psychiatrie et de 4,12% par an en réadaptation. Après standardisation des taux selon l'âge et le sexe, on constate que le nombre annuel de cas d'hospitalisation n'a pas augmenté dans les soins somatiques aigus et que, dans les deux autres secteurs de soins, la hausse moyenne est nettement inférieure aux pourcentages précités. Les hôpitaux de soins aigus ont traité entre 134,54 (2014) et 136,32 (2016) cas pour 1 000 habitants. Le taux standardisé oscille entre 7,78 (2009) et 8,84 (2016) cas pour 1 000 habitants en psychiatrie et entre 8,62 (2010) et 10,46 (2016) cas pour 1 000 habitants en réadaptation.

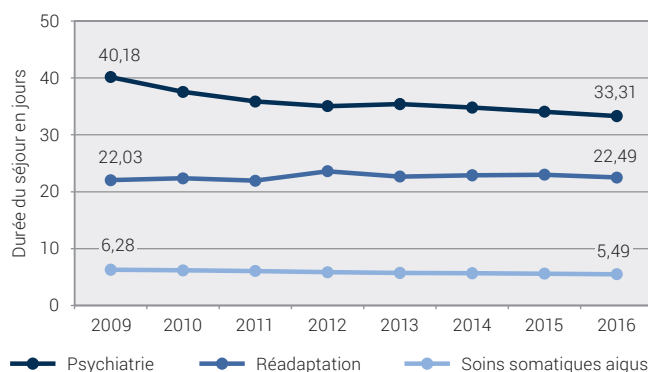
Indicateurs relatifs aux patients

Durée de séjour

La durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus est passée de 6,28 jours en 2009 à 5,49 jours en 2016 (G1). La baisse est de 1,88% par an en moyenne. En psychiatrie, la durée de séjour moyenne a diminué de 2,64% par an, passant de 40,18 jours par an en 2009 à 33,31 jours par an en 2016. Une analyse multivariée montre que ce recul est statistiquement significatif même en tenant compte d'autres facteurs d'influence. En réadaptation, la durée de séjour moyenne est restée constante entre 2009 (22,03 jours) et 2016 (22,49 jours).

Évolution de la durée moyenne de séjour par secteur de soins, de 2009 à 2016

G1



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Dans quelle mesure la réduction de la durée de séjour moyenne observée depuis 2009 dans les secteurs de soins considérés est-elle liée à la révision de la LAMal? Les données disponibles ne permettent pas de répondre entièrement à cette question. La durée de séjour moyenne recule constamment sur l'ensemble de la période considérée; autrement dit la diminution est aussi marquée avant qu'après 2012. Les chiffres semblent indiquer que des facteurs autres que la révision de la LAMal jouent ici un rôle important.

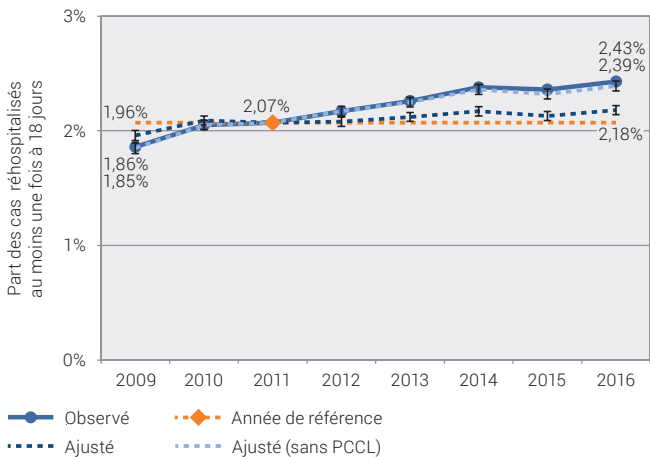
Réhospitalisations dans les soins somatiques aigus

Dans les soins somatiques aigus, la part des cas avec au moins une réhospitalisation dans les 18 jours a augmenté (réhospitalisations conformément aux règles de regroupement de SwissDRG; cf. Tuch et al. 2018). Mis à part en 2011 et en 2015, on observe chaque année une augmentation par rapport à l'année précédente (G2). L'augmentation annuelle moyenne est, depuis 2011, de 3,27%. Même en tenant compte d'autres facteurs d'influence (modèle ajusté, encadré 1), une augmentation légère mais statistiquement significative demeure. Le taux de réhospitalisation ajusté est passé de 2,07% en 2011 à 2,18% en 2016, soit une hausse annuelle moyenne de 1,07%. Le facteur qui pèse le plus dans l'ajustement est l'indice du degré de gravité PCCL (*Patient Clinical Complexity Level*). Il tient compte du nombre et de la nature des diagnostics secondaires. Tenir compte des PCCL permet de corriger l'effet de la variation annuelle de la gravité des cas; un modèle ainsi ajusté est en principe préférable. Mais il se peut que cet ajustement entraîne aussi une distorsion, le nombre de diagnostics secondaires codés n'ayant cessé d'augmenter au cours de la période considérée (probablement en raison du passage au système des forfaits liés aux prestations). Si, dans l'ajustement, on ne tient pas compte du PCCL, l'augmentation du taux de réhospitalisation est beaucoup plus forte: la hausse moyenne est alors de 2,96% par an entre 2011 et 2016. Quel que soit le modèle retenu, on observe une augmentation statistiquement significative.

¹ À noter que le terme de réadaptation n'est pas utilisé de façon homogène dans toute la Suisse et qu'il désigne, suivant les cantons, différents domaines de prestations (voir Oggier 2017, p. 107). Ce fait peut entraîner une distorsion dans les données de base et dans les calculs, de sorte que les résultats pour le secteur réadaptation doivent être interprétés avec une certaine prudence.

² Les cas antérieurs à 2012 ont été redéfinis pour rendre possibles les comparaisons sur toute la période considérée. Les cas obéissent pour toute la période à une même définition (voir Tuch et al. 2018).

Évolution du taux de réhospitalisation en soins somatiques aigus de 2009 à 2016 G2



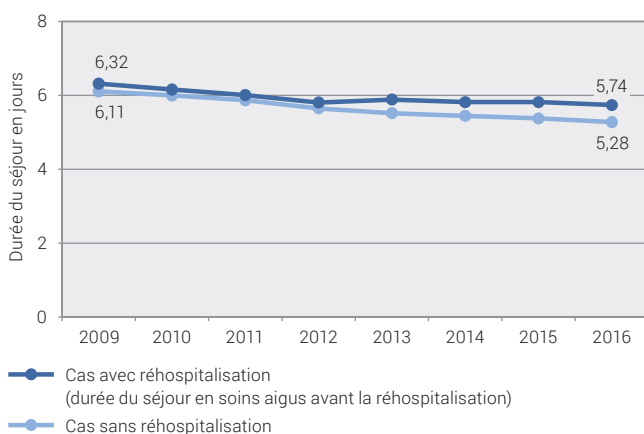
Remarque: les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

La durée moyenne des séjours suivis d'une réhospitalisation est passée de 6,32 jours en 2009 à 5,81 jours et 2012, puis elle s'est stabilisée (-0,31% par an de 2012 à 2016). En comparaison, la durée moyenne des séjours non suivis d'une réhospitalisation a nettement diminué pendant toute la période, passant de 6,11 jours à 5,28 jours, ce qui correspond à un recul moyen de 1,68% entre 2012 et 2016. (G3). Ces résultats ne fournissent aucun élément laissant supposer que l'augmentation du taux de réhospitalisation est liée à un recul de la durée moyenne des séjours.

Évolution de la durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus, cas avec ou sans réhospitalisation, de 2009 à 2016 G3



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Taux de mortalité en soins somatiques aigus

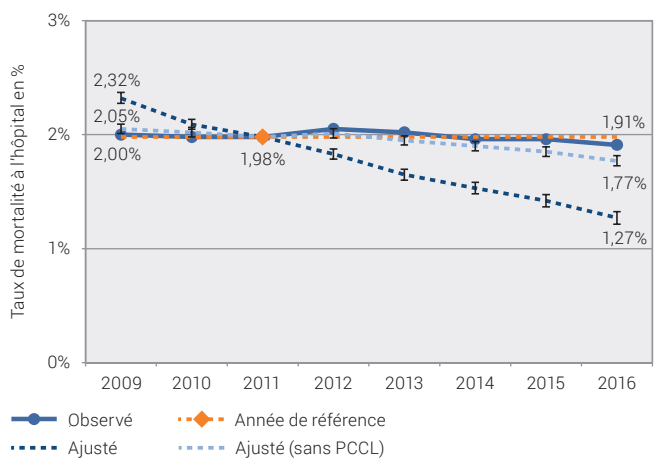
La proportion des décès au cours des 30 premiers jours d'hospitalisation par rapport au total des personnes hospitalisées est restée stable (2%) en soins somatiques aigus de 2009 à 2016. Si l'on tient compte des divers facteurs considérés dans le modèle ajusté, on observe un recul statistiquement significatif de la mortalité au cours du temps. Le taux de mortalité ajusté a diminué de 1,98% en 2011 à 1,27% en 2016 (G4).

Ce recul est lié principalement à la prise en compte du degré de gravité PCCL. Ici se pose à nouveau la question de savoir dans quelle mesure le PCCL reflète l'évolution réelle du degré de gravité des cas traités ou s'il résulte aussi d'un changement des pratiques de codage (voir le paragraphe précédent). Il est difficile, dans ces conditions, d'estimer dans quelle mesure l'évolution du taux de mortalité ajusté peut être interprétée comme un progrès qualitatif. C'est pourquoi un modèle multivarié supplémentaire ne tenant pas compte du PCCL a été développé. Les taux de mortalité ajustés indépendamment du PCCL présentent également un recul, mais cette fois dans des proportions beaucoup plus faibles (de 1,98% en 2011 à 1,77% en 2016) (G4).

Des résultats similaires sont observés pour les taux de mortalité de certains groupes de diagnostics fréquents en médecine interne (G5). Le taux de mortalité hospitalière a baissé de 2009 à 2016 dans les groupes de diagnostics suivants: attaque cérébrale (de 12,37 à 9,32%), infarctus du myocarde (de 6,84 à 5,04%), pneumonie (de 6,49 à 4,85%).

Pour l'insuffisance cardiaque, la mortalité hospitalière a d'abord augmenté, puis s'est stabilisée vers 8,5/8,6% entre 2011 et 2015, avant de diminuer à 8,09% en 2016. Le taux de mortalité par BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) a baissé de 3,70% à 3,13% entre 2009 et 2010, puis a augmenté jusqu'en 2012 (4,21%) avant de retomber à 3,85% en 2016.

Évolution du taux de mortalité à 30 jours (à l'hôpital) en soins somatiques aigus, de 2009 à 2016 G4



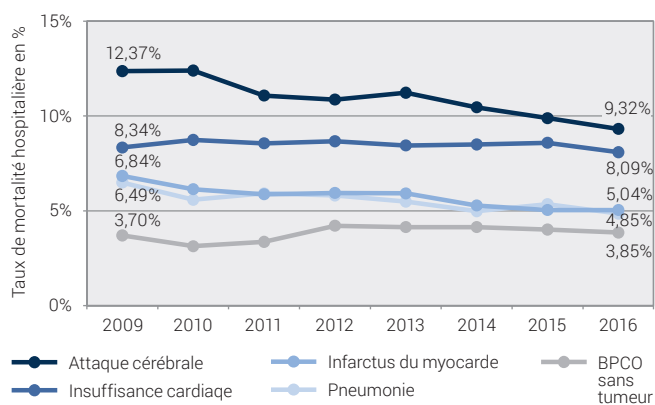
Remarque: les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Évolution du taux de mortalité à 30 jours (à l'hôpital) en soins somatiques aigus par groupe de diagnostics, de 2009 à 2016

G5



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Les données analysées ici ne font apparaître aucune hausse des taux de mortalité en soins somatiques aigus stationnaires depuis la mise en œuvre de la révision de la LAMal. Comme les durées de séjour, les taux de mortalité ont continué à baisser après 2012. À noter toutefois que la mortalité à l'hôpital ne reflète pas la mortalité totale. Les données dont nous disposons ne permettent pas de calculer combien de personnes sont décédées hors de l'hôpital pendant un laps de temps donné. Le taux de mortalité effectif à 30 jours est donc inconnu. Cela peut avoir une incidence sur l'appréciation générale car il n'est pas possible de savoir si une partie des patients ont été autorisés (à leur demande) à rentrer à la maison peu avant leur décès.

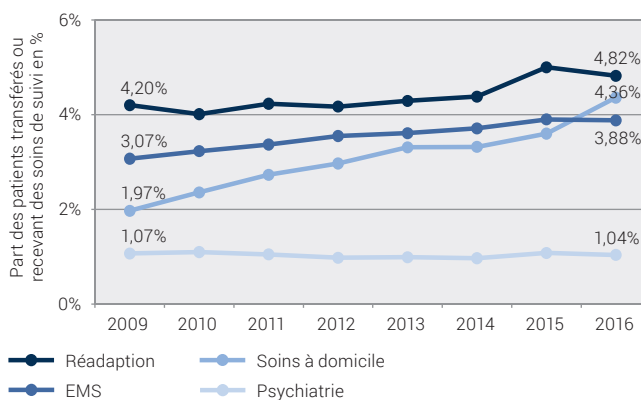
Interfaces entre les secteurs de soins (chaîne de prise en charge)³

L'introduction des forfaits par cas dans le cadre de 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. On peut dès lors se demander si cela se traduit par davantage de transferts vers les secteurs de soins situés en aval.

L'évolution du nombre de patients transférés vers un autre secteur de soins après un traitement stationnaire en soins somatiques aigus varie selon les secteurs de soins (G6). Au cours des 30 jours après l'hospitalisation, la part des transferts du secteur des soins aigus vers un service psychiatrique est restée relativement stable au cours de la période considérée: environ 1% des cas. La part des transferts vers un service de réadaptation, en revanche, a augmenté, passant de 4,20% en 2009 à 4,82% en 2016.

Part des cas transférés des soins somatiques aigus dans des secteurs situés en aval, de 2009 à 2016

G6



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 2018

On observe aussi une hausse du nombre de personnes qui, après un séjour en soins somatiques aigus, sont transférées dans un EMS ou confiées à un service de soins à domicile. La part des transferts vers un EMS est passée de 3,07% en 2009 à 3,88% en 2016 et celle des transferts vers les services de soins à domicile de 1,97% à 4,36%. Mais tous ces effets disparaissent en grande partie après ajustement: seul le taux de transfert vers la réadaptation et dans une plus large mesure vers les soins à domicile reste en hausse après ajustement (lorsqu'on tient compte notamment de l'âge et du sexe).

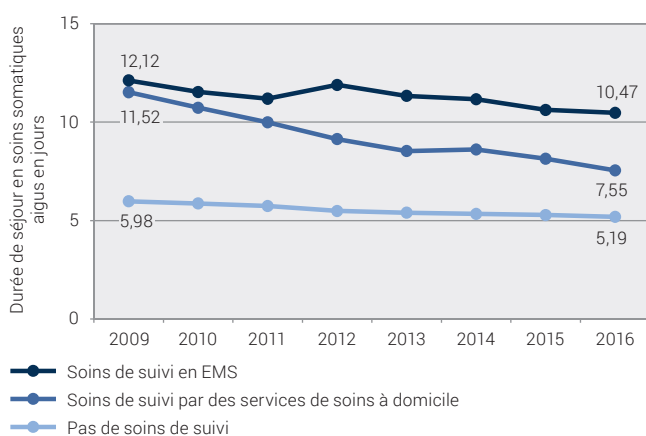
La durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus des patients qui sont ensuite transférés dans un EMS ou pris en charge par un service de soins à domicile a diminué au cours de la période d'observation (G7): elle est passée de 12,12 jours en 2009 à 10,47 jours en 2016 (EMS), et de 11,52 jours à 7,55 jours (soins à domicile). Chez les personnes non transférées, la durée de séjour en soins somatiques aigus était plus courte déjà au début de la période considérée, et elle n'a diminué que faiblement au cours de cette période: de 5,98 jours à 5,19 jours.

Globalement, on constate surtout une augmentation des transferts des soins somatiques aigus vers les services de soins à domicile et, en même temps, un net raccourcissement des séjours hospitaliers.

³ Remarque sur les interfaces entre les *soins somatiques aigus* et la *psychiatrie* et entre les *soins somatiques aigus* et la *réadaptation*: suite à des problèmes avec les codes de liaison de certains hôpitaux dans la statistique médicale, il a fallu, pour certaines années et pour certains établissements, estimer le nombre de transferts d'après les données de l'année précédente ou de l'année suivante. Pour plus d'informations à ce sujet, voir le rapport final (Tuch et al., 2018).

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 2016

G7



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Indicateurs relatifs au personnel des hôpitaux et des cliniques

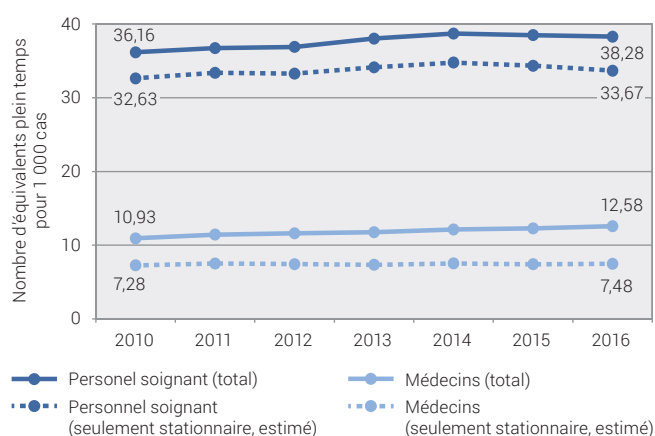
Les indicateurs relatifs au personnel des hôpitaux et des cliniques sont utilisés pour analyser les ressources humaines et les qualifications du personnel les uns par rapport aux autres et par rapport aux prestations offertes. Dans l'optique de la qualité des soins, ces indicateurs sont intéressants car ils permettent d'étudier dans quelle mesure l'endiguement des coûts, qui était visée par la révision de la LAMal, a eu des effets sur les ressources consacrées aux soins.

L'interprétation des données sur le personnel est cependant limitée par le fait que la statistique des hôpitaux ne distingue pas entre le personnel des services ambulatoires et le personnel des services stationnaires. Le personnel des services ambulatoires entre dans le calcul des indicateurs, ce qui entraîne tendanciellement une surestimation des ressources humaines. De plus, on ne peut pas savoir si les évolutions éventuellement observées au cours du temps concernent les services stationnaires, les services ambulatoires ou les deux. Afin de pouvoir malgré tout apprécier l'évolution du personnel dans le secteur stationnaire, la part du personnel travaillant en ambulatoire a été estimée sur la base de la comptabilité analytique, puis exclue de l'analyse. Comme il s'agit d'une estimation indirecte de la répartition des ressources, qui n'est pas réalisable dans toutes les analyses, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. En outre, il est supposé que les besoins quotidiens en personnel sont restés constants, ce qui ne correspond peut-être pas à la réalité, car l'intensité des soins peut avoir augmenté durant la période d'observation.

Sur la base des chiffres corrigés pour le domaine ambulatoire (soins stationnaires seulement), le taux d'encadrement (nombre d'équivalents plein temps pour 1 000 cas) est resté globalement stable de 2010 à 2016 (G8 et T1).

Évolution du taux d'encadrement en soins somatiques aigus par groupe de professions, de 2010 à 2016

G8



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, Statistique des hôpitaux

© Obsan 2018

Aucune évolution notable du taux d'encadrement en psychiatrie et en réadaptation n'est observée, si ce n'est une diminution pour les médecins et une augmentation pour les psychologues dans le secteur de la psychiatrie (T1).

Globalement, nos analyses suggèrent qu'il n'y a pas de lien direct entre la mise en œuvre du nouveau système de financement des hôpitaux et l'évolution du personnel des hôpitaux et des cliniques. Aucun changement marqué n'a été observé au niveau des ressources humaines après l'introduction des forfaits par cas dans les soins somatiques aigus, ni d'ailleurs à la suite des autres mesures liées à la révision LAMal. Il n'a non plus pas été constaté de diminution ou d'augmentation marquée du taux d'encadrement des patients.

Conclusion

Les indicateurs montrent que, dans l'ensemble, la qualité des soins stationnaires est restée stable. On n'observe guère d'indice clair d'une détérioration de la qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques. Cela vaut aussi bien pour la qualité structurelle (taux d'encadrement stables) que pour la qualité des résultats (pas d'augmentation, par exemple, des taux de mortalité⁴ et des infections postopératoires⁵). Les données relatives aux interfaces entre les soins somatiques aigus et les secteurs situés en aval font apparaître clairement une tendance à la hausse du nombre de prises en charge par les services de soins à domicile.

⁴ Faute de données sur les décès hors des hôpitaux, le taux de mortalité a une pertinence statistique limitée.

⁵ Les résultats de l'ANQ sur les infections postopératoires du site chirurgical (Swissnoso) ne sont pas présentés dans ce bulletin. Ils sont présentés en détail dans le rapport final (cf. Tuch et al., 2018).

Les transferts des soins somatiques aigus vers les services de réadaptation ont augmenté plus faiblement. Ces hausses sont difficiles à apprécier du point de vue de la qualité des soins. D'une part, il est conforme aux objectifs financiers de la révision de la LAMal de ne pas garder dans les services de soins somatiques aigus des patients qui n'ont plus besoin d'y être. D'autre part, l'augmentation des transferts entre les soins somatiques aigus et les services de réadaptation, et l'augmentation, dans le même temps, du nombre de réhospitalisations, pourraient être interprétées comme la conséquence d'une tendance à sortir prématurément les patients des services de soins somatiques aigus. À cette interprétation s'oppose toutefois le fait que nos indicateurs ne font apparaître aucune détérioration de la qualité des résultats des traitements. Au niveau du personnel, on n'observe pas non plus de changements marqués dans les ressources engagées; il n'y a ni baisse ni hausse notable du taux d'encadrement des patients.

Les tendances pour lesquelles des évolutions problématiques ne peuvent pas être entièrement exclues concernent l'augmentation des réhospitalisations dans les soins somatiques aigus. Il est difficile de dire si cette augmentation est liée au recul des durées de séjour (p. ex. hypothèse des sorties anticipées) et si elle reflète éventuellement une détérioration de la qualité des soins. Un résultat parle plutôt contre cette conclusion: la durée moyenne des séjours suivis d'une réhospitalisation n'a diminué que faiblement. Mais la durée moyenne des séjours non suivis d'une réhospitalisation a reculé plus fortement. Mais cela n'exclut pas des possibles sorties prématurées pour les séjours hospitaliers suivis d'une réhospitalisation, malgré une diminution moindre de la durée de séjour.

Dans quelle mesure les évolutions observées sont-elles dues aux mesures prises après la révision du système de financement des hôpitaux (par exemple l'introduction de SwissDRG)? On ne peut en juger qu'imparfaitement sur la base des données analysées dans la présente étude. L'objectif était d'analyser, sur la base des évolutions observées, le lien entre ces évolutions et les mesures prises dans le cadre de la révision, compte tenu d'autres facteurs ayant pu exercer une influence, comme l'âge et le sexe. Pour quelques indicateurs, par exemple l'augmentation des prises en charge hors milieu hospitalier après un séjour en soins somatiques aigus, il est probable que la réorganisation du système de financement en 2011 ait pu exercer une influence. Mais dans l'ensemble, on ne peut pas, sur la base de ces analyses, porter un jugement global des effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations stationnaires. Les indicateurs étudiés dans ce rapport suggèrent que la mise en œuvre de la révision n'a pas eu d'effets négatifs notables sur la qualité des prestations stationnaires.

Les résultats concordent largement avec ceux des précédentes études qualitatives que l'Obsan a réalisées dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal (cf. Widmer & Kohler, 2016; Kohler et al, 2015). L'augmentation des réhospitalisations a déjà été constatée dans des études antérieures et n'a pas pu être mise clairement en relation avec la révision de la LAMal (cf. Widmer & Kohler, 2016).

Pour répondre aux questions générales qui se posent quant aux effets de la révision, il faudra examiner les résultats présentés ici avec les résultats des autres études effectuées dans le cadre de l'évaluation. Cela se fera dans le cadre du rapport final sur la «qualité des soins hospitaliers stationnaires» (INFRAS & Zahnd, 2019) et plus généralement dans le rapport final de l'évaluation de l'OFSP (OFSP, 2019).

Encadré 1: Données et méthodes

Les analyses s'appuient sur les données de 2009 à 2016 de la statistique administrative des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces sources de données ne se prêtent que dans une mesure limitée à ce type d'évaluation, pour lequel elles n'ont pas été conçues. Il convient par ailleurs, dans l'interprétation des résultats, de tenir compte de quelques limitations liées notamment à l'évolution des pratiques de codage, aux erreurs touchant les codes de liaison de quelques hôpitaux dans la statistique médicale, et à l'inexistence de données concernant les taux de mortalité hors hôpitaux. On trouvera des informations détaillées sur ces questions dans le rapport final (Tuch et al., 2018).

Afin d'étudier les effets potentiels du nouveau mode de financement des hôpitaux sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires, l'évolution d'une série d'indicateurs dans trois secteurs de soins a été analysée. Une comparaison avant/après a été effectuée en considérant notamment la période qui a précédé l'introduction du nouveau système (2009–2011) à celle qui l'a suivie (2012–2016). Pour certains indicateurs, on a effectué, en plus des analyses descriptives, des analyses multivariées qui, outre l'évolution dans le temps, tiennent compte de plusieurs facteurs d'influence potentiels, comme l'âge et le sexe. Le but était de limiter le plus possible l'influence de ces facteurs (modèle ajusté). La liste des facteurs d'influence considérés est donnée dans le rapport final (Tuch et al., 2018).

Des modèles de régression linéaires ont été utilisés pour les variables continues, comme la durée de séjour, et des modèles de régression logistiques pour les variables discrètes, comme le taux de réhospitalisation et le taux de mortalité. Outre les valeurs empiriques (valeurs observées), des valeurs ajustées ont été calculées à l'aide de modèles multivariés (valeurs ajustées). Pour les modèles linéaires, la méthode des moindres carrés a été utilisée, et pour les modèles logistiques, des variations calculées en points de pourcentage par rapport à l'année de référence 2011 sur la base des *odds ratios* (OR).

L'Obsan a constamment amélioré ses méthodes en cours d'étude et a ainsi plusieurs problèmes techniques touchant les données. En conséquence, il n'y a pas de correspondance parfaite entre les résultats présentés dans nos différentes études, mais la tendance générale reste toujours la même.

Évolution des indicateurs de qualité

T1

Indicateurs relatifs aux patients			Évolution		Remarques
Objet	Indicateurs	Secteurs de soins	Tendance ^a	Variations annuelles	(Limites, etc.)
Durée de séjour	Durée de séjour moyenne, en nombre de jours (DSM)	Soins somatiques aigus	↘	-1,9% (2009-2016)	- Après correction pour le regroupement des cas en soins somatiques aigus
		Psychiatrie	↘	-2,6% (2009-2016)	
		Réadaptation	→	+0,3% (2009-2016)	
Réhospitalisations	Taux de réhospitalisation à 18 jours selon SwissDRG	Soins somatiques aigus	↗	+3,3% (2011-2016)	- Le recul de la durée de séjour est au-dessous de la moyenne pour les patients réhospitalisés
			↗	+3,0% (2011-2016) ^b	
			↗	+1,1% (2011-2016) ^c	
Mortalité à 30 jours à l'hôpital	Mortalité générale	Soins somatiques aigus	→	-0,7% (2011-2016)	- Seuls sont considérés les décès à l'hôpital
			↘	-2,3% (2011-2016) ^b	
			↘	-8,5% (2011-2016) ^c	
	Par groupes de diagnostics	Attaque cérébrale	↘	-4,0% (2009-2016)	
		Insuffisance cardiaque	→	-0,4% (2009-2016)	
		Infarctus du myocarde	↘	-4,3% (2009-2016)	
		Pneumonie	↘	-4,1% (2009-2016)	
BPCO sans tumeur	→	+0,6% (2009-2016)			
Indicateurs relatifs aux interfaces entre secteurs (chaînes de prise en charge)			Évolution		Remarques
Interfaces	Indicateurs		Tendance ^a	Variations annuelles	(Limites, etc.)
Soins somatiques aigus → psychiatrie	Pourcentage au cours des 30 jours après un séjour en soins somatiques aigus		pas clair	-0,2% (2011-2016)	- Codes de liaison en partie incorrects pour certaines années, notamment 2012 et 2015 - Des liens médicaux entre les séjours n'ont pas été pris en compte - Tendance considérée comme stable, malgré des écarts parfois significatifs par rapport à l'année de référence
			pas clair	+0,5% (2011-2016) ^b	
			pas clair	-0,2% (2011-2016) ^c	
			→	+1,4% (2012-2016)	
			→	+2,3% (2012-2016) ^b	
Soins somatiques aigus → Réadaptation	Pourcentage au cours des 30 jours après un séjour en soins somatiques aigus		↗	+2,6% (2011-2016)	- Codes de liaison en partie incorrects pour certaines années, notamment 2012 et 2015 - On n'a pas tenu compte des liens médicaux entre les séjours
			↗	+2,1% (2011-2016) ^b	
			pas clair	+0,3% (2011-2016) ^c	
Soins somatiques aigus → soins à domicile	Pourcentage des patients recevant des soins à domicile après un séjour en soins somatiques aigus		↗	+8,5% (2011-2016)	
			↗	+8,2% (2011-2016) ^b	
			↗	+6,9% (2011-2016) ^c	
Soins somatiques aigus → EMS	Pourcentage des transferts		↗	+1,9% (2011-2016)	- La hausse observée est en grande partie liée à l'évolution de la structure d'âge des patients
			↗	+0,7% (2011-2016) ^b	
			↘	-1,3% (2011-2016) ^c	
Réadaptation → soins somatiques aigus	Pourcentage des transferts dans les 30 jours vers les soins somatiques aigus		↗	+2,4% (2011-2016)	- Codes de liaison en partie incorrects pour certaines années, notamment 2012 et 2015 - Des liens médicaux entre les séjours n'ont pas été pris en compte - Les données ne peuvent pas être interprétées en elles-mêmes comme des renvois vers les soins somatiques aigus
			↗	+2,1% (2011-2016) ^b	
			pas clair	+0,6% (2011-2016) ^c	
Indicateurs relatifs au personnel des hôpitaux et des cliniques			Évolution		Remarques
Indicateurs	Secteurs	Groupes de professions	Tendance ^a	Variations annuelles	
Taux d'encadrement en équivalents plein temps (EPT) pour 1 000 cas, par groupes professionnels, personnel chargé des soins stationnaires ^d	Soins somatiques aigus	Médecins	→	+0,4% (2010-2016)	2016: 7,48 EPT/1 000 cas
		Soignants	→	+0,5% (2010-2016)	2016: 33,67 EPT/1 000 cas
	Psychiatrie	Médecins	↘	-2,0% (2010-2016)	2016: 15,75 EPT/1 000 cas
		Soignants	→	-0,2% (2010-2016)	2016: 82,25 EPT/1 000 cas
	Réadaptation	Psychologues	↗	+4,8% (2010-2016)	2016: 9,79 EPT/1 000 cas
		Médecins	→	+1,0% (2010-2016)	2016: 7,11 EPT/1 000 cas
	Soignants	→	+0,6% (2010-2016)	2016: 46,93 EPT/1 000 cas	

a Tendance estimée par les auteurs

b Valeurs ajustées, modèle multivarié (sans la variable degré de gravité)

c Valeurs ajustées, modèle multivarié (avec la variable degré de gravité)

d La statistique des hôpitaux ne distingue pas directement entre personnel chargé des soins stationnaires et personnel chargé des soins ambulatoires.

La part du personnel ambulatoire a été estimée – et exclue – sur la base de la comptabilité analytique. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Références

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2016. Obsan Bulletin 2/2017*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier

INFRAS und Zahnd, D. (à venir 2019). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*.

Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Étude 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 LAMa: financement hospitalier (version du 13 mai 2015)*. Écrit par: Markus Weber/Christian Vogt, Berne. www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier. Consulté le 10.4.2017.

OFSP (à venir 2019). *Évaluation de la révision de la LAMa dans le domaine du financement hospitalier. Rapport final de l'OFSP du Conseil fédéral (titre provisoire de travail)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Oggier, W. (2017). *Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation*. In W. Oggier, G. Pellanda, & G. R. Rossi (Hrsg.), 20 Jahre KVG: Rück- und Ausblick für die Rehabilitation. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132 (S. 85–114).

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018): *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2016. Schlussbericht*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

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.

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, Reto Jörg, Marcel Widmer (Obsan)

Référence bibliographique

Hedinger, D., Tuch, A., Jörg, R. & Widmer, M. (2018). *Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2016 (Obsan Bulletin 4/2018)*. 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 Évaluation 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: 1033-1804).

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

1034-1804

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

© Obsan 2018



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.