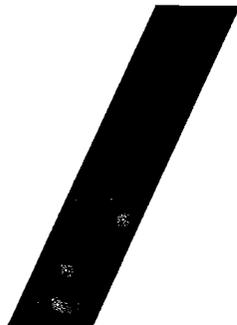
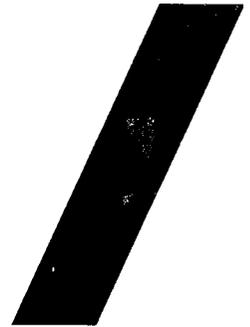


Aspects de la sécurité sociale

Rapport de recherche n° 1/94

Possibilités de mesure des prestations hospitalières

Considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière



L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa nouvelle série "Aspects de la sécurité sociale" des articles de fond et des rapports de recherches sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et encourager la discussion. Les analyses présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

Auteurs: Wolfram Fischer, lic. sc. écon. de l'Ecole des hautes études économique, juridiques et sociales de St-Gall, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin Steigstrasse 12
9116 Wolfertswil
Tél. 071 / 834 333

Traduction française Institut suisse de la santé publique, Lausanne

Coordination et renseignements: Dr. T. Bandi
Office fédéral des assurances sociales
Section de la statistique
Effingerstrasse 39
3003 Berne
Tel. 031 / 322 91 31

Diffusion: Office fédéral des imprimés et du matériel (OCFIM)
3000 Berne

Copyright Office fédéral des assurances sociales
CH-3003 Berne

Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.

Numéro de commande: 318.010.1/94 f 2.95 200

Prix: Fr. 25.–

Possibilités de mesure des prestations hospitalières

Considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière

Wolfram Fischer
lic.sc. écon. de l'Ecole des hautes études économiques,
juridiques et sociales de Saint-Gall

1ère partie: Introduction et vue d'ensemble

2ème partie: Aspects théoriques

3ème partie: Propositions de modifications et de compléments
aux statistiques hospitalières actuelle

Avant-propos Le présent rapport est le premier d'une nouvelle série de publications de l'Office fédéral des assurances sociales intitulé "Aspects de la sécurité sociale". Cette série a notamment pour le but de porter à la connaissance du public les résultats de projets de recherche réalisés pour le compte de l'Office.

L'évolution démographique, sociale et économique fait apparaître de plus en plus clairement le besoin d'une réforme du système de la sécurité sociale, cependant que la complexité des problèmes à résoudre ne cesse de croître. Dans ce contexte, les projets de révision ne peuvent aboutir que si les décisions se fondent d'emblée sur des bases adéquates. Le Conseil de la science a d'ailleurs indiqué à plusieurs reprises qu'il faudrait inévitablement intensifier les efforts de recherche dans le domaine de la sécurité et de l'aide sociales. La série de publications "Aspects de la sécurité sociales" devrait contribuer à répondre à cette préoccupation.

Un des principaux objectifs de cette série est de susciter la discussion dans les divers milieux intéressés. Chacun des rapports n'aborde forcément qu'une partie des questions scientifiques et politiques que suscitent les résultats des études et les interprétations que l'on peut en donner. Ces publications doivent donc être considérées comme des contributions au débat reflétant avant tout l'opinion de leurs auteurs, qui n'est pas forcément partagée par l'Office.

Le présent ouvrage, consacré à la mesure des prestations hospitalières, aborde un aspect essentiel de toute politique d'aménagement de la santé publique. Depuis 1984, les cantons et les organisations intéressées, sans oublier la Confédération elle-même, s'efforcent de réorganiser la statistique hospitalière. L'Office fédéral des assurances sociale espère apporter avec le présent ouvrage une contribution utile au débat.

Cette étude a bénéficié de l'appui du Groupe d'experts "Statistique" de la VESKA, dont les membres sont ici vivement remerciés de leur collaboration. Nous tenons en outre à remercier l'Institut suisse de la santé publique pour sa traduction, travail minutieux qui a permis d'obtenir cette version française d'une excellente lisibilité au regard de la complexité du sujet abordé.

W. Seiler, Directeur

TABLE DES MATIERES

Abréviations	X
Remarques sur l'utilisation de certains concepts.....	XIII
Première partie: introduction et vue d'ensemble	1
A. Introduction	3
1. Avant-propos	3
2. La santé, un bien de consommation?	5
3. Modifications de la santé publique	5
B. Vue d'ensemble	6
1. Aperçu de la deuxième partie: aspects théoriques	6
a) Le produit dans le secteur hospitalier	6
b) Efficience, efficacité et qualité	8
c) Mesure de l'efficience.....	8
2. Aperçu de la troisième partie: propositions de modifications et de compléments aux statistiques hospitalières actuelles.....	9
a) Amélioration de la statistique administrative.....	9
b) Statistique médicale de la VESKA (SMV).....	10
c) Couplage des données relatives aux diagnostics et de celles relatives aux coûts	11
d) Comparaison des frais d'exploitation	12
e) Négociations tarifaires	12
f) Extrapolations	12
g) Couverture des coûts.....	12
h) Améliorations présentant un rapport utilité/coût avantageux	12
i) Amélioration de la transparence et systèmes d'incitation	13
j) Qualité des données et information en retour	13
3. Aperçu de l'annexe	14
C. Conclusions	14
1. Une meilleure utilisation des données disponibles	14
2. De nouvelles méthodes de classification des patients.....	14
3. Une comptabilité par unités finales d'imputation	15

4.	Un souci de qualité.....	16
5.	Un long processus d'apprentissage.....	17
6.	Les attentes de la société par rapport à la médecine.....	17
Deuxième partie: aspects théoriques.....		19
D.	L'intérêt de la Confédération pour la santé publique.....	21
1.	Economie de marché ou économie planifiée?.....	21
2.	A propos du rôle des pouvoirs publics.....	23
3.	Le rôle de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).....	25
	a) Objectifs et évolution de la loi actuelle (LAMA).....	25
	b) Principales tâches actuelles dans le domaine hospitalier.....	26
	(1) Surveillance.....	26
	(2) Statistiques.....	27
	c) Tâches futures dans le domaine hospitalier.....	28
	(1) Caractère économique du traitement.....	28
	(2) Qualité et adéquation de la prestation.....	29
	(3) Conséquences pour l'OFAS.....	29
E.	Qu'attendent les acteurs du marché de la statistique hospitalière?.....	30
1.	Schéma récapitulatif du "marché de la santé".....	30
2.	Tâches d'une statistique hospitalière.....	32
	a) La perspective du fournisseur de prestations.....	32
	b) La perspective des organismes tuteurs.....	32
	c) La perspective du garant.....	33
	d) La perspective du patient.....	33
	e) La perspective de la recherche.....	33
	(1) Recherche médicale.....	33
	(2) Recherche dans le domaine des soins.....	34
	f) Tableau récapitulatif de solutions éventuelles.....	34
F.	Le produit dans le secteur hospitalier.....	35
1.	Structure schématique du déroulement d'un traitement hospitalier.....	36
	a) Situation de départ.....	36
	b) Voie de décision M: traitement médical.....	36
	c) Voie de décision S: soins.....	37

d) Voie de décision H: hébergement	38
e) Voie de décision P: traitement paramédical	38
f) Résultats du traitement	38
g) Application du modèle à différents types de traitement et de prise en charge	39
(1) Services hospitaliers de soins aigus.....	39
(2) Soins de longue durée.....	40
(3) Maisons de retraite	40
(4) Centres de réadaptation	40
(5) Tableau récapitulatif	40
2. Comment définir les produits du secteur hospitalier.....	41
a) Approche de la description des prestations.....	41
b) Principe de la définition de produits à l'aide de systèmes de classification des patients	41
c) Aperçu de divers systèmes de classification des patients	43
(1) Systèmes destinés au domaine médical.....	43
(2) Systèmes destinés aux soins dans le domaine aigu	45
(3) Systèmes destinés aux soins à des patients pour une longue durée.....	46
d) Calcul de case-mixes	48
(1) Case-mixes décrivant le volume de prestations.....	48
(2) Types de case-mix	49
e) Traitement chirurgical et conservateur.....	49
f) La définition du "cas"	51
g) Phases de traitement au lieu de cas hospitaliers?.....	52
G. Efficience, efficacité et qualité	53
1. Définition des concepts d'efficience et d'efficacité.....	53
a) Efficience et efficacité dans la terminologie économique	53
b) Une autre perspective.....	54
c) Les définitions utilisées dans la présente étude	55
(1) Efficience et efficacité	55
(2) Adéquation	56
2. Efficacité et qualité	57
a) Aspects de la qualité	57
b) Qualité de la structure, du processus et du résultat selon Donabedian.....	58
c) Représentation schématique des rapports entre qualité, adéquation, efficacité et efficience	58

d) Quelques autres approches envisageables	59
H. Critères d'évaluation	60
1. Critères éthiques et critères médicaux.....	61
a) Principes éthiques	61
b) "Dans l'intérêt du patient"	61
c) Evolution de la médecine.....	61
d) Calcul de l'efficacité?	62
2. Critères sociaux	63
3. Critères économiques.....	64
a) Mesure de l'efficacité.....	64
(1) Efficacité du choix des moyens	64
(2) Efficacité de l'exécution.....	65
b) Un exemple d'utilisation de systèmes de classification des patients pour déterminer l'efficacité	65
c) Systèmes de classification des patients à plusieurs niveaux	68
 Troisième partie: propositions de modifications et de compléments aux statistiques hospitalières actuelles	71
I. Propositions de mesures immédiates visant à améliorer la statistique administrative actuelle	73
1. Les données disponibles actuellement	73
a) Paramètres relevés.....	73
b) Statistiques	73
c) Analyse	75
d) Valeur descriptive des paramètres disponibles	76
e) Quelques problèmes posés par l'analyse actuelle.....	77
2. Amélioration de la formulation du modèle.....	77
a) But	77
b) Distinction entre les données structurelles et celles relatives aux coûts et aux prestations.....	78
c) Niveaux de relevé.....	78
3. Analyses supplémentaires des données actuelles.....	79
a) Buts	79
b) Indices supplémentaires avec deux paramètres	79

c) Indices sur la base de combinaisons de paramètres: le modèle PP/PR (modèle de base)	82
(1) Points de ressources (PR)	82
(2) Points de prestation (PP)	82
(3) Indices du modèle de base PP/PR	83
d) Typologies hospitalières	85
(1) Proposition de typologie hospitalière émanant du canton de Vaud	85
(2) La typologie hospitalière du WIdO	85
(3) Typologie hospitalière fondée sur les groupes spécialisés	86
(4) Typologie hospitalière fondée sur les points de ressources	87
e) Le modèle de la Commission technique de la taxe hospitalière CDS/CTM/VESKA ...	88
4. Extension des données de base et de la base de données de la statistique administrative	88
a) Buts	88
b) Modèles PP/PR et PP/MR élargis	89
(1) Différentiation des points de prestation	89
(2) Des points de ressources au mix des ressources	89
c) Exhaustivité de la saisie des données	90
(1) Exhaustivité selon les formes d'organisation	90
(2) Exhaustivité selon les types de données	91
(3) Regroupement selon les groupes spécialisés	91
J. Propositions de mesures visant à améliorer la statistique médicale VESKA (SMV)	92
1. Aperçu des données disponibles	92
2. Autres utilisations possibles des données actuelles	92
a) But	92
b) Détermination de la fréquence des opérations	93
c) Pondération de l'éventail des patients (case-mix): le modèle GPS	93
d) Autres pondérations	94
e) Contrôle des mandats	94
3. Extension des données de base et de la base de données de la SMV	95
a) But	95
b) Systèmes de codage pour les diagnostics et les opérations	95
c) Données relatives au but du traitement	96
d) Relevé exhaustif?	97
e) Nombre de jours requérant des soins intensifs	97

	f) Nombre de jours par catégories de soins?	98
	g) Diagnostics et besoins en matière de soins pour les patients de longue durée	98
K.	Couplage des données relatives au diagnostic et de celles relatives aux coûts	99
1	Objectifs	99
2.	Utilisation de la statistique médicale VESKA actuelle (SMV)	100
	a) Evaluation économétrique des coefficients de coût	100
	b) Modèles se fondant sur le case-mix et le mix des ressources (CM/MR).....	101
3.	Collecte des données par le biais du résumé standardisé de sortie (RSS)	102
	a) Les différents types de RSS	102
	b) Propositions relatives à un RSS suisse	102
	c) Calcul de coefficients de coût pour la Suisse.....	103
	d) RSS ou SMV?	103
	e) Utilisations	104
	f) Questions en suspens concernant le RSS	104
4.	Calcul a priori et calcul a posteriori par groupe de patients.....	105
L.	Contribution de la statistique aux comparaisons des frais d'exploitation et aux négociations tarifaires	106
1	Comparaison des frais d'exploitation entre établissements hospitaliers.....	106
	a) Fondements	106
	b) Vue d'ensemble des modèles de comparaison des frais d'exploitation.....	107
	c) Vue d'ensemble des indices utilisés pour les comparaisons des frais d'exploitation ..	108
	d) Comparaisons fondées sur des données administratives	108
	e) Comparaisons intégrant des données médicales	109
	f) Comparaisons intégrant des données relatives aux soins	109
	g) A propos du matériel statistique	109
2.	Négociations tarifaires.....	110
	a) Aperçu des forfaits de facturation	110
	b) Quelles statistiques pour quels modèles tarifaires?	110
M.	Extrapolations: limites et perspectives	112
1.	Extrapolations des chiffres de la statistique administrative	112
	a) Buts	112
	b) A propos du contrôle des extrapolations.....	112

c) Le rôle d'un fichier de données sur la structure des hôpitaux.....	113
2. Extrapolations sur la base de systèmes de classification des patients (PCS).....	114
a) Extrapolations des éventails de patients.....	114
b) Extrapolations des coûts	115
N. Saisie du degré de couverture des coûts des hôpitaux.....	116
a) Financement des frais d'exploitation	116
b) Financement des frais d'investissement.....	117
c) Couverture des coûts en division commune.....	118
d) Comparaison avec d'autres subsides des pouvoirs publics.....	118
O. Possibilités d'amélioration de la statistique hospitalière présentant un rapport utilité/coût avantageux.....	119
1. Etablir une nouvelle typologie des établissements hospitaliers	119
a) Typologie hospitalière établie sur la base du nombre ou de la dénomination de groupes spécialisés.....	119
b) Typologie hospitalière sous forme de mix des ressources.....	120
2. Modèles de comparaison des frais d'exploitation.....	120
a) Comparaison des frais d'exploitation au moyen du modèle PP/PR de base.....	121
b) Comparaison des frais d'exploitation au moyen d'un modèle PP/MR ou PP/PR élargi	121
c) Comparaison des frais d'exploitation au moyen d'un modèle CM/MR.....	121
d) Comparaison des frais d'exploitation au moyen d'éventails des patients intégrant des données relatives aux soins.....	122
P. Amélioration de la transparence et systèmes d'incitation	123
1. Facteurs influant sur la demande.....	124
2. Détermination des prestations fournies et à fournir	126
3. Incidences des systèmes d'incitation financière sur l'offre et la demande	128
a) Système de tarification en vigueur.....	128
b) Subventions et couverture du déficit	128
c) Systèmes de rémunération à prix fixes par groupe de patients.....	129
d) Tarif au temps consacré	130
e) Facturation à la prestation avec libre formation des prix.....	130
f) Types d'assurance.....	131
4. Mécanismes de contrôle: effets et perspectives	131

a) Comptabilité analytique / systèmes d'indices	131
b) Audit médical / étude des cas particuliers (utilization review) / contrôle de la qualité	132
c) Contrôle du caractère économique des traitements hospitaliers par les caisses-maladie	133
Q. Amélioration de la qualité des données par l'information en retour aux fournisseurs de données	134

ANNEXES

R. Le modèle PP/PR	136
1. Aperçu	136
2. Introduction des points de prestation	137
3. Pondération des ressources	138
a) Effectif de personnel	139
b) Nombre de lits	139
c) Pondération	139
d) Possibilités de différenciation	140
4. Exemples d'analyse	140
S. Le modèle GPS	142
1. La définition des groupes de patients	142
2. Utilisations possibles	144
T. Exemple de calcul à partir d'un système de classification des patients à plusieurs niveaux	145
1. Introduction	146
2. Données de base du modèle	147
a) A propos de la compilation des données du modèle	147

(1) Description des diagnostics, des buts et des types de traitement	147
(2) Description des fournisseurs de prestations	147
(3) Taille du modèle	148
b) Saisie des prestations	149
(1) Données médicales de cas	149
(2) Données administratives de cas	149
(3) Données de base du fournisseur de prestations	149
3. Mode de calcul	149
a) Quantités	149
(1) Quantités effectives	149
(2) Quantités de référence	150
b) Coûts	151
(1) Coûts effectifs des ressources	151
(2) Coûts de référence des ressources	151
(3) Coûts effectifs des autres grandeurs de mesure	151
(4) Coûts de référence des autres grandeurs de mesure	152
c) Exemple	152
4. Analyse	152
a) Mesure de l'efficacité calculée	152
b) Compilation des résultats	154
(1) Indices classiques	154
(2) Statistique des mesures de l'efficacité	154
(3) Un premier commentaire	155
c) Efficacité du choix des moyens selon le modèle REF	156
(1) Efficacité du choix du type de traitement	156
(2) Efficacité du choix des phases	158
(3) Efficacité du choix des procédures	159
d) Efficacité du choix des moyens selon le modèle CAL	161
e) Comparaison des résultats des modèles CAL et REF	164
(1) Remarques générales	164
(2) L'efficacité du choix des phases	164
f) Efficacité de l'exécution	165
(1) Efficacité de l'exécution du type de traitement	166
(2) Efficacité de l'exécution des phases	167
(3) Efficacité de l'exécution des procédures	170

g) Calculs du case-mix sur la base de la durée des séjours.....	172
(1) Case-mix calculé sur la base du diagnostic	174
(2) Case-mix calculé sur la base du type de traitement.....	175
5. Formules de calcul	176
U. Comparaison entre groupes de patients sur le thème de la cholélithiase	177
V. Bibliographie	179

ABREVIATIONS

a	autre (non aigu)
ACG	Ambulatory Care Groups
AFU	Arrêté fédéral urgent
amb.	ambulatoire
AVG	Ambulatory Visit Groups
AVQ	activités de la vie quotidienne
BMS	Bulletin des médecins suisses
C	cas
CCMS	Concordat des caisses-maladie suisses
CDS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CH	Suisse
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9ème révision (ICD-9)
CIM-9-CM	CIM-9-Clinical Modification (version américaine qui comprend un troisième volume [Vol. 3] contenant des procédures)
CM	case-mix (coefficient cumulé du coût par cas)
CM2	case-mix défini à deux niveaux

CPH	Catalogue des prestations des hôpitaux
CRS	Croix-Rouge suisse
CSSS	Commission suisse de statistiques sanitaires
Cst. féd.	Constitution fédérale de la Confédération suisse
CTM	Commission des tarifs médicaux
D	déficit
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Diagnosis Related Groups
EMS	établissement médico-social
FSDH	Fédération suisse des directeurs d'hôpitaux
g	gériatrique
GPH	groupes des patients hospitalisés
GPS	groupes de patients rapportés à des groupes spécialisés
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz (Loi allemande sur la santé publique)
HMO	Health Maintenance Organization (aussi appelée caisse de santé)
HRG	* Health Care Resource Groups (système britannique mis au point par le NCMO: National case-mix Office - et utilisé au Royaume-Uni)
ICD-9	International Classification of Diseases, 9ème révision, voir CIM-9
ICM	index du case-mix (coefficient moyen du coût par cas)
ICN	index de complexité normalisé
JCMS	Journal des caisses-maladie suisses (rebaptisé "CCMS actuel" depuis juin 1994)
JH	jour(née) d'hospitalisation
J / j	jour
JL	jours de lits (= lits x 365 jours = max. de jours d'hospitalisation possibles)
K	coût(s)
L	lit
LAA	loi sur l'assurance-accidents du 20.3.1981

LAMA	loi sur l'assurance-maladie et accidents du 13.6.1911, actuellement en vigueur
LAMal	nouvelle loi sur l'assurance-maladie du 18.3.1994
l / long	patients longue durée
m	médical
MDS	Minimal Data Set (liste des données minimales, résumé standardisé de sortie)
MP	mix des prestations
MR	mix des ressources
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
Ord.	ordonnances sur la LAMA
P / p	personnel
PCS	Patient Classification System, système de classification des patients
PMC	Patient Management Categories
PMP	Patient Management Path du modèle PMC
PP	point de prestation
PPO	Preferred Provider Organization
PPR	Pflegepersonalregelung (directives du personnel soignant de la loi allemande sur la santé publique)
PR	point de ressources
R	recettes
RFE	Reason for Encounter (motif de consultation du patient)
RME	référentiels médico-économiques
RSS	résumé standardisé de sortie
S / s	soins
SCRIS	Service cantonal de recherche et d'information statistique, Lausanne
SEP	System zur Erfassung des Pflegeaufwandes (système de calcul des charges occasionnées par les soins)
SGGP	voir SSPS
SMV	statistique médicale de la VESKA

SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine (système de codage multidimensionnel)
SSIM	Société suisse d'informatique médicale
SSPS	Société suisse pour la politique de la santé
SVS	voir FSDH
trait.	traitement
u	aigu
UE	Union européenne
USZ	Universitätsspital Zürich (Hôpital universitaire de Zurich)
VD	canton de Vaud
VESKA	Association suisse des établissements hospitaliers
VSA	Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen AOK (Allemagne):Institut scientifique des caisses-maladie de droit public

Remarques sur l'utilisation de certains concepts

Département, clinique, division sont des termes dont l'utilisation varie d'un hôpital à l'autre (on ne définit pas du tout de la même manière une division dans un hôpital universitaire que dans un hôpital de district).

Je propose donc d'utiliser plutôt les deux expressions suivantes:

- groupes médicaux spécialisés (par exemple médecine, chirurgie, etc.) et
- domaines médicaux spécialisés (par exemple orthopédie, pneumologie, etc.).

L'expression division spécialisée désigne l'unité d'un hôpital placée sous la direction d'un médecin-chef. Selon la répartition des tâches, elle peut accomplir les prestations de tout un groupe spécialisé ou d'un seul domaine spécialisé.

Le terme de ressources (infrastructure) englobe ici le personnel et les installations.

Les concepts de catégories de patients et de groupes de patients sont considérés comme synonymes et utilisés indifféremment.

J'ai quelquefois traduit le terme de case-mix par éventail des patients.

1ère partie: Introduction et vue d'ensemble

A. INTRODUCTION

1. Avant-propos

Objectifs La présente étude, réalisée pour le compte de l'Office fédéral des assurances sociales, entend situer et examiner dans un contexte élargi la problématique du renouvellement de la statistique hospitalière. Cet ouvrage a pour objectif de susciter la discussion.

Contexte Un des aspects de la nouvelle loi sur l'assurance maladie est la tendance vers une ouverture du marché de la santé dans l'espoir de maîtriser les coûts. Elle prévoit ainsi la possibilité d'introduire de nouvelles modalités contractuelles entre fournisseurs de prestations et assurés ainsi que de nouveaux régimes d'assurance pour les patients. Parallèlement, la Confédération doit établir des statistiques dans la mesure où elles sont nécessaires à l'exécution de la loi, des autorités d'approbation doivent examiner et approuver des conventions tarifaires et les cantons doivent procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre établissements. En outre, il convient de prévoir des mesures destinées à garantir la qualité.

Dans un domaine largement indépendant de la législation, mais directement lié à l'augmentation rapide des coûts, de plus en plus inacceptable politiquement, un débat est en cours sur le remplacement dans les hôpitaux du système du forfait journalier (fixé par hôpital) par un système de forfait par cas (fixé par groupes de patients). En outre, il est prévu d'instituer des résumés standardisés de sortie.

Si des statistiques doivent désormais être établies, essentiellement pour contrôler l'exécution de la loi sur l'assurance-maladie, la question qui se pose d'emblée est de savoir ce qui doit être mesuré exactement ainsi que comment et à quelles fins les données recueillies peuvent être exploitées.

*Produits du secteur
hospitalier*

Après avoir brièvement esquissé les attributions de la Confédération et les intérêts des différents acteurs du marché de la santé, la partie théorique de la présente étude visera essentiellement à montrer qu'il est nécessaire de décrire les **produits du secteur hospitalier** du point de vue médical tout comme de celui des soins.

Il est souvent question du modèle des DRG (Diagnosis Related Groups), utilisé aux Etats-Unis. Toutefois, cette approche, comme d'autres, donne une perspective trop exclusivement économique de la réalité en se référant essentiellement à ce qu'il est convenu d'appeler le diagnostic médical principal.

Les limites de ce modèle sont triples:

premièrement, il est nécessaire de tenir compte d'autres diagnostics et de certains symptômes qui, selon leur gravité et leur stade, peuvent représenter une charge variable pour le patient;

deuxièmement, les dépenses hospitalières ne résultent pas seulement du traitement d'un problème défini médicalement. Il faut tenir compte de l'état de santé général pour pouvoir évaluer correctement non seulement les dépenses médicales, mais en particulier les dépenses occasionnées par les soins de base;

troisièmement, il convient de considérer à quel niveau les prestations seront décrites: au niveau des problèmes de santé (par exemple diagnostics), des buts thérapeutiques, des types de traitement (par exemple opérations), des phases de traitement (diagnostic, opération/thérapie, postcure, réadaptation) ou des différentes procédures.

Malgré ces difficultés conceptuelles, il est tout à fait possible de définir et de mesurer des critères d'évaluation du caractère économique. La présente étude contient plusieurs propositions à cet égard. Plus ce type de mesure s'améliorera, plus les questions relatives à l'adéquation, à l'efficacité et à la qualité des prestations vont se poser de façon aiguë. C'est pourquoi il faut réfléchir à la qualité de la vie, à la valeur et au sens de la santé, de la maladie et de la mort. Le présent ouvrage se contentera d'esquisser ces différents aspects.

Il sera proposé de définir les termes d'adéquation, d'efficacité et de qualité et de les différencier de la notion d'efficience.

Dans une autre partie du présent document, il est fait des propositions concrètes qui pourraient être mises en oeuvre par étapes. C'est ainsi que sont abordées les possibilités d'exploiter davantage les données actuelles, de modifier le système statistique existant et d'y apporter à l'avenir des compléments opportuns. Selon l'évolution suggérée, les données administratives recueillies actuellement au niveau de l'hôpital se rapporteraient désormais aux différents services et seraient combinées avec les données nécessaires relatives aux prestations médicales et de soins. En outre, les unités d'analyse utilisées, plus différenciées, correspondraient mieux aux domaines de responsabilité des établissements.

Caractère économique

Adéquation, efficacité et qualité

Propositions concernant les statistiques

2. La santé, un bien de consommation?

J'esquisserai ici brièvement quelques réflexions fondamentales sur la base desquelles toutes les idées - y compris les miennes - devront être discutées et critiquées.

Dans notre société, nombreuses sont les personnes qui considèrent que l'on peut produire la santé et que, dès lors, il est possible de la vendre. Si l'on souffre d'une affection, on transfère volontiers au médecin la responsabilité de son rétablissement. Après tout, il a reçu pour cela une bonne formation et il est le plus souvent bien payé pour son travail. De vastes secteurs de notre système médical sont organisés sur la base de l'*utopie d'une société sans malades*¹. Le médecin a non seulement pour tâche de me guérir en tant que patient - je pars de l'idée qu'il y parviendra - mais aussi, implicitement, de me donner l'impression que ma peur de la maladie, et finalement de la mort, n'est pas justifiée. Tous les intéressés savent que c'est une illusion, mais trop souvent ils ne veulent pas l'admettre. Dans son livre "Questions de soins", Kleiber affirme qu'il s'agit là d'un "étrange paradoxe qui empêche de dire à l'autre sa complicité de mortel sans mise en scène technologique."²

Des comparaisons entre différents pays montrent que le niveau des dépenses consacrées à la santé publique n'influence pas sensiblement l'état de santé de la population. En revanche, il existe une corrélation entre des niveaux de formation et de revenus élevés et un meilleur état de santé mesuré en termes de mortalité et de morbidité. On présente souvent l'exemple du Japon, un des pays les plus riches, où l'espérance de vie est très élevée mais les investissements dans la santé publique relativement faibles, pour montrer que la culture exerce aussi une influence décisive sur la conception de la santé et sur le recours aux institutions de santé publique.

3. Modifications de la santé publique

Quand on cherche à maîtriser les coûts engendrés par la santé publique, il ne faut pas oublier que toutes les mesures de rationalisation internes aux établissements, l'introduction de structures de marché accompagnées de nouveaux systèmes tarifaires ou de prix, les comparaisons des frais d'exploitation permettant de tirer des conclusions concrètes, etc., ne peuvent apporter que des résultats limités si la conception de la santé et de la maladie ainsi que la répartition des rôles entre patient et soignant restent inchangées.

1. Une partie de ces réflexions et des suivantes sont réunies dans le livre de Kleiber (*Questions de soins*): 87 ss.

2. Kleiber (*Questions de soins*): 95.

Si nous mettons en place une nouvelle statistique hospitalière, il importe, d'une part, de se rendre compte qu'elle est étroitement liée aux caractéristiques du système actuel, et d'autre part de rechercher comment elle peut mettre en évidence des possibilités de changement, voire susciter ce dernier.

Pour résumer en quelques mots:

On peut essayer, avec plus ou moins de chances de réussite, d'accroître *l'efficience* au sein du système actuel. Il faut pour cela disposer d'instruments permettant de mesurer et de contrôler les résultats.

La question de *l'efficacité*, qui vise à évaluer la qualité et l'utilité des mesures prises, appelle un débat sur les grandes conquêtes et les principales techniques de la médecine actuelle et exige une révision du système existant et de notre conception de la santé. La qualité de la vie avant, pendant et après l'apparition et le traitement d'une affection devra être au centre des réflexions.

Il ne faudrait pas s'attendre à ce que des considérations sur la statistique hospitalière permettent de rénover le système de santé. Une grande partie de la présente étude porte d'ailleurs "seulement" sur la question du caractère économique des prestations au sein de ce système.

B. VUE D'ENSEMBLE

1. Aperçu de la deuxième partie: aspects théoriques

La partie théorique précède les propositions de solutions concrètes car il est impératif non seulement de planifier des stratégies de collecte de données, mais aussi de définir une approche quant au contenu et aux objectifs d'utilisation des données à recueillir³.

a) *Le produit dans le secteur hospitalier*

On essaie actuellement de comprendre et de gérer l'utilisation et la fourniture de prestations de santé en leur appliquant le modèle du marché.

³. Dans ses 5 thèses sur le système d'information statistique sanitaire, Paccaud a lui aussi constaté que le manque d'analyse et l'absence de stratégies d'analyse constituaient un problème considérable et qu'en comparaison l'élaboration de conceptions générales avait une importance secondaire. (Paccaud (5 thèses)).

	<p>Dans tout marché, l'élément central est l'idée du produit. La question décisive qui se pose ici est donc de savoir comment, le cas échéant, décrire les produits de ce marché.</p> <p>Après une brève description des attributions de la Confédération et des intérêts des acteurs du marché de la santé, nous présenterons diverses possibilités de définition des produits du secteur hospitalier.</p> <p>Deux dimensions de la définition du produit seront exposées.</p>
<i>Formes de prise en charge</i>	<p>La première définition s'articule autour des formes de prise en charge:</p> <ul style="list-style-type: none">• médecine,• soins,• hébergement et• traitements paramédicaux. <p>Au début d'un traitement, il est fréquent que soit prise une décision médicale qui requiert par la suite d'autres décisions dans les domaines des soins, des traitements paramédicaux et de l'hébergement. Si ces décisions sont interdépendantes, elles n'en sont pas pour autant absolument liées les unes aux autres. En particulier, les décisions en matière de soins pour les patients ne relevant pas de la chirurgie sont fortement influencées par l'état général du patient et non seulement par l'affection traitée.</p>
<i>Niveau de décision et d'exécution</i>	<p>La deuxième dimension s'articule autour des niveaux de décision et d'exécution:</p> <ul style="list-style-type: none">• description du problème,• buts du traitement,• type de traitement,• phases de traitement et• procédures.
<i>Mix des patients et mix des prestations</i>	<p>Cette répartition permet de calculer plusieurs case-mixes ou du moins de constater que le case-mix déterminé par certaines méthodes plus connues n'en est qu'un parmi d'autres. On peut notamment distinguer:</p> <ul style="list-style-type: none">• les case-mixes rapportés aux patients (mix des patients) et• les case-mixes rapportés aux prestations (mix des prestations). <p>Les coûts engendrés par les patients relevant de la chirurgie peuvent être regroupés à l'aide des systèmes usuels (médicaux) de classification des patients car la charge représentée par les soins dépend en général étroitement du type de traitement choisi: en effet, dans bien des cas le séjour hospitalier est principalement consacré à la guérison de la lésion occasionnée par l'intervention chirurgicale.</p>

b) Efficience, efficacité et qualité

Pour évaluer l'efficience, on met en rapport les moyens utilisés avec la quantité des prestations fournies.

Efficience

Il est nécessaire à cet effet de définir la qualité des prestations. Comme il est difficile de mesurer directement la qualité dans le domaine de la santé, on a recours à des indicateurs de qualité.

Qualité

Les notions de qualité du résultat et d'efficacité sont étroitement liées. Toutes deux se rapportent à l'utilité d'un acte. Cependant, il est également difficile de quantifier l'utilité dans le domaine de la santé. A la différence d'autres marchés, le prix n'est pas ici un indicateur d'utilité. Le bien-être subjectif et la satisfaction du patient sont des aspects dont il importe de tenir compte.

Efficacité

En conclusion, force est de constater que l'on exige toujours de la part des services de santé efficacité et qualité, mais que ces concepts ne peuvent être pleinement rendus opérationnels. Tout au plus peut-on les opérationnaliser à l'aide d'indicateurs.

c) Mesures de l'efficience

On peut définir des mesures de l'efficience à chaque niveau de décision et d'exécution en distinguant l'efficience du choix des moyens et l'efficience de l'exécution.

L'efficience du choix des moyens porte sur le type et la quantité des prestations mises en oeuvre aux différents niveaux de décision. La question posée est de savoir si l'on a choisi et utilisé des prestations économiques, c'est-à-dire dont les coûts de référence sont peu élevés.

Efficience du choix des moyens

En revanche, l'efficience de l'exécution permet d'apprécier les coûts globaux, c'est-à-dire les coûts observés qui dépendaient de décisions prises au niveau faisant l'objet de l'évaluation tout comme à tous les niveaux de décision subalternes. La question posée est de savoir si, globalement, le travail a été accompli de manière économique.

Efficience de l'exécution

Par exemple, au niveau des types de traitement, on cherchera à évaluer l'efficience du choix du traitement destiné à des patients souffrant d'affections déterminées en posant la question suivante: les traitements choisis étaient-ils coûteux ou économiques? Pour évaluer l'efficience de l'exécution du traitement choisi, on cherchera à répondre à cette autre question: quels ont été les coûts observés par rapport aux coûts de référence du traitement retenu?

Exemples

2. Aperçu de la troisième partie: propositions de modifications et de compléments aux statistiques hospitalières actuelles

a) Amélioration de la statistique administrative

Types de données

Il est possible de décrire clairement le modèle retenu en opérant une distinction entre *données structurelles* et *données de coûts et de prestations*. Les données structurelles servent de base à l'élaboration d'une typologie hospitalière. Cette dernière est nécessaire s'il faut formuler des indicateurs simples ou réaliser des extrapolations à partir de données de coûts ou de prestations relevées sur la base d'échantillons.

Possibilités supplémentaires d'analyse

Les indicateurs actuels, qui se limitent généralement à mettre en rapport deux paramètres (par exemple jours de soins par cas), ne donnent qu'une vision partielle de la réalité. Une compilation graphique d'un grand nombre de ces indicateurs permet d'obtenir une image plus complète d'un hôpital ou d'un groupe hospitalier.

Modèle de base PP/PR

Il est aussi possible de combiner plusieurs paramètres de façon linéaire: dans le cas le plus simple, on mesure les prestations par la pondération du nombre de cas et de jours de soins (points de prestation [PP]) et les ressources en termes de collaborateurs et de lits pondérés (points de ressources [PR]).

Typologie hospitalière

Il est indispensable de perfectionner la typologie hospitalière car les groupes actuels rassemblent des hôpitaux par trop hétérogènes. Cette amélioration est possible si l'on tient compte du nombre et de la désignation des groupes spécialisés (services spécialisés).

Extension des données de base

On peut élargir le modèle PP/PR, notamment en enregistrant les données structurelles et les données de prestations par groupes spécialisés. Si, outre les lits et les effectifs en personnel, on pondère aussi en particulier le nombre de salles d'opération et d'accouchement, le nombre d'installations techniques particulières (par exemple scanographe, etc.) et le nombre de postes de formation, on peut calculer un mix des ressources (MR).

Il vaut la peine d'examiner la possibilité d'un relevé exhaustif des données d'exploitation, notamment dans la perspective de comparaisons des frais d'exploitation entre certains hôpitaux.

Extension de la base de données

Il faut segmenter le plus grand nombre possible de données selon les groupes spécialisés (services spécialisés).

Au cas où une extrapolation des données d'exploitation suffit, il faudrait au moins enregistrer les données structurelles de tous les hôpitaux.

b) Statistique médicale de la VESKA (SMV)

Il est déjà possible aujourd'hui de calculer la fréquence des opérations en fonction de diagnostics donnés.

Fréquence des opérations

Une classification sommaire des diagnostics et opérations selon les dépenses prévisibles qu'ils entraîneront permet de créer un modèle comprenant 84 groupes de patients (au maximum). Il est possible d'exploiter ce modèle à deux niveaux différents: catégorie rapportée au diagnostic et catégorie rapportée au type de traitement. On peut donc calculer des indicateurs pour un mix de patients et un mix de prestations (modèle GPS = modèle fondé sur des groupes de patients rapportés à des groupes spécialisés).

Modèle GPS

La SMV permettrait aussi de regrouper autrement les cas (par exemple selon les GPH ou les DRG) et d'évaluer l'importance des coûts en Suisse sur la base de la durée du séjour.

Analysées en termes d'exploitation, les données de la SMV pourraient aussi être utilisées pour contrôler le respect des mandats.

Contrôle des mandats

Le classement des données médicales à partir de la CIM-9-CM est approprié si l'on souhaite mettre en oeuvre des systèmes classiques de classification des patients (par exemple, DRG, PMC). Dans un avenir proche, il sera aussi possible de recueillir les diagnostics sur la base de la CIM-10.

Systèmes de codage

Du point de vue épidémiologique, un relevé exhaustif des données médicales serait souhaitable. Il exige toutefois des moyens considérables. Il pourrait opportunément être associé à la collecte d'informations relatives aux coûts. Une mise en relation avec les données du secteur ambulatoire doit absolument faire l'objet d'un examen.

Relevé exhaustif?

Extensions Il convient d'examiner l'intérêt qu'il y aurait à relever la durée du séjour en unité de soins intensifs, le nombre et la répartition des journées passées selon chaque catégorie de soins ainsi que les diagnostics infirmiers (ce dernier élément vaut particulièrement pour les établissements médico-sociaux; il aurait une valeur complémentaire pour les hôpitaux de soins aigus).

c) Couplage des données relatives aux diagnostics et de celles relatives aux coûts

L'inclusion de données médicales dans la statistique hospitalière est une nécessité urgente car l'éventail des cas traités (case-mix) influence considérablement la structure des coûts.

Evaluation économétrique des charges financières

Avec une quantité acceptable de relevés partiels de la SMV et la statistique administrative, il serait possible de calculer les charges financières à l'aide de modèles économétriques.

Modèle CM / MR

Si le case-mix (CM) est mis en relation avec le mix des ressources (MR), il est possible de formuler non seulement la mesure de la complexité de l'éventail des patients et du caractère économique, mais aussi celle de la productivité.

Résumé standardisé de sortie (RSS)

Il existe trois types de résumés standardisés de sortie (minimal data set):

- (a) RSS médical: diagnostics + procédures + durée du séjour.
- (b) RSS recettes: + montants facturés.
- (c) RSS coûts: + coûts du séjour.

La SMV récolte des données du type (a). La nouvelle proposition de la VESKA et du canton de Zurich correspond au type (b), tout comme celle qui figure dans la Conception générale de la CSSS. Pourtant, cette dernière proposition est intitulée RSS coûts.

Concernant les projets de RSS pour la Suisse, il conviendrait de se demander s'il ne serait pas nécessaire de relever aussi les données relatives aux soins et si la notion de "cas" ne devrait pas être supplantée par celle de "phases" (par exemple diagnostic, thérapie/opération, postcure et réadaptation), ce qui permettrait d'établir une meilleure correspondance avec le secteur ambulatoire. En outre, il faudrait relever le type d'assurance (par exemple HMO) pour en étudier les répercussions sur la demande.

d) Comparaison des frais d'exploitation

Les modèles PP/PR fournissent des renseignements de meilleure qualité que les indices courants pour la comparaison des frais d'exploitation. Il semble que les modèles les plus appropriés soient ceux comprenant des catégories de patients définies à plusieurs niveaux pouvant être utilisés parallèlement au mix des ressources.

e) Négociations tarifaires

La conception des statistiques dépend des systèmes tarifaires. Pour les forfaits journaliers par service, le relevé des données destinées à la statistique administrative suffirait, à condition qu'il soit subdivisé par services. Des modèles économétriques ou la collecte de données par RSS permettraient de calculer des forfaits par cas.

f) Extrapolations

Dans ce domaine, il est essentiel de disposer d'une bonne typologie hospitalière pour que les données puissent être stratifiées de façon appropriée. Un relevé exhaustif des données structurelles apporterait les données de base nécessaires.

L'intégration des données médicales (recueillies par exemple par RSS), permet d'améliorer l'évaluation des coûts. Elle donne en outre la possibilité d'analyser l'évolution dans le temps des tableaux cliniques, et ainsi les coûts qui en résultent.

g) Couverture des coûts

Il faudrait spécifier l'origine non seulement des déficits, mais aussi des subsides et des subventions.

La comptabilité analytique de la VESKA prévoit que les investissements ou leurs amortissements non portés en compte dans la comptabilité financière sont à rectifier par calcul dans la comptabilité analytique. Toutefois, une ventilation par sources de financement fait défaut.

Pour calculer correctement les coûts de la division générale selon la LAMal⁴, il faudrait tenir une comptabilité par unités finales d'imputation.

h) Améliorations présentant un rapport utilité/coût avantageux

Il serait particulièrement judicieux d'élargir la statistique hospitalière en y intégrant les éléments suivants:

- nouvelle typologie hospitalière (peu coûteux);
- modèle PP/PR pour la comparaison des frais d'exploitation (peu coûteux);

4. Selon l'art. 49.¹ de la LAMal, les frais résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.

- modèle CM/MR pour la comparaison des frais d'exploitation (relativement coûteux);
- prise en considération de données relatives aux soins (relativement coûteux).

i) Amélioration de la transparence et systèmes d'incitation

Définition des produits

Cette partie de l'ouvrage recense les secteurs dans lesquels une statistique hospitalière pourrait favoriser une plus grande transparence. L'essentiel est de disposer d'une bonne définition des produits, base d'une comptabilité par unités finales d'imputation. Pour pouvoir mesurer l'efficacité des différents niveaux de responsabilité, il est nécessaire de distinguer au moins les catégories de patients liées au diagnostic de celles liées au type de traitement.

Garantie de la qualité

La mise en place d'un système de comptabilisation fondé sur des forfaits par cas rend indispensable la définition d'exigences de qualité appropriées et de leur contrôle.

*Passation en compte
des coûts totaux*

La suppression des subventions hospitalières et la passation en compte des coûts totaux qui s'ensuivrait contribuerait largement à une plus grande transparence des coûts. En outre, des contrats particuliers entre assureurs d'une part et fournisseurs de prestations publics et privés d'autre part gagneraient ainsi en importance.

Mécanismes de contrôle

On pourrait envisager notamment les mécanismes de contrôle suivants:

- systèmes d'indices;
- obligation pour les hôpitaux de tenir une comptabilité par unités finales d'imputation;
- contrôle des cas particuliers (utilization review).

Aspects éthiques

Il ne faudrait pas que l'abondance de critères économiques nous fasse perdre de vue les critères éthiques. C'est là une question sociale et politique qui ne fait pas actuellement l'objet d'un débat suffisamment approfondi.

j) Qualité des données et information en retour

Les données statistiques sont d'une qualité supérieure quand elles sont le sous-produit d'une application centrale d'un établissement. Tel serait le cas si une comptabilité par unités finales d'imputation était instituée.

3. Aperçu de l'annexe

On trouve en annexe une description détaillée des modèles PP/PR et GPS.

Modèles PP/PR et GPS

Suit un exemple détaillé de calcul à partir d'un système de classification des patients à plusieurs niveaux. Les mesures de l'efficacité aux différents niveaux de décision et d'exécution sont calculées et comparées avec des indices de case-mix, comme ceux des DRG.

Exemple à partir d'un système de classification des patients à plusieurs niveaux

Sur le thème de la cholélithiase, j'ai confronté divers groupements effectués selon différents systèmes de classification des patients. Cette comparaison sert de référence à un exemple de classification de patients à deux niveaux présenté dans la partie théorique.

Comparaison de la constitution des groupes dans différents PCS

C. CONCLUSIONS

1. Une meilleure utilisation des données disponibles

Le résumé standardisé de sortie recueilli pour l'établissement de la statistique médicale de la VESKA (SMV) contient les données essentielles à la constitution d'index du case-mix suivant la méthode des DRG (selon cette dernière, la durée du séjour est utilisée comme indicateur de coût).

1. Il est possible de mieux exploiter les données disponibles

Les données de la statistique administrative, éventuellement légèrement modifiées, devraient être relevées par services. Un plus grand nombre d'hôpitaux, voire leur totalité, devrait participer à la SMV.

2. De nouvelles méthodes de classification des patients

Le système DRG apporte un progrès certain mais reste trop axé sur la perspective du médecin revue à travers les lunettes de l'économiste. Tout au plus les DRG et les systèmes comparables atteignent-ils leurs objectifs dans le domaine des traitements chirurgicaux.

2. Les méthodes actuelles de classification des patients ne suffisent pas pour établir une comptabilité par unités finales d'imputation et pour constituer des forfaits par cas

Il faut éviter que des incitations économiques inadéquates ne viennent une fois encore alourdir les coûts, qui seraient en l'occurrence supportés partiellement par les contribuables et les payeurs de primes, mais bien plus encore par les patients dont l'état général est mauvais

(c'est-à-dire non conforme à la norme). C'est pourquoi une réforme du financement doit s'appuyer sur des systèmes de classification des patients tenant aussi compte des *données relatives aux soins*. En effet, les médecins recherchent en premier lieu les diagnostics qui doivent faire l'objet d'un traitement; les données relatives aux soins permettent quant à elles d'évaluer de façon globale l'état de santé du patient. Le résumé standardisé de sortie doit donc être élargi pour inclure ces données.

La notion de phases de traitement devrait remplacer celle de cas. Ce changement permettrait notamment d'établir plus facilement des liens avec la partie extra-hospitalière des traitements.

L'idée de forfaits basés sur le coût des cas doit conduire à la conception de modèles multidimensionnels de **forfaits partiels**. Ces forfaits seront différenciés selon le cas, la phase de traitement ou la journée pour les différents domaines de la médecine et des soins et leur montant sera déterminé selon des catégories de patients adéquates. En chirurgie, médecine, gériatrie et psychiatrie - pour ne citer que quelques exemples - il faut pondérer différemment les principaux facteurs de coûts (le diagnostic médical n'en est qu'un parmi d'autres et n'est pas toujours très pertinent).

Une représentation nuancée de la complexité des problèmes des patients est essentielle non seulement pour déterminer le niveau des remboursements, mais aussi et surtout pour susciter une *démarche responsable d'analyse des coûts au sein de l'hôpital*.

*3. Il est nécessaire
de concevoir une
comptabilité par unités
finales d'imputation
adaptée aux hôpitaux*

3. Une comptabilité par unités finales d'imputation

Si l'on veut mesurer et évaluer les prestations hospitalières, il est fondamental de tenir une comptabilité analytique appropriée.

Jusqu'à présent, seule une comptabilité par centres de charges⁵ a été présentée (par la VESKA). Peu nombreux sont les établissements qui l'ont adoptée.

Or, si l'on veut contrôler les coûts au sein de l'hôpital, une comptabilité par unités finales d'imputation est nécessaire. C'est le seul moyen pour calculer les frais de traitement par patient. Ces coûts sont ensuite comparés avec ceux de "produits" de même nature, c'est-à-dire avec les frais occasionnés par des patients du même groupe. Ces comparaisons peuvent fournir des indications sur les possibilités de rationalisation. Une comptabilité par unités finales d'imputation est

5. VESKA (CA).

également nécessaire si l'on veut pouvoir proposer des prix et des tarifs adéquats.

Toutefois, il n'existe encore aucun modèle directement applicable de comptabilité hospitalière des unités finales d'imputation.

On peut reprendre la technique de calcul utilisée dans l'industrie, à savoir le modèle de la comptabilité unitaire des unités finales d'imputation (comptabilité des commandes).

Des problèmes particuliers à l'hôpital se posent au début et à la fin du processus:

- a) au début: sous quelle forme doit-on et peut-on relever les données d'exploitation?
 - mesure directe des ressources? (par exemple, temps de travail par acte);
 - comptage des procédures mises en oeuvre? (par exemple, nombre d'actes par jour et par patient);
 - pondération des problèmes existants? (par exemple, patients par jour selon les catégories de soins);
- b) à la fin: selon quels critères peut-on structurer et analyser les données? Quels groupes de produits et domaines de responsabilité peut-on définir au sein de l'hôpital?

4. Un souci de qualité

La définition d'un produit n'engage quasiment à rien si elle ne s'accompagne pas d'une description des exigences de qualité.

Il convient de formuler des méthodes d'évaluation de la qualité aussi bien du côté de la demande (patient, garant) que du côté de l'offre.

*4. Il faut confronter
la pression croissante de
la responsabilité des coûts
au souci de la qualité*

5. La nécessaire remise en cause des pratiques de chaque hôpital exigera un long processus d'apprentissage

5. Un long processus d'apprentissage

Nombreux sont les intéressés pour qui la prise en compte de considérations d'ordre économique dans la vie quotidienne de l'hôpital suppose une démarche radicalement nouvelle.

Cela signifie en effet:

- prendre les décisions en tenant compte aussi des coûts (qui doivent être mis en balance avec d'autres critères);
- établir un compte-rendu des prestations fournies;
- recueillir systématiquement les données relatives aux patients (gestion réfléchie d'une documentation appropriée concernant les patients).

6. On ne pourra véritablement examiner les questions d'efficacité et de qualité que si un débat public s'engage sur le sens et l'utilité de la médecine

6. Les attentes de la société par rapport à la médecine

Pour que ce débat puisse avoir lieu, il faudra d'abord définir, sur la base d'un large éventail de situations types, quelles sont les attentes par rapport au traitement.

Les normes et objectifs, qui sont le fil conducteur de l'activité médicale, ne devraient pas être fixés exclusivement par les milieux médicaux. Il importe que la société et le patient soient aussi entendus.

Enfin, il faut se remémorer que l'être humain est mortel et qu'un des traits inhérents à sa nature est la capacité de méditer sur sa condition.

2ème partie: Aspects théoriques

D. L'INTERET DE LA CONFEDERATION POUR LA SANTE PUBLIQUE

1. Economie de marché ou économie planifiée?

Sur le marché de la santé, la demande de prestations et leur financement sont séparés. Ceci s'explique notamment par deux raisons:

"MARCHE"	Demande	Offre
Prestations	Patients + population	Fournisseurs de prestations (avec leurs ressources)
Financement	Garants	Organismes tuteurs

(1) *Le risque individuel de tomber malade est très variable, tout comme au demeurant le désir de rester bien portant et les efforts accomplis dans ce but. On a créé des assurances qui, en cas de maladie, prennent en charge les frais de traitement, la perte de gain, les frais d'hébergement, etc. A cet égard, les prétentions des assurés sont diverses.*

(2) Nous reconnaissons à l'Etat une mission d'ordre social qui est de permettre à chacun de bénéficier du meilleur état de santé possible. (N.B.: ceci ne signifie pas "de mener une vie aussi saine que possible"... L'abandon de la responsabilité individuelle et l'idée que la santé peut être produite se traduisent aussi dans la façon dont certaines tâches sont attribuées à l'Etat⁶). Les coûts de la santé doivent être supportés de façon solidaire, ce qui est aujourd'hui plus ou moins le cas⁷.

L'ensemble de ces circonstances annule dans une large mesure les lois du marché.

Ce problème n'est pas particulier à la Suisse; il existe dans le monde entier. La plupart des mesures destinées à le combattre visent à restaurer certains aspects du marché.

Deux voies sont envisagées pour tenter d'atteindre ce but: on peut déréglementer la santé publique (idée du libre marché) ou l'on peut créer des systèmes d'incitation (idée d'un marché dirigé de façon optimale).

*Déréglementation?
Systèmes d'incitation?*

6. La LAMal (19.2) rectifie quelque peu cette conception par une disposition sur la promotion de la santé et la prévention des maladies qui doivent être entreprises par une institution gérée par les assureurs et les cantons.

7. Voir aussi à ce sujet l'article instructif de Frei (Solidarität).

Nous sommes aujourd'hui en présence d'un marché dirigé. Toutefois, on s'accorde à penser qu'un grand nombre des incitations existantes vont à l'encontre du but recherché en matière d'évolution des coûts.

Ainsi, par exemple, il n'y a guère d'hôpital qui ait été contraint à engager une réflexion approfondie sur l'efficacité de ses prestations. Aucun instrument de gestion n'a été mis au point à cette fin, et si quelques efforts ont été accomplis, ils n'ont pas été mis en pratique, ou de façon très limitée.

C'est pourquoi des acteurs extérieurs au marché, par exemple la Confédération, commencent à réfléchir aux possibilités de maîtriser l'emballement des coûts du marché de la santé.

Si nous voulons définir une statistique hospitalière, nous ne pouvons le faire indépendamment d'une définition des objectifs politiques et sociaux. Nous devons tout d'abord formuler les tâches à accomplir. Ce n'est qu'ensuite que nous pourrions rechercher des méthodes permettant de répondre aux exigences. Pour cela, certaines statistiques peuvent, le cas échéant, se révéler utiles.

Par souci de pragmatisme, nous considérerons ci-après qu'au cours des prochaines années le marché de la santé en Suisse restera plus ou moins dirigé.

*

Il faut encore remarquer que les mécanismes du marché ne s'appliquent que de façon limitée aux produits complexes, même quand nos propres intérêts pécuniaires sont en jeu. A bien des égards, l'offrant a une position de force, car le demandeur ne dispose pas des compétences suffisantes pour porter un jugement sur le produit. Lors de l'achat d'un appareil photo, par exemple, le vendeur doit le plus souvent demander en premier lieu: "Quel prix comptez-vous mettre?". Cette question écarte celle de la qualité, qu'il est le plus souvent très difficile d'évaluer. Toutefois, même pour un produit aussi "simple" que celui qui permet de réaliser des clichés en couleur, le problème est délicat: en tant que consommateur, je peux juger de la qualité (fidélité) des couleurs, mais il m'est difficile de juger de leur tenue (stabilité) à la lumière. Ce n'est que vingt ans plus tard, quand j'ouvrirai mon album, que je saurai si le choix du fabricant était le bon.

*La qualité des
produits complexes*

Dans le domaine de la santé, les conséquences de certains actes n'apparaissent que beaucoup plus tard au cours de la vie. Il est parfois très difficile de déterminer quel est le traitement le plus approprié. Partant, il importe de comprendre qu'il n'est pas possible ni souhaitable de réaliser toutes les missions en faisant appel aux forces du marché.

Responsabilité

Ici se pose la question fondamentale de la *responsabilité*. Je proposerai la thèse suivante: la responsabilité de la fourniture de prestations économiques (efficacité) incombe au fournisseur de prestations. La responsabilité de l'utilisation appropriée et efficace des prestations de la santé publique (efficacité) incombe en premier lieu au patient et à ses médecins et soignants, mais aussi à la société et à ses représentants politiques qui abordent (ou devraient aborder) la question de la santé, de la qualité de la vie et du sens de la vie et qui établissent des normes - dont certaines ne sont pas explicites.

2. A propos du rôle des pouvoirs publics

On peut résumer comme suit les intérêts du législateur - qui représente les habitants et les patients potentiels - vis-à-vis des prestations de santé:

- institution d'un cadre permettant un "bien-être dans le domaine de la santé"⁸
- justice sociale
- efficacité
- adéquation
- caractère économique⁹

J'utilise ici l'expression *bien-être dans le domaine de la santé* en me référant à une idée de Plasch Spescha: il estime que nous nous préoccupons trop de notre bien-être matériel. Pour lui, nous devrions nous intéresser à la gestion de notre temps pour nous ménager aussi un bien-être dans ce domaine¹⁰.

L'individu lui-même ne pouvant que partiellement déterminer son état de santé, une démarche "technique" ne saurait à elle seule assurer le bien-être dans le domaine de la santé. Il faut en outre une attitude face à la vie qui permette à l'individu de gérer sa corporéité - qui inclut l'idée de *santé* tout comme celle de *finitude* - et de mobiliser ses ressources vitales de sorte qu'il se sente à l'aise dans sa vie.

8. L'article 19.al.2 (promotion de la santé) de la LAMal va un peu dans ce sens.

9. Ces trois derniers points (efficacité, adéquation et caractère économique) sont mentionnés à l'article 32 de la LAMal.

10. Voir Spescha P.: *Aménager le temps en faveur de la vie*, In: Bethléem 1993/7-8:4-7. Ou encore: Commission nationale suisse Justice et Paix: *Prendre le temps de... Quelques thèses sur l'usage du temps dans notre société*, Berne, 1990, p.24 s.

Susciter le *bien-être* dans le domaine de la santé peut signifier

- *au niveau humain (social)*: rendre l'individu apte à se sentir (relativement) bien portant; l'encourager à assumer la responsabilité de sa santé;
- *au niveau écologique*: préserver, rétablir ou créer des conditions environnementales qui ne portent pas préjudice à la santé ou qui lui sont favorables;
- *au niveau médical*: prévenir les maladies / trouver des moyens pour les guérir / apaiser les souffrances de façon adéquate.

Ces considérations ne seront pas poursuivies directement dans la suite du présent ouvrage. Je tenais pourtant à les esquisser car cette étude est consacrée uniquement à des questions économiques. Toutefois, cette perspective économique ne tient compte que d'un aspect limité de la problématique de l'évolution de la santé publique.

Le lecteur trouvera ci-après sous forme succincte quelques considérations sur les autres préoccupations du législateur.

La *justice sociale* peut signifier:

- l'accès aux soins de santé indépendamment du domicile;
- l'accès indépendamment de la situation financière;
- aucune obligation d'avoir recours aux services de santé publique;
- le libre choix du médecin (?);
- une répartition "équitable" des frais occasionnés.

L'*efficacité* peut signifier:

- que le but recherché devrait être atteint aussi bien que possible par le traitement mis en oeuvre;
- que la qualité de la vie ne doit pas être moins bonne avec le traitement que s'il n'avait pas été entrepris. Dans la mesure du possible, elle doit s'améliorer;
- que les mesures visant à prolonger la vie doivent être mises en regard des modifications de la qualité de la vie. Il faut tenir compte du point de vue subjectif du patient.

L'*adéquation* peut signifier:

- que le traitement doit être dans l'intérêt du patient;
- qu'il faut prendre soin d'assurer une qualité de vie adéquate pendant le traitement;
- que le traitement doit pouvoir être justifié au plan éthique;
- que les types de traitement choisis doivent avoir une chance de succès raisonnable.

Le *caractère économique* peut signifier:

- que les types de traitement choisis doivent permettre d'atteindre les buts recherchés à un coût avantageux;
- que la planification et la mise en oeuvre des ressources et des mesures doivent être optimales.

3. Le rôle de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Le présent chapitre illustre la multiplicité des tâches qui incombent aujourd'hui à la Confédération et qui lui incomberont à l'avenir aux termes de la LAMal.

a) Objectifs et évolution de la loi actuelle (LAMA)¹¹

La loi sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur (LAMA) a été créée en 1911 sous forme d'assurance-maladie et accidents. Dès 1890, la Constitution fédérale prévoyait le devoir de créer une assurance en cas d'accident et de maladie¹². La loi n'a été révisée qu'une fois, en 1964, mais les modifications apportées à cette occasion ont été considérables. D'autres projets de révision ont été rejetés en 1974 et en 1987.

La LAMA était conçue avant tout comme une assurance volontaire pour la population. Son financement devait être garanti par des subventions.

En dehors de la surveillance des caisses-maladie, les attributions de la Confédération en matière sanitaire étaient très limitées. La politique de la santé était de la compétence des cantons.

La révision partielle de la loi (projet LAMM) proposée en 1981 par le Conseil fédéral comportait quelques mesures visant à maîtriser les coûts. Par la suite, les Chambres fédérales ont considérablement remanié ce projet. Elles ont notamment introduit des mesures supplémentaires de contrôle des dépenses conformes aux propositions de la "Conférence nationale d'économies dans le domaine de la santé publique" de 1982. A l'époque déjà, la création de caisses dites de santé (HMO) aurait dû être rendue possible.

Suite au rejet de ce projet en 1987, une réforme approfondie de l'assurance-maladie a été engagée. Elle a eu pour aboutissement la LAMal du 18 mars 1994.

¹¹. Voir aussi Conseil fédéral (Message LAMal); 3-32.

¹². Cst. féd. 34bis. La première proposition de loi datant de 1899 a été rejetée par référendum (déjà à l'époque!). La loi séparée sur l'assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs (LAA) entrée en vigueur en 1981, se fonde également sur la Constitution fédérale.

La Confédération a dû agir non seulement parce qu'il était nécessaire d'empêcher la désolidarisation rendue possible par la LAMA (assurances collectives, absence de libre-passage malgré la disparition de caisses), mais aussi parce que les attentes du public avaient changé. En effet, la réduction (1975) puis la limitation du montant des subventions (1977 et 1990), alors que les coûts de la santé continuaient d'augmenter rapidement, ont conduit à une "explosion des coûts" qui s'est traduite essentiellement par une forte hausse des primes d'assurance.

C'est ainsi qu'en 1991 et 1992 il a été possible, au moyen d'arrêtés fédéraux urgents, de prendre des mesures très dirigistes dont le but principal était de limiter l'augmentation des tarifs et des prix.

b) Principales tâches actuelles dans le domaine hospitalier

(1) Surveillance

L'OFAS a notamment pour tâche de surveiller l'exécution de la loi sur l'assurance-maladie¹³. Aux termes de la LAMA, cette surveillance porte essentiellement sur le contrôle financier des caisses-maladie, qui doivent être reconnues par la Confédération pour pouvoir recevoir des subsides fédéraux. L'OFAS peut aussi exiger des caisses qu'elles lui fournissent les éléments statistiques dont il a besoin pour répondre à d'autres exigences en matière de politique sociale¹⁴.

*Contrôle financier
des caisses-maladie*

Les prestations prises en charge par les caisses-maladie (prestations obligatoires) doivent, selon la LAMA, être *scientifiquement reconnues* et se limiter à ce qui est exigé par *l'intérêt du patient et par le but du traitement*¹⁵. C'est ce qu'entendait le législateur, d'après le titre en marge, par la notion de "traitements économiques".

Prestations obligatoires

La LAMal adopte une approche un peu plus nuancée en ce qu'elle spécifie que les prestations doivent être

- efficaces,
- appropriées et
- économiques.

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques¹⁶. La notion de caractère économique signifie que les prestations doivent être limitées à la mesure "*exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement*"¹⁷.

13. LAMA 33. LAMal 21¹⁺²; surveillance de l'exécution de la loi par le Conseil fédéral; LAMal 21⁴⁺⁵; surveillance par l'OFAS des assurances prévues.

14. LAMA ord. 12.⁴

15. LAMA 23

16. LAMal 32

17. LAMal 56.

On remarquera que le législateur pose ici la question du but du traitement. Il faudrait donc, à l'occasion de chaque traitement, en arrêter explicitement les objectifs. Or, il est fréquent dans la pratique que cette question ne soit pas formulée très clairement.

Il me semble problématique de ranger l'intérêt du patient sous le thème du caractère économique.

En cas de doute, le DFI (Département fédéral de l'intérieur) détermine les prestations qui font partie des prestations obligatoires. Il appartient à l'OFAS de mettre au point les dispositions correspondantes.

*Coordination
entre les cantons*

Les cantons sont tenus d'établir en commun une planification dans le domaine de la santé publique dans le but "d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts."¹⁸ La nouvelle loi prévoit que les cantons doivent établir une "liste fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats"¹⁹. Il n'existe toutefois pas encore de directives concernant la formulation précise des mandats.

Mandats

(2) Statistiques

Il incombe dorénavant explicitement au Conseil fédéral de définir les *statistiques* nécessaires qui seront établies en collaboration par les autorités et les assureurs²⁰.

Actuellement, l'OFAS récolte des données destinées à la *Statistique de l'assurance-maladie* et - en collaboration avec la VESKA - des données pour la *Statistique administrative et compte annuel des établissements hospitaliers*²¹.

C'est toutefois l'OFS et non l'OFAS qui établit la *Statistique médicale des établissements hospitaliers*²² et la *Statistique des établissements non hospitaliers*²³.

Une discussion est actuellement en cours sur la question de savoir qui doit établir les *Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)* et sous quelle forme²⁴. D'après le rapport du groupe de travail chargé du système d'information statistique, l'OFAS devrait assurer

18. AFU du 9.10.92 contre le renchérisement, art. 8.

19. LAMal 39.^{1e}.

20. AFU du 31.12.91 contre la désolidarisation art. 5 et LAMal 23.

21. Conformément à l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30.6.93, In: Chancellerie fédérale (Statistique fédérale); 112.

22. Il devrait en rester ainsi selon un rapport du groupe de travail chargé du système d'information statistique (Lignes directrices); 27.

23. Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30.6.93, In: Chancellerie fédérale (Statistique fédérale); 74.

24. A ce sujet, La CSSS a élaboré pendant le 1er trimestre de 1994 une Conception générale: CSSS (Conception générale).

l'analyse du caractère économique des traitements hospitaliers²⁵. Le lecteur trouvera dans le présent ouvrage quelques réflexions fondamentales sur ces statistiques. Il importe à cet égard de réfléchir aux tâches futures de la Confédération et notamment de l'OFAS.

c) Tâches futures dans le domaine hospitalier

L'OFAS devra à l'avenir préciser et compléter les aspects exposés ci-dessous de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Tarifs

(1) Caractère économique du traitement

Lors de l'établissement des tarifs, il faut veiller à ce que "les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible"²⁶.

Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient "fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée". Il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation dans le temps²⁷.

Il est prévu de procéder à la comparaison des frais d'exploitation. Les assureurs peuvent s'y référer pour dénoncer des conventions si "les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables"²⁸.

*Comparaison des
frais d'exploitation*

A cette fin, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent tenir une comptabilité analytique et une statistique de leurs prestations selon une méthode uniforme²⁹. Il faudrait se demander ici si l'instrument proposé par la VESKA³⁰ est satisfaisant ou si le problème ne serait pas mieux résolu en adoptant une comptabilité par unités finales d'imputation qui tienne compte de l'éventail des patients. Le lecteur trouvera des propositions à ce sujet dans la partie théorique du présent ouvrage.

Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent aussi remettre des "factures détaillées et compréhensibles", notamment pour

25. Groupe de travail chargé du système d'information statistique (*Lignes directrices*); 36.

26. LAMal 43.6

27. LAMal 43.7. La même idée est répétée au 46.4, selon lequel une autorité d'approbation vérifie que la convention tarifaire est conforme "à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie".

28. LAMal 49.7 + 50. Les cantons doivent et le Conseil fédéral peut - au besoin - faire procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux et entre établissements médico-sociaux.

29. LAMal 49.6 + 50.

30. VESKA (CA)

que le débiteur de la rémunération puisse “vérifier le caractère économique de la prestation”³¹.

Etablissement d'un budget global

Les cantons peuvent, en tant qu'instrument de gestion des finances ou si les assurances le leur demandent, instituer un budget global pour le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux³². Il est aussi possible de fixer les tarifs sous forme de budgets globaux prospectifs³³. La convention tarifaire doit être approuvée par le Conseil fédéral si sa validité s'étend à toute la Suisse³⁴.

(2) Qualité et adéquation de la prestation

Le Conseil fédéral peut “prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation” des prestations obligatoires³⁵. Etant donné que la pression économique accrue exercée sur les fournisseurs de prestations constitue une menace pour la qualité, il ne fait guère de doute que cette mesure se révélera nécessaire.

D'après le message concernant la révision de la loi sur l'assurance-maladie, “La mise en oeuvre appropriée des prestations et les résultats obtenus grâce aux traitements prodigués à l'entière satisfaction du patient seront un critère de qualité”³⁶.

(3) Conséquences pour l'OFAS

La nouvelle loi contient un grand nombre d'idées nouvelles. Il en est toutefois certaines dont la réalisation est facultative. Il incombe pourtant à l'OFAS d'engager avec les organisations intéressées une réflexion sur les stratégies à élaborer et les possibilités de les mettre en oeuvre.

La LAMal ouvre la possibilité de nouvelles formes de contrats entre les caisses et les fournisseurs de prestations, par exemple dans le cadre de HMO (Health Maintenance Organizations)³⁷ et notamment de PPO (Preferred Provider Organizations: accords particuliers avec des fournisseurs de prestations qui travaillent pour leur propre compte)³⁸. Face à ces innovations, les fournisseurs de prestations eux-mêmes

31. LAMal 42.³

32. LAMal 52, 54.

33. LAMal 43.³

34. LAMal 46.⁴

35. LAMal 58.

36. Conseil fédéral (message LAMal); 97.

37. LAMal 41.⁴ + 62¹⁺³ + 64^{6c}.

38. LAMal 46.

commencent à s'intéresser à des approches et à des formes d'organisation nouvelles. Il apparaît à l'examen des conditions fixées par le législateur que l'objectif principal est une amélioration du caractère économique des prestations (le premier pas dans cette direction sera une amélioration de la transparence des coûts au sein des établissements).

La Confédération tient elle aussi à ce que les traitements soient décidés et exécutés sur la base (notamment) de critères économiques. Partant, une coopération devrait pouvoir s'engager dans l'élaboration des stratégies requises.

*

Il convient de remarquer que les exigences de la LAMal posent de nombreux problèmes dans le domaine de la protection des données et qu'il ne sera pas possible d'accomplir les tâches prévues sur la seule base de la loi sur la statistique fédérale. Dans le cas notamment de la comparaison des frais d'exploitation entre établissements, la protection de l'anonymat de ces derniers ne pourra être que limitée. En effet, le but de la comparaison est précisément d'obtenir des résultats qui permettront, le cas échéant, de tirer des conséquences.

Protection des données

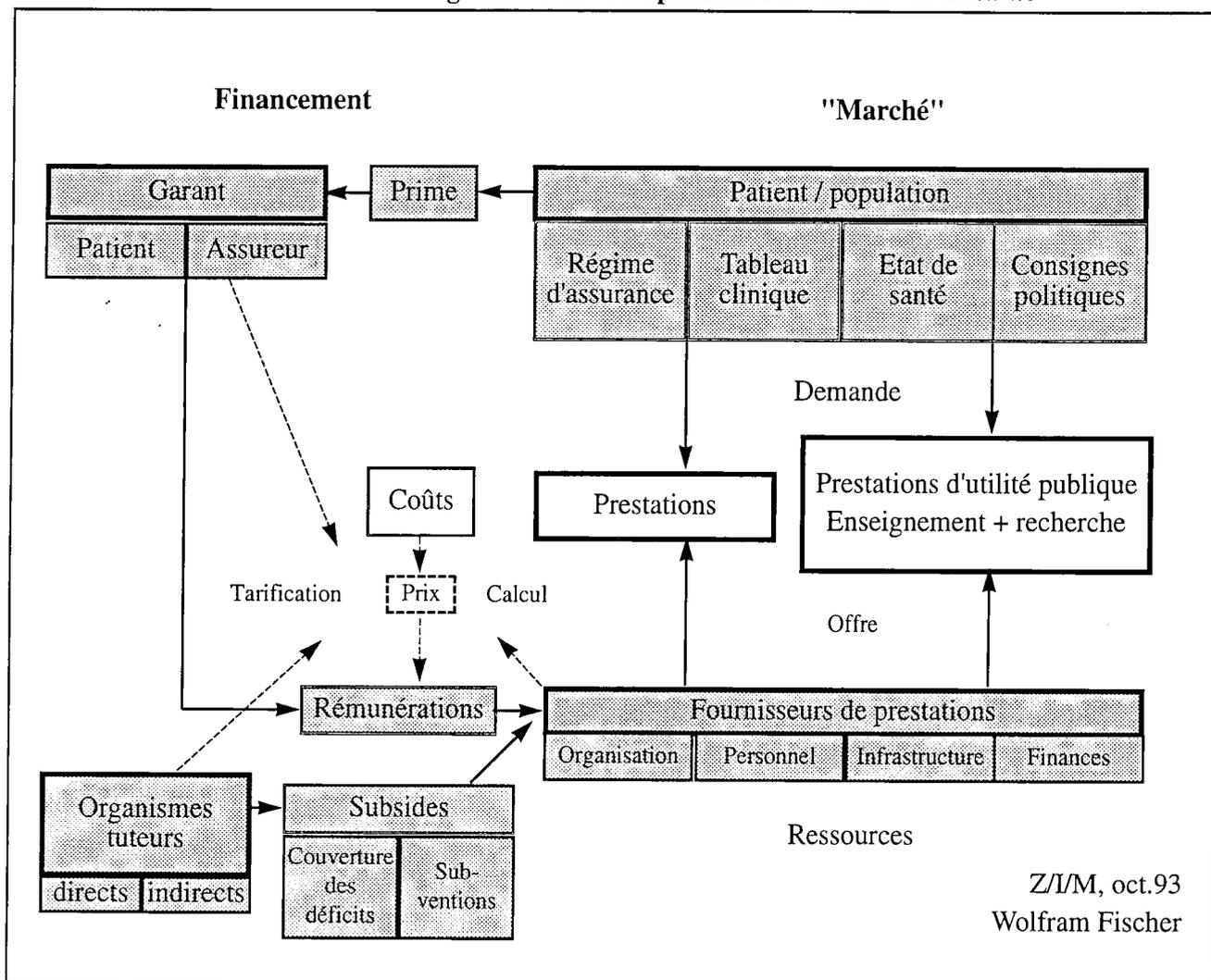
E. QU'ATTENDENT LES ACTEURS DU MARCHE DE LA STATISTIQUE HOSPITALIERE?

1. Schéma récapitulatif du "marché de la santé"

Le schéma ci-dessous représente les partenaires du système de santé: du côté de l'offre, les fournisseurs de prestations avec leurs organismes tuteurs directs et indirects; du côté de la demande, la population et ses garants.

Outre les prestations directes fournies aux "demandeurs" au sein de la population (= les patients), on trouve sur le "marché" (qui n'existe pas en tant que tel) une offre de prestations d'utilité publique comme les services d'urgence ou la desserte des régions isolées. Il ne faut pas oublier par ailleurs les activités d'enseignement et de recherche.

Fig. 1: Schéma récapitulatif du "marché de la santé"



A la différence de ce que l'on observe sur d'autres marchés, le prix n'agit pas ici comme régulateur de l'offre et de la demande. Il est déterminé lors de négociations tarifaires au cours desquelles on tient compte d'une part d'évaluations approximatives des frais d'exploitation des fournisseurs de prestations et d'autre part des objectifs du législateur (par exemple, octroi de subventions à concurrence de 50% des frais d'exploitation).

Néanmoins, ce prix, parallèlement à la quantité de prestations fournies, détermine les dépenses des garants et ainsi le niveau des primes demandées à la population.

2. Tâches d'une statistique hospitalière

Nous énumérerons ci-dessous quelques-unes des attentes des différents acteurs du marché vis-à-vis de la statistique hospitalière. Toutefois, cet inventaire ne saurait être exhaustif.

a) *La perspective du fournisseur de prestations*

La statistique doit apporter des *valeurs de référence* qui permettront aux hôpitaux de s'auto-évaluer. Les valeurs de référence doivent être conçues de sorte que chaque établissement puisse les appliquer à ses particularités. Selon les instruments utilisés, la typologie hospitalière sur laquelle ils se basent peut jouer un rôle très important.

On peut envisager comme valeurs de référence des indices globaux ou des indices par groupes de patients. Ces derniers permettent de détecter les traitements qui s'écartent de la norme (valeurs extrêmes) et de les analyser (*technique de focalisation*).

La statistique doit favoriser la mise en place d'un *système d'information de gestion* fournissant des renseignements adéquats sur le rapport entre prestations et coûts et permettant de maîtriser ces derniers. Des systèmes appropriés de classification des patients doivent établir un lien linguistique et intellectuel entre soignants et administrateurs. Ces systèmes doivent aussi permettre de représenter adéquatement les données relatives à la médecine et aux soins et celles relatives à l'économie.

Il faut avoir conscience que les valeurs d'évaluation économique qu'une statistique hospitalière peut fournir ne sont pas les seules à compter. En effet, d'autres facteurs - *notamment éthiques* - doivent pouvoir être pris en compte pour expliquer les écarts de coûts.

b) *La perspective des organismes tuteurs*

Les statistiques et analyses doivent fournir des chiffres permettant d'évaluer *l'évolution* dans le secteur hospitalier.

Elles servent de base à la *planification hospitalière* à deux niveaux: pour déterminer la demande globale (évolution de la morbidité et du besoin en soins) et pour optimiser les données économiques lors de l'élaboration de projets d'hôpitaux spécifiques. Des données sont nécessaires pour améliorer l'organisation régionale et l'utilisation commune des ressources. Il devrait être possible de créer des liens avec des prestataires de services extra-hospitaliers (à cette fin, des données sur l'ensemble du déroulement du traitement sont nécessaires).

Les statistiques et les analyses servent à évaluer le caractère économique des différents hôpitaux (comparaison des frais d'exploitation).

Elles peuvent constituer le point de départ de réflexions sur la conception du *régime tarifaire* et peuvent servir de base à la *tarification* et à d'autres types de détermination des prix.

Elles devraient permettre d'évaluer les *prestations d'utilité publique* (services d'urgence, recherche et enseignement).

Enfin, elles servent à maîtriser l'*excédent ou la pénurie de soins*.

c) La perspective du garant

Les statistiques et les analyses améliorent la transparence du marché. C'est la condition préalable à la conclusion de contrats conformes aux conditions du marché entre les fournisseurs de prestations et les assurés, conformément aux dispositions de la nouvelle loi³⁹.

Elles peuvent fournir des indices pour le *contrôle comptable* (par exemple lors du calcul des coûts moyens par groupes de patients).

d) La perspective du patient

Il est peu probable que le patient se plonge dans l'étude de volumineuses statistiques hospitalières. Il lui importe néanmoins qu'il existe des mécanismes lui permettant de recevoir des traitements de qualité dispensés par un personnel compétent et à des prix raisonnables.

Le patient doit aussi être informé des coûts occasionnés par les différents traitements.

On peut se demander s'il serait judicieux de diffuser largement certaines données statistiques pour que le patient soit mieux à même d'évaluer les prestations offertes (meilleure transparence du marché). Il faut toutefois se montrer prudent en la matière, car la publication d'informations partielles risque de mettre l'accent uniquement sur certains aspects et de fausser ainsi l'image de la réalité.

e) La perspective de la recherche

(1) Recherche médicale

Les statistiques et leur analyse doivent apporter une contribution à l'*épidémiologie* (statistique médicale exhaustive et non limitée à certaines pathologies). Elles doivent permettre de suivre l'évolution

³⁹. LAMal 46.

des tableaux cliniques et des taux de mortalité et devraient recueillir des renseignements sur les types de traitement mis en oeuvre.

Il serait souhaitable de disposer en particulier de données ne se limitant pas à chaque fournisseur de prestations et permettant de suivre l'ensemble du déroulement des traitements (analyse du déroulement).

(2) Recherche dans le domaine des soins

Il est intéressant pour ce type de recherche de disposer de données sur l'évolution de l'état de santé. En outre, ces informations sont essentielles en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population et de la modification des besoins en matière de soins qui en résulte.

f) Tableau récapitulatif de solutions éventuelles

Acteurs du marché	Tâches	Solutions éventuelles
Fournisseurs de prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Situer son propre établissement • Détecter les cas atypiques • Créer un système d'information de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Indices globaux • Indices par groupes de patients • Indices par groupe de patients • Définition des produits de l'hôpital • Conception d'une comptabilité par unité finale d'imput.
Organisme tuteur	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du secteur hospitalier • Planification hospitalière • Utilisation commune des ressources • Coordination avec les services non hospitaliers • Comparaison des frais d'exploitation • Base de la tarification • Evaluation des prestations d'utilité publique • Maîtrise de l'excédent ou de la pénurie de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques administratives • Statistiques médicales • Idem • Détermination des régions desservies + calcul des flux de patients • Recueil de données sur l'ensemble du déroulement des traitements • Couplage des stat. admin. et médicales • Idem • Comptabilité analytique • Statistiques médicales • Audit médical
Garant	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence du marché • Contrôle comptable 	<ul style="list-style-type: none"> • Couplage des stat. admin. et médicales • Idem
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur les offres de services • Transparence des coûts • Risques pour la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Indices qualitatifs • Comparaisons des frais d'exploitation • Statistiques épidémiologiques
Recherche • médicale • en soins	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution des tableaux cliniques • Evolution de l'état de santé et des besoins en soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques médicales • Statistiques des diagnostics infirmiers et d'autres données relatives aux soins

F. LE PRODUIT DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Alors que l'on ne se posait guère de questions dans le passé quant à l'utilisation et à la fourniture des prestations de santé, on s'efforce aujourd'hui de comprendre et de gérer ces actes en leur appliquant un modèle de marché.

Dans tout marché, l'élément central est l'idée de *produit*, qui fait l'objet d'une demande et d'une offre. Pour élaborer le modèle du "marché de la santé", il est donc fondamental de se demander comment, le cas échéant, on peut décrire les produits en présence.

Jusqu'à présent, la description des prestations hospitalières se bornait pour l'essentiel à totaliser le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre de cas. En se fondant sur les frais d'exploitation des hôpitaux⁴⁰, on calculait le montant des frais médico-pharmaceutiques remboursés par les caisses-maladie aux établissements hospitaliers⁴¹. Toutefois ce système présente une faiblesse: il ne permet pas de déterminer si une augmentation des coûts par journée d'hospitalisation (ou serait-il préférable de déterminer les coûts par cas?) est imputable à un renchérissement du traitement ou à la mise en oeuvre de prestations différentes ou supplémentaires. A cet égard, suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour (nombre de journées d'hospitalisation par cas) n'apporte pas non plus de renseignements complémentaires.

Il est nécessaire de porter le regard au-delà de cette perspective administrative et d'examiner ce qui se passe véritablement au sein de l'hôpital. Il faut se demander quel type de patients ont été traités, comment ils l'ont été, pourquoi tel ou tel nombre de journées d'hospitalisation ont été nécessaires au traitement, etc. Il est nécessaire de nommer et de décrire le contenu du travail, ou en d'autres termes les produits hospitaliers.

Comme le traitement dépend aussi bien de la nature des problèmes particuliers à chaque patient que de sa personnalité et de son attitude face à la santé et à la maladie, chaque traitement doit être considéré comme une mission unique.

La question se pose de savoir quels sont les points communs des nombreux mandats ponctuels que doit remplir l'hôpital et selon quels critères les regrouper. A cet égard, j'évoquerai tout d'abord schématiquement le déroulement d'un traitement hospitalier pour

40. Veska (Stat. adm. 92).

41. Voir OFAS (Stat. AM 91): 49.

montrer ensuite comment il est possible de décrire les produits du secteur hospitalier.

1. Structure schématique du déroulement d'un traitement hospitalier

A titre préliminaire, je ferai les remarques suivantes sur l'utilisation de quelques termes: l'attente correspond au vœu d'un patient; l'exigence correspond à une prescription, c'est-à-dire à la demande d'un professionnel. J'utiliserai le concept général de besoin de traitement pour regrouper les notions d'attente et d'exigence.

a) Situation de départ

Un habitant du pays vit avec ou sans problèmes de santé: il présente un état de santé qui évolue avec le temps.

On peut décrire l'état de santé en tenant compte des dimensions suivantes⁴²:

- santé physique;
- santé mentale/psychique;
- intégration sociale;
- santé fonctionnelle.

Remarque: l'expression "santé fonctionnelle" se réfère à la capacité à accomplir les "activités de la vie quotidienne" (AVQ). On distingue les activités de base comme manger, se laver, etc., et les activités instrumentales comme téléphoner, faire des achats, tenir son ménage, utiliser des moyens de transport, etc.

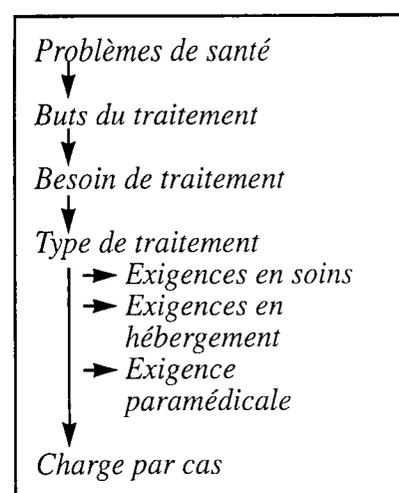
Chaque habitant est entouré d'un certain environnement social qui influence son autonomie, ses aspirations personnelles et son attitude vis-à-vis de la société.

b) Voie de décision M: traitement médical

Il peut arriver qu'un ou plusieurs problèmes de santé deviennent aigus. L'habitant va consulter, en tant que patient, une personne spécialisée du secteur de la santé: il indique ses *attentes* (subjectives) en matière de traitement.

La personne spécialisée (en général un médecin) effectue des examens préliminaires (phase diagnostique) pour identifier et formuler les problèmes de santé à partir de sa perspective. Souvent (mais pas toujours), elle peut définir ces problèmes sous forme de *diagnostics* médicaux.

Voie de décision M:
traitement médical



42. Voir aussi Six/Gilgen (Altersmedizin): 143 ss.

Elle va ensuite chercher les *possibilités de traitement* et fixer avec le patient le *but du traitement*.

C'est de là que l'on déduit le *besoin de traitement*. On choisit à présent le *type de traitement* et on établit un *plan de traitement*.

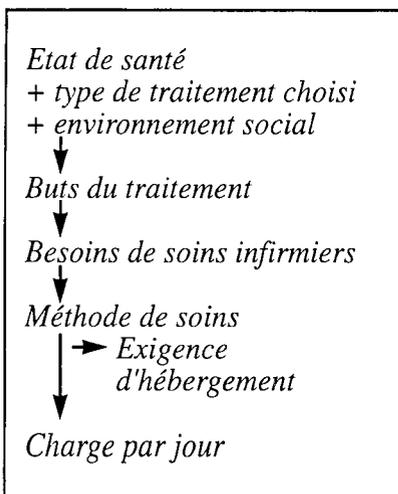
Le traitement se déroule en plusieurs *phases* (notamment thérapie, postcure et parfois réadaptation) au cours desquelles sont effectuées différentes *procédures* (par exemple opération, consultation, radiologie, etc.).

Une certaine *charge en soins* est occasionnée. Elle est liée au cas. Le type de traitement choisi influence considérablement la durée de séjour des patients aigus. Toutefois, c'est principalement le besoin de soins qui détermine les coûts par journée d'hospitalisation; ce besoin ne dépend quant à lui que partiellement du traitement médical (voir ci-après).

*

Le type de traitement choisi détermine aussi l'exigence de soins infirmiers (voie de décision S) et l'exigence d'hébergement (voie de décision H). N.B.: le type de traitement influence aussi par la suite notamment les exigences médicale et paramédicale pendant la phase de réadaptation.

Voie de décision S:
soins



c) Voie de décision S: soins infirmiers

On peut considérer l'ensemble des problèmes de santé existants - y compris ceux qui ne sauraient être traités médicalement - sous l'angle de la limitation des "activités de la vie quotidienne" (AVQ) et les définir comme *problèmes de soins* ou *diagnostics infirmiers*. Il se peut aussi que l'environnement social conduise à formuler d'autres *attentes en matière de soins*. Le choix d'un certain type de traitement médical détermine une certaine *exigence en matière de soins infirmiers*.

Au cours de leur investigation, les intervenants prennent en considération les *possibilités de soins* disponibles. Les *buts en matière de soins* sont formulés.

On peut en déduire le *besoin de soins*. On distingue les soins de base et les soins techniques. La nécessité d'accompagner des patients en situation de crise entraîne des interventions de soins supplémentaires. N.B.: le choix du type de traitement médical est surtout déterminant pour les soins techniques; il exerce une certaine influence sur les soins de base dans les cas chirurgicaux et, dans une moindre mesure, dans les cas médicaux⁴³.

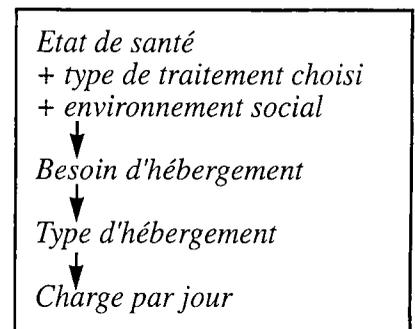
Le choix de la *méthode de soins* détermine la *charge en soins* par jour et influence éventuellement la durée du séjour.

d) Voie de décision H: hébergement

Le *besoin d'hébergement* est déterminé par l'état de santé, l'environnement social, les désirs personnels du patient (attentes en matière d'hébergement) et les possibilités d'hébergement (offre). Chez les patients aigus, le type de traitement choisi vient s'ajouter aux facteurs précédents. Il est bien souvent le critère décisif qui détermine l'hospitalisation.

Le choix d'un certain *type d'hébergement* entraîne une *charge d'hébergement* par jour (frais hôteliers).

*Voie de décision H:
hébergement*



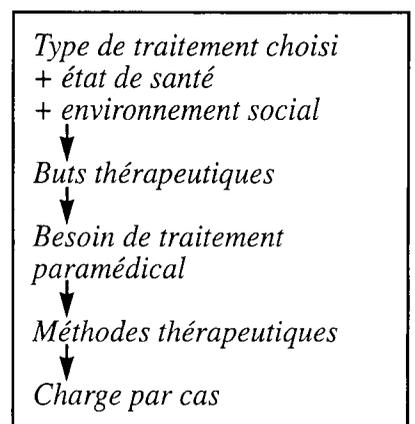
e) Voie de décision P: traitement paramédical

L'exigence de traitement paramédical (physiothérapie, ergothérapie mais aussi psychothérapie, etc.) dépend principalement du type de traitement choisi, mais aussi de l'état général du patient et de son environnement social.

Le plus souvent, une *prescription* du médecin est à l'origine du traitement paramédical. Le médecin et l'intervenant paramédical devraient fixer le *but du traitement* avec le patient.

On détermine et on met en oeuvre des *méthodes thérapeutiques* et un *plan thérapeutique*. La *charge en traitement* en est la résultante. On peut la considérer comme liée au cas.

*Voie de décision P:
traitement paramédical*



f) Résultats du traitement

D'une part, il faut (faudrait) évaluer les *résultats du traitement* du point de vue des professionnels intéressés, notamment de la perspective de la médecine et des soins infirmiers.

43. On distingue les soins de base destinés au maintien des AVQ et les soins techniques qui sont les mesures prises pour atteindre le but du traitement médical (voir Juchli (Krankenpflege); 62). Les nouvelles directives de la CRS distinguent 5 fonctions de soins infirmiers: (1) assistance dans l'accomplissement des AVQ et prise en charge des AVQ, (2) accompagnement pendant les situations de crise et au moment de la mort, (3) appui aux mesures diagnostiques, thérapeutiques et préventives, (4) participation à des programmes de prévention et de promotion de la santé, (5) contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers et au développement de la profession, collaboration à des programmes de recherche de la santé publique (voir CRS (Prescriptions relatives aux formations)).

Ces résultats seront exprimés le plus souvent sous forme d'indicateurs, par exemple chez les patients aigus le taux de complications et le taux de réadmissions, mais aussi la mesure de la durée de survie, de l'absence d'invalidité ou de chômage de longue durée.

D'autre part, il faudrait particulièrement mettre l'accent sur l'évaluation du *bien-être* et de la *satisfaction* du patient (qualité de la vie).

Les résultats - bien souvent seulement intermédiaires - seront comparés avec les buts fixés au début d'un traitement (N.B.: ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra mesurer l'efficacité).

g) Application du modèle à différents types de traitement et de prise en charge

(I) Services hospitaliers de soins aigus

Les investigations chez les patients aigus commencent dans le domaine médical. La voie de décision M (traitement médical) détermine la nécessité de l'accomplissement des voies de décision S (soins infirmiers), H (hébergement) et P (traitement paramédical).

La charge résultant des voies H et S ne dépend pas exclusivement de la voie M qui a été choisie.

N.B.: dans les cas d'urgence en matière de soins, c'est-à-dire dans les cas où des patients sont hospitalisés parce que les soins extra-hospitaliers ne peuvent plus être assurés, c'est principalement la voie de décision S qui est suivie.

Les coûts se décomposent approximativement selon la structure présentée ci-dessous.

(a) Coûts liés au cas

- Coûts dépendant du type de traitement médical:
 - coûts du traitement médical;
 - coûts du traitement paramédical;
 - coûts des soins techniques;
 - après les opérations: fraction des coûts pour les soins de base.
- Coûts liés au cas dépendant d'autres facteurs:
 - accompagnement éventuel dans des situations de crise.

(b) Coûts liés à la journée d'hospitalisation

- Coûts dépendant de l'état de santé:
 - coûts des soins de base (après les opérations: fraction).
- Coûts dépendant des vœux du patient:
 - coûts de l'hébergement.

(2) Soins de longue durée

Dans les établissements médico-sociaux, le besoin de soins infirmiers (voie S) et les attentes en matière d'hébergement du patient (voie H) sont les principaux facteurs déterminant les moyens à mettre en oeuvre et l'origine des coûts.

La plus grande partie des coûts est liée aux journées d'hospitalisation: ce sont les coûts des soins de base et de l'hébergement. Lors de phases aiguës occasionnelles, la voie M est applicable et des coûts de traitement et d'accompagnement des patients sont générés.

(3) Maisons de retraite

Les souhaits des patients en matière d'hébergement (voie H) et occasionnellement le faible besoin en soins (voie S) déterminent les décisions.

Les coûts occasionnés sont des coûts par journée passée.

(4) Centres de réadaptation

On emprunte de nouveau la voie de décision médicale M, cette fois néanmoins en association étroite avec la voie de décision paramédicale P. Le besoin en soins infirmiers (S) et la nécessité de l'hébergement (H) sont déterminés à titre secondaire.

(5). Tableau récapitulatif

Voie de décision	Division aigue	Soins longue durée	Maison de retraite	Réadaptation	Critères de décision
(M) Traitement médical	1	(-)	--	1a	<ul style="list-style-type: none"> diag. et symptômes, év. RFE, avec gravité et stade de la maladie but du traitement + offre en traitement
(S) Soins infirmiers	2	1	(--)	2	<ul style="list-style-type: none"> soins de base: état de santé (AVQ), environnement social, en partie type de traitement (chir.) soins techniques: type de traitement et autres données médicales but des soins + offre en soins
(H) - Hébergement	3	2	1	3	<ul style="list-style-type: none"> souhaits en matière d'hébergement, environnement social type de traitement choisi état de santé (AVQ) offre en hébergement
(P) Traitement paramédical	4	(--)	--	1b	<ul style="list-style-type: none"> type de traitement médical choisi état de santé environnement social

Légende: les chiffres (1,2,3 et 4) indiquent l'ordre des décisions.

RFE = reason for encounter (motif de consultation du patient).

2. Comment définir les produits du secteur hospitalier

a) Approche de la description des prestations

Formes de prise en charge

- médecine
- soins infirmiers
- hébergement
- traitements paramédicaux

On peut appréhender les prestations du secteur hospitalier sous deux angles:

- formes de prise en charge: médecine, soins infirmiers, hébergement, traitements paramédicaux;
- niveaux de décision et d'exécution: problèmes, buts, types de traitement, phases de traitement, procédures unitaires.

Nous avons ébauché ci-dessus une voie de décision pour chacune des formes de prise en charge.

Conformément à la structure de ces voies de décision, il est possible de définir les produits selon les niveaux suivants:

Niveaux de décisions et d'exécution

- (a) Le produit est défini par la description des *problèmes*, éventuellement des souhaits du patient.
- (b) Le produit est défini en termes de *buts du traitement*, à savoir éliminer ou atténuer les problèmes du patient.
- (c) Le produit est défini en tant que *type de traitement* (faisceau de procédures à mettre en oeuvre pour l'ensemble du traitement prévu).
- (d) Le produit est défini en tant que *phase de traitement* (faisceau de procédures pour des sections de traitement comme diagnostic, opération, postcure, réadaptation).
- (e) On définit comme produits les différentes *procédures*.

Les problèmes (a) et buts (b) sont formulés d'après la perspective de la demande; les types de traitement (c), phases (d) et procédures (e) décrivent la fourniture de prestations.

b) Principe de la définition de produits à l'aide de systèmes de classification des patients

Le but des systèmes de classification des patients est de donner aux gestionnaires un outil leur permettant d'appréhender la problématique de la santé ou des prestations fournies. Ces systèmes devraient favoriser le *dialogue entre la médecine et l'administration*.

Pour décrire les produits hospitaliers, on s'efforce de regrouper les patients en *catégories occasionnant des coûts de traitement d'un niveau comparable*. On parle en l'occurrence d'homogénéité des coûts.

Afin d'obtenir une représentation des patients figurant dans ces catégories, les systèmes utilisés pour les patients aigus ont généralement opéré une classification primaire sur la base des données médicales.

Les principaux systèmes actuels pour les patients aigus - DRG ou PMC - se fondent sur les *diagnostics médicaux*⁴⁴. C'est là une perspective limitée à deux titres. Outre le fait grave qu'elle omet la dimension des soins infirmiers, elle néglige partiellement ou totalement d'autres données médicales comme les symptômes, la gravité de la maladie ou encore le motif de la consultation (RFE = reason for encounter).

On pourrait, par exemple, exprimer le degré de gravité de la maladie en indiquant le stade de l'affection. Pourtant, par souci de simplicité, on relève le plus souvent tout au plus la multimorbidité, c'est-à-dire que l'on retient plusieurs diagnostics présentés simultanément par le patient⁴⁵.

Pour affiner la différenciation des groupes de patients, on se réfère parfois aux types de traitement mis en oeuvre. On se limite en l'occurrence presque toujours à considérer qu'il suffit de mieux différencier les opérations; tous les autres traitements sont considérés en bloc. Ces insuffisances fondamentales sont dues à la limitation du nombre de données imposée lors de l'élaboration de ces systèmes de classification des patients aux Etats-Unis. Seules ont donc été prises en considération les données qui figuraient déjà dans le résumé standardisé de sortie américain, l'UHDDS (Uniform Hospital Discharge Data Set). Dans un ouvrage consacré aux DRG et aux ressources en matière de soins, on peut lire que l'adjonction de données sur la charge en soins (nombre de journées d'hospitalisation par catégorie de soins et coûts des soins) "constitue l'étape logique suivante" en vue d'indemniser séparément les soins, comme cela est déjà fait dans certains hôpitaux⁴⁶. En Allemagne, on recueille les données relatives aux soins (voir ci-après la description de la PPR [Pflegepersonalregelung]).

44. Le lecteur trouvera ci-dessous une analyse de ces systèmes.

45. Une variante intéressante de cette perspective est proposée par l'index de complexité normalisé de Frutiger et Fessler, utilisé dans le système RME. Frutiger/Fessler (Gestion); Fischer (RME),

46. Fetter et al. (DRG); 164.

c) Aperçu de divers systèmes de classification des patients

Les paramètres utilisés pour constituer les groupes sont les suivants:

DRG: *Diagnosis Related Groups*⁴⁷

PMC: *Patient Management Categories*⁴⁸

RME: *Référentiel Médico-Economique*⁴⁹

AVG: *Ambulatory Visit Groups*⁵⁰

ACG: *Ambulatory Care Groups*⁵¹

SEP: *System zur Erfassung des Pflegeaufwandes*⁵²

PPR: *Pflegepersonalregelung*⁵³

BAK: *Système BAK pour les maisons de retraite, les établissements médicosociaux et les centres pour handicapés*⁵⁴

RAI: *Resident Assessment Instrument*⁵⁵

	Médecine	Soins
Problèmes de santé	DRG PMC RME ACG	(SEP) RME BAK RAI
Objectifs thérapeutiques		(RAI)
Types de traitement	(DRG) (PMC)	SEP PPR BAK (RAI)
Phases de traitements		
Procédures	AVG	AVG

(I) Systèmes destinés au domaine médical

Le plus souvent, la classification de patients en groupes ne s'effectue pas directement mais par un programme informatique de traitement par lots⁵⁶. Pour pouvoir employer ce type de programme, il faut qu'il existe des données de base sous forme de diagnostics et opérations codés provenant d'un résumé standardisé de sortie. Les systèmes américains utilisent le codage selon la CIM-9-CM, version américaine de la CIM-9 comprenant notamment un volume séparé contenant des codes pour les opérations (procédures).

*

47. Voir Fetter (DRG); Paccaud/Schenker (DRG); Fischer (DRG)

48. Voir Neubauer et al. (PMC/..); Fischer (PMC); PRI (PMC/Rel.5).

49. Voir Frutiger/Fessler (Gestion); Fischer (RME); Delacrétaz (Synthèse infirmière).

50. Voir Weiner (PCS/amb).

51. Voir Weiner et al. (ACG); Fischer (ACG).

52. Maeder et al (SEP-USZ (hôpital universitaire de Zurich).

53. Article 13 de la loi allemande sur la santé publique (GSG) du 21.12.92.

54. Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés (BAK).

55. Voir Gilgen (RAI/Ausbildungsunterlagen).

56. Un programme de traitement par lots ne traite pas directement les données saisies (c'est-à-dire en ligne, comme on en a généralement l'habitude quand on travaille sur un ordinateur individuel), mais par une opération distincte de la saisie.

Le système des DRG⁵⁷ est fondé sur un diagnostic principal déclaré en tant que tel par le médecin et tient compte en outre du fait qu'il a été ou non procédé à une opération. Dans ses versions les plus récentes, ce système prend en considération le degré de gravité de la maladie dans la mesure où il intègre les diagnostics secondaires⁵⁸ (dans les anciens DRG, on constituait trois ou quatre échelons de DRG selon la gravité des diagnostics secondaires). Pour chaque séjour hospitalier, chaque patient est classé dans un DRG précis (dans certains systèmes d'assurance des Etats-Unis, notamment Medicare, ce classement est utilisé pour rembourser le traitement hospitalier sous forme de forfaits par cas).

DRG = Diagnosis Related Groups

Le classement des diagnostics en groupes a été réalisé sur la base d'une analyse de variance des durées de séjour. L'objectif était d'obtenir un écart aussi faible que possible des durées de séjour au sein des groupes (on est parti de l'hypothèse selon laquelle la durée du séjour est un bon indicateur des coûts).

Une des faiblesses des DRG est qu'ils se fondent sur la déclaration d'un seul diagnostic principal (traité). Ce problème est souvent difficile à résoudre.

Dans le modèle des DRG (comme dans la plupart des modèles), seuls les paramètres médicaux sont considérés comme déterminants pour les coûts du traitement hospitalier. Les aspects relatifs aux soins infirmiers et les facteurs sociaux font défaut.

Avec le système PMC⁵⁹, on s'emploie à tenir compte de façon plus nuancée du degré de gravité de l'affection en analysant tous les diagnostics - donc indépendamment d'un diagnostic déclaré diagnostic principal - et en se réservant la possibilité de classer un patient dans plusieurs PMC. Ainsi, pour chaque "module", les deux diagnostics les plus importants sont automatiquement sélectionnés et utilisés comme critères de classement. Plusieurs des quelque 50 modules peuvent être retenus simultanément pour le même patient. Parmi ces modules, on trouve par exemple: vésicule biliaire, diabète, affections des voies respiratoires, affections cardiaques, etc., ainsi que des complications chirurgicales.

PMC = Patient Management Categories

La classification selon des groupes a été définie par des médecins à partir d'une perspective clinique.

Pour chaque PMC, on établit une trajectoire de traitement typique, dite PMP (Patient Management Path).

57. Voir Fetter et al. (DRG), Paccaud/Schenker (DRG), Fischer (DRG).

58. Fetter et al. (DRG); 64 ss.

59. Voir Neubauer et al. (PMC)/.; Fischer (PMC); PRI (PMC/Re1.5).

Comme le système PMC se fonde principalement sur les diagnostics et dans une moindre mesure sur les types de traitement choisis, le fournisseur de prestations a moins d'influence sur la classification concrète des patients que dans le système des DRG. Cela n'est cependant pas le cas dans tous les modules.

*ICN = Index de
Complexité Normalisé*

Outre les paramètres médicaux, le *modèle ICN*⁶⁰ tient aussi compte des aspects relatifs aux soins infirmiers. Le modèle de complexité du cas introduit dans ce système prend en considération tous les diagnostics ainsi que d'autres renseignements sur le patient et son traitement. Il balaie plus largement le spectre des problèmes de santé que cela n'est le cas dans le système des DRG ou des PMC. En effet, cet instrument a été conçu pour être utilisé comme un outil de gestion interne à l'hôpital devant favoriser un dialogue constructif avec les médecins et les soignants.

Le modèle ICN ne définit pas des groupes sur la base du diagnostic mais calcule pour chaque patient une mesure de la complexité en additionnant les coefficients de complexité déterminés par les créateurs du modèle pour les diagnostics médicaux, les données relatives aux soins et quelques autres caractéristiques.

Le modèle ICN est utilisé avec succès à Morges (Vaud).

*Catégories de patients en
Allemagne*

En Allemagne, la nouvelle loi sur la santé publique (GSG = Gesundheitsstrukturgesetz) prévoit une comptabilisation forfaitaire par cas en fonction de groupes de cas. Toutefois, elle ne prescrit pas le système applicable. Dans la perspective de la nouvelle législation on a étudié certains des systèmes existants. Si les DRG ont été écartés, Neubauer et son groupe ont mené des essais approfondis sur les PMC⁶¹. En définitive, ni l'un ni l'autre n'a été retenu. On a défini en premier lieu 40 groupes (chirurgicaux) sur la base de diagnostics fréquents et des interventions correspondantes. Ces groupes ont été évalués⁶² car le but premier de la loi est la comptabilisation forfaitaire par cas.

*PPR = Pflegepersonal-
regelung (directives du
personnel soignant)*

(2) Systèmes destinés aux soins infirmiers dans le domaine aigu

Outre les 40 forfaits par cas (médicaux) calculés, les directives du personnel soignant (PPR) allemandes définissent un système de classification des patients sur la base des soins infirmiers⁶³. Il existe 9

60. Voir Frutiger/Fessler (*Gestion*); Fischer (*RME*); Delacrétaz (*Synthèse infirmière*).

61. Neubauer et al. (*PMC*..).

62. Voir Meurer (*Fallpauschalen*).

63. *Pflegepersonalregelung (PPR) de la GSG allemande, article 13 du 21.12.92.*

catégories de soins. Chaque jour on classe les patients adultes dans l'une d'entre elles. Pour les soins de base et les soins techniques, on a formé 3 groupes de patients en fonction des prestations. Les 9 catégories de soins résultent des 3x3 combinaisons possibles de ces deux dimensions. Pour les enfants, les prestations de soins de base et techniques ont été définies différemment. On a créé pour eux trois groupes d'âge, de sorte que l'on obtient $3 \times 3 \times 3 = 27$ catégories de soins. Le relevé de données PPR sert essentiellement à déterminer les besoins en personnel soignant. Les hôpitaux qui comptabilisent leurs prestations sur la base de forfaits par cas n'ont pas l'obligation de relever ces données car ils sont libres de gérer leurs effectifs en personnel comme ils l'entendent⁶⁴.

Un modèle suisse de calcul des charges occasionnées par les soins est actuellement en discussion. Il s'agit du modèle SEP-USZ⁶⁵. C'est une "classification des patients sur la base des caractéristiques pertinentes du point de vue des soins". Les quelques 77 variables sont relevées une fois par jour par patient. Ces variables sont, par exemple: "toilette avec de l'aide", "pose d'une perfusion" (procédures) ou encore "le patient est désorienté" (diagnostic). Un temps de référence est attribué à chaque caractéristique, ce qui permet de calculer la charge en soins (valeur de référence) par service. Le système doit être "étalonné" au cours d'une phase d'introduction de 30 jours. En effet, il faut calculer pour chaque service un facteur spécifique par lequel seront multipliés les temps de référence proposés dans le modèle.

SEP-USZ = System zur Erfassung des Pflegeaufwandes de l'hôpital universitaire de Zurich

(3) Systèmes destinés aux soins à des patients pour une longue durée

L'Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés diffuse un système intéressant conçu pour les établissements médico-sociaux: le système BAK⁶⁶ (actuellement en cours de révision; la nouvelle version devrait permettre d'améliorer le relevé des prestations et la comptabilisation⁶⁷). "B" (Bewohner) signifie pensionnaire: le besoin est relevé par un simple système de diagnostics infirmiers ("domaines d'action": capacité à marcher, alimentation, accomplissement des tâches ménagères, soins de base, soins techniques et communication, rythme de la journée, organisation

BAK = outil d'aide à l'organisation et à la gestion dans les maisons de retraite, les établissements médico-sociaux et les centres pour handicapés

64. Selon les "Commentaires du législateur" les dispositions de la PPR doivent toutefois être prises en considération dans le calcul des forfaits par cas. Source. Brand et al. (PPR): 22.

65. Maeder et al. (SEP-USZ): Un ouvrage de la série de monographies de la SSPS doit sortir prochainement. Le système PAMS utilisé à l'hôpital cantonal de St-Gall, conçu de la même façon, est très proche du SPE-USZ.

66. Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés (BAK).

67. Valkanover (BESA).

du quotidien, orientation, évalués selon un classement dans des groupes de besoin allant de 0 à 3). "A" (Arbeit) signifie travail: le temps effectif passé par le personnel est relevé par domaine d'activité (par exemple: soins de base, soins techniques, activation/accompagnement, service de chambre/tâches ménagères, administration, etc.). "K" (Kosten) signifie coûts: il s'agit de la description d'une comptabilité analytique simple incorporant les données de la mesure de la charge en soins.

La durée du travail (domaine A) est mesurée une à deux fois par an pendant deux semaines. Les données sur les pensionnaires (domaine B) sont enregistrées lors de l'admission puis généralement tous les six mois. Pour des raisons faciles à comprendre, la fréquence des relevés est ici beaucoup plus faible que celle qui est nécessaire dans le domaine des soins aigus.

*RAI = Resident
Assessment Instrument*

Le système RAI (Resident Assessment Instrument) fait actuellement l'objet d'une étude pilote en Suisse. Aux Etats-Unis, ce système est utilisé depuis 1991⁶⁸. Il est obligatoire pour les établissements médico-sociaux qui reçoivent des subventions⁶⁹.

Dans un premier temps, on recueille les données sous forme d'un MDS relativement exhaustif (MDS = Minimal Data Set; il comprend six pages imprimées sur deux colonnes). Les informations portent généralement sur l'état pendant les 7 derniers jours. Pour les patients en long séjour, on récolte normalement les données une fois par an.

A partir des données MDS, on détermine des domaines de problèmes qui sont évalués plus précisément à l'aide de comptes rendus d'investigation. Les 18 domaines de problèmes formulés ne portent pas sur des diagnostics médicaux mais sur des troubles fonctionnels. Ils recouvrent de 90 à 95% des problèmes envisagés dans une bonne planification des soins⁷⁰. Les domaines de problèmes des comptes rendus d'investigation sont par exemple les escarres de décubitus, les psychotropes, les troubles cognitifs ou la démence, l'incontinence d'urine ou la sonde urinaire, les soins dentaires, la vue, la communication, l'humeur, etc.

Pour chacun des domaines de problèmes, il est décidé après l'investigation comment, le cas échéant, il sera intégré à la planification des soins (axée sur les problèmes).

68. Vori aussi au sujet de ce qui suit RAI-CH (Rapport 9402).

69. Rey et al. (Pfleger-PCS).

70. Gilgen (RAI/Ausbildungsunterlagen).

d) Calcul de case-mix

(1) Case-mix décrivant le volume de prestations

Un coefficient de poids économique relatif (PER) exprimant la charge occasionnée par le traitement est attribué à chaque groupe de patient. On peut ainsi calculer une somme pondérée de tous les patients traités par l'hôpital pendant un période donnée. Pour obtenir une indication de la charge moyenne représentée par les cas, on peut calculer la moyenne de cette somme: c'est l'index du case-mix.

Le coefficient PER est généralement un coefficient de coûts. Il pourrait être calculé à partir des coûts moyens des patients de tous les hôpitaux pour chacun des groupes de patients. Toutefois, ces coûts ne sont le plus souvent pas officiellement connus (il n'existe pas de RSS coûts mais seulement des RSS recettes).

(a) PER = coûts moyens

Dans le système des DRG, notamment, la durée du séjour est utilisée comme indicateur des coûts et on calcule les durées de séjour moyennes par groupe de patients. Ces calculs sont basés sur les RSS récoltés par tous les hôpitaux.

(b) PER = durée moyenne du séjour

On peut aussi calculer le coefficient PER des coûts sur la base de la trajectoire de traitement typique par groupe de patients. Dans le système PMC, on utilise pour cela les PMP (Patient Management Paths). N.B.: dans un système de ce type, une collecte exhaustive des RSS n'est pas nécessaire; il suffit de disposer d'une comptabilité analytique rapportée aux patients dans des hôpitaux sélectionnés. Il faut toutefois qu'il existe un consensus sur la trajectoire de traitement typique.

(c) PER = coûts calculés à posteriori

On peut aussi déterminer le coefficient PER des coûts - comme c'est le cas avec l'ICN - en évaluant la complexité par caractéristique relevée. Le coefficient total par cas est alors calculé par compensation de tous les coefficients de caractéristique.

(d) PER = score de complexité

Un PCS (Patient Classification System) permet donc de calculer des valeurs de référence pour les coûts. Celles-ci peuvent être comparées aux coûts réels. C'est un progrès par rapport à la méthode actuellement utilisée en Suisse où l'on compare les valeurs moyennes générales par journée d'hospitalisation ou éventuellement par cas sans tenir compte du fait que l'éventail des patients (case-mix) est différent pour chaque fournisseur de prestations.

Mix des patients et
mix des prestations

(2) Types de case-mix

Il faut garder présent à l'esprit qu'un case-mix peut être défini différemment en fonction du niveau de décision et d'exécution sur la base duquel les groupes de patients ont été constitués.

Il importe notamment de distinguer les deux types fondamentaux de case-mix: le "mix des patients" et le "mix des prestations". Alors que le premier décrit la perspective de la demande, le deuxième est défini sur la base des prestations fournies (côté de l'offre).

Type de case-mix	Caractéristiques utilisables
<ul style="list-style-type: none"> • Mis des patients (demande) 	Caractéristiques des patients <ul style="list-style-type: none"> • diagnostic • buts du traitement
<ul style="list-style-type: none"> • Mix des prestations (fourniture de prestations) 	Caractéristiques des traitements <ul style="list-style-type: none"> • types de traitement • phases de traitement • procédures

On peut définir séparément le mix des patients et le mix des prestations en particulier pour les deux formes de prise en charge distinctes que sont la médecine et les soins.

*

(Mix des ressources)

Dans la perspective de considérations ultérieures, indiquons encore ici la possibilité d'ajouter à ces case-mix un mix des ressources:

<ul style="list-style-type: none"> • Mix des ressources (offre) 	Ressources mises en oeuvre <ul style="list-style-type: none"> • lits • personnel • équipements d'infrastructure • finances (?)
-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

e) Traitement chirurgical et conservateur

On a constaté que les systèmes connus de classification des patients convenaient mieux au domaine chirurgical qu'à celui de la médecine. Ceci s'explique en raison du choix des variables déterminantes. En chirurgie, les modalités de traitement et leur déroulement sont le plus souvent clairement définis sur la base des indications relatives au

diagnostic et du type de traitement (comme celles figurant dans les DRG). On cherche à rétablir une fonction, à accomplir un genre de "réparation", donc il est dans bien des cas relativement aisé de prévoir les coûts. S'il est vrai que la clientèle des patients est fort hétérogène (ils viennent de toutes les classes d'âge), une part considérable des personnes accidentées présentent néanmoins un bon état de santé par ailleurs. Comme l'intervention elle-même entraîne à court terme une modification considérable de cet état de santé, les soins de base sont très directement liés au type de traitement chirurgical mis en oeuvre (par exemple, immédiatement après une opération le patient ne peut plus se laver sans aide alors qu'il en était capable auparavant).

Dans le *domaine médical*, où l'on rencontre un grand nombre de patients âgés, présentant une multimorbidité et des affections chroniques, la description même des problèmes de santé est plus difficile. Les charges - et donc les coûts - au sein d'un groupe de patients défini exclusivement sur la base des diagnostics recouvrent le plus souvent un spectre beaucoup plus large que dans le domaine chirurgical. Ceci est dû non seulement au fait qu'il est plus difficile de décrire les cas médicaux, mais aussi au fait que les soins de base doivent souvent satisfaire un besoin d'aide dans de nombreuses activités de la vie quotidienne, besoin qui existe indépendamment du traitement médical.

*

La chirurgie adopte une approche plus technique de l'homme en privilégiant ses fonctions. Le but de l'acte est de *rétablir la capacité fonctionnelle*. Dans le domaine médical, on est davantage appelé à considérer de plus en plus la personne dans son ensemble. *Guérir signifie rétablir un équilibre*⁷¹.

On ne saurait négliger cette conception différente du traitement lors de l'élaboration et de l'utilisation de systèmes de classification des patients.

En conséquence, il faut revoir la conception des systèmes actuellement envisagés, et particulièrement des DRG. Il faut à tout le moins prendre aussi en considération les diagnostics du domaine des soins.

Au Royaume-Uni, par exemple, on considère que cet élargissement de la perspective est très important pour perfectionner le système de classification des patients existant (HRG). A cet égard, on essaie de définir une mesure de la charge en soins selon le système des AVQ (activités de la vie quotidienne)⁷².

71. Voir notamment à ce sujet Juchli L. (Heilen); 149 ss.

72. Voir Antony et al. (HRG+):12. Les HRG sont décrits dans National Case Mix Office (HRG).

f) La définition du "cas"

Dans le domaine hospitalier, il est relativement simple - par rapport au secteur ambulatoire - de délimiter un cas. Alors que dans le domaine hospitalier le séjour est la première valeur de référence, on a introduit dans le secteur ambulatoire la notion d'épisode.

A priori, un *séjour hospitalier* est constitué par le temps passé entre l'admission et la sortie.

Toutefois, un certain nombre de problèmes se posent.

- Un traitement hospitalier postérieur (par exemple une opération postérieure) constitue-t-il un cas supplémentaire? Comment considérer une complication? Que se passe-t-il en cas de changement de service ou d'hôpital?
- Comment classer un traitement se déroulant en plusieurs phases (par exemple une chimiothérapie avec succession de traitements hospitaliers et ambulatoires)?
- Comment délimiter les cas long séjour (chroniques ou gériatriques)? Ne faudrait-il pas trouver un moyen de subdiviser les séjours très longs? (Dans tout les cas où le besoin ne porte pas en premier lieu sur le traitement médical d'un problème mais sur les soins quotidiens, il faut une analyse par journée ou par période et non une analyse par cas.)
- Comment prendre en considération les patients du secteur ambulatoire?

Rigby a émis l'idée de rechercher des *jalons* dans le traitement et de les utiliser pour la délimitation⁷³. Ces jalons pourraient être constitués par exemple par la fin de la phase diagnostique ou par la fin d'un traitement normal (le traitement des complications serait alors une nouvelle "phase").

L'idée des jalons sera utile le jour où l'on accordera davantage d'importance à l'analyse du déroulement, dont le séjour hospitalier ne constitue qu'une partie.

La prise en considération des *buts du traitement* facilite la définition du cas. Rigby propose une hiérarchie des buts⁷⁴:

- but: but à long terme ("aim", "long term target");
- objectif: objectif du traitement dans un délai donné ("objective");
- but intermédiaire: mesures quantifiables et mesurables

⁷³. Cette idée a été présentée par M. J. Rigby lors du Workshop on Ambulatory Care Case-mix and Resource Management du 5.11.93 à Amsterdam. Il a depuis publié une étude à ce sujet: Rigby (Milestones).

⁷⁴. Rigby (PIS) et communication personnelle de M. J. Rigby du 16.3.94.

du plan de traitement qui peuvent être contrôlées au fil du temps ("goal").

g) Phases de traitement au lieu de cas hospitaliers?

La possibilité de définir les produits selon les phases de traitement mérite que l'on s'y attarde. L'intensité des prestations médicales et des soins varie au cours des différentes phases:

Phase de traitement	Prestations		
	Médecine	Soins infirmiers	Traitements paramédicaux
Diagnostic	**	*	--
Opération/thérapie	***	**	--
Postcure	*	***	*
Réadaptation	**	**	***

Une classification selon les phases de traitement me semble nécessaire en particulier parce que les différentes phases peuvent se dérouler en des lieux distincts et être comptabilisées séparément selon que l'on est en présence d'un système de médecin-chef ou de médecins privés agréés (voir les deux figures ci-dessous).

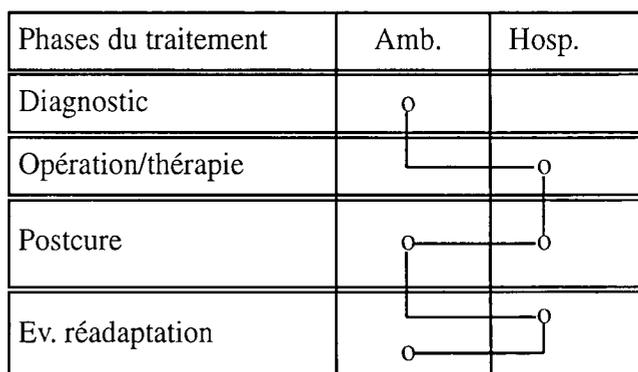
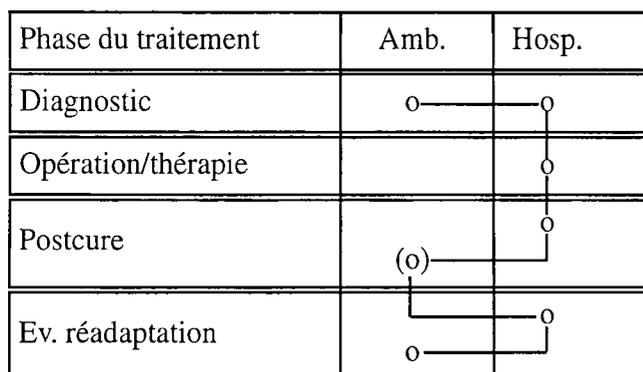
Si l'on distinguait le travail diagnostique du travail thérapeutique, on pourrait plus facilement prendre en considération les changements de service au sein d'un établissement hospitalier (par exemple en cas d'intervention chirurgicale sur un patient hospitalisé dans un service médical).

Dans l'éventualité de l'instauration de forfaits par cas, cette distinction serait également utile pour décrire et délimiter les prestations envisagées.

Fig 2
de médecin-chef

Trajectoire de traitement typique dans un système

Fig.3
de médecins privés agréés



G. EFFICIENCE, EFFICACITE ET QUALITE

1. Définition des concepts d'efficience et d'efficacité

Les efforts déployés afin d'endiguer les coûts dans le domaine de la santé ont fait que les notions d'efficacité et d'efficience sont devenues à la mode. Bien que ces termes soient très fréquemment utilisés, une définition claire et opérationnelle en est rarement donnée.

Les termes anglais *efficient*, *effective* et même *efficacious*⁷⁵ peuvent tous être traduits par efficace⁷⁶.

a) Efficience et efficacité dans la terminologie économique

Dans le domaine du contrôle du caractère économique (rendement) et de la qualité, ces termes sont souvent définis comme suit⁷⁷:

Définition A:

(A1)

Efficience	=	mesure du caractère économique de l'utilisation des moyens
------------	---	------------------------------------------------------------

(A2)

Efficacité	=	mesure de l'efficacité de mesures données
------------	---	-------------------------------------------

Efficience

L'efficience donne une évaluation des coûts de l'utilisation des moyens par unité de prestation (efficience de la production⁷⁸). Il peut prendre deux orientations:

:

(A1a)

- soit on cherche à atteindre un but donné avec une utilisation de moyens minimale;

(A1b)

- soit on cherche à fournir une prestation maximale avec les moyens à disposition.

75. Le terme *efficacy* - non traduit - est utilisé par Schwartz (*Evaluation*) pour désigner l'efficacité dans des conditions optimales, à la différence de *effectiveness* qui exprime l'efficacité dans des conditions ordinaires.

76. D'après Le Robert et Collins (*dictionnaire anglais-français français-anglais 1987*). En latin, *efficere* signifie achever, produire; *efficiens* en est le participe présent (achevant, produisant) et *effectus* le participe passé (achevé, produit). *Efficax* est l'adjectif correspondant (efficace).

77. Voir Sommer/Gutzwiller (W+W): 25.

78. Outre l'efficience de la production, Sommer et Gutzwiller [(W+W): 25] mentionnent l'efficience de l'allocation: affectation optimale de ressources rares face à plusieurs possibilités d'utilisation; par exemple répartition entre les différents secteurs de l'économie, répartition entre les différents domaines de la santé publique.

L'efficacité quant à elle donne une évaluation des conséquences (effets et effets secondaires) d'un acte. Elle indique la mesure dans laquelle le but a été atteint: le bénéfice obtenu (outcome) est comparé au bénéfice visé (but).

Efficacité

Remarque: dans cet essai de définition de l'efficience et de l'efficacité, on distingue le terme de moyen de celui de mesure. Il est difficile de délimiter ces notions sur la base de définitions claires et opérationnelles. D'ailleurs, même des mesures peuvent être exécutées efficacement, à savoir quand on utilise les moyens qui sont "les plus appropriés à l'exécution des mesures"⁷⁹.

Moyens et mesures

b) Une autre perspective

Pour décrire l'efficience et l'efficacité, on peut aussi employer la formule suivante, certes moins précise mais sans doute plus parlante⁸⁰:

Efficience	=	bien faire les choses
Efficacité	=	faire les choses appropriées

Description B: (B1)
(B2)

L'efficience est un jugement de la *manière* dont quelque chose a été fait; l'efficacité est un jugement de la *nature* de ce qui a été fait.

On pourrait élargir comme suit la description ci-dessus: accomplir les choses avec efficience signifie les accomplir de la façon appropriée, c'est-à-dire de façon rationnelle, avantageuse et conformément à une qualité définie.

Agir efficacement signifie faire les choses appropriées pour atteindre un but (fixé). Néanmoins, rien n'indique si l'on cherche à atteindre par ce but l'efficacité (bénéfice élevé) ou l'économie (faibles coûts).

Dans leur ouvrage récapitulatif sur les DRG⁸¹, Fetter et al. ont une interprétation que je n'utiliserai pas dans le présent rapport. Ils présentent l'efficience sous forme de question: comment obtenir une radiographie donnée à un coût avantageux? En revanche, l'efficacité se rapporte par exemple à la question suivante: quel type et combien de radiographies sont-elles nécessaires en cas de fracture de l'avant-bras?

Ainsi, selon Fetter et al., l'efficience se rapporte à la production de produits intermédiaires à un coût aussi avantageux que possible et l'efficacité à une utilisation aussi rationnelle que possible de ces produits intermédiaires lors de l'exécution d'un traitement.

79. Schwarz (NPO); 28.

80. Cette formule vient de Peter Drucker. Il l'expose notamment dans son ouvrage intitulé: *Management für Nonprofit-Organisationen* (1992).

81. Fetter et al. (DRG); 84.

Ceci conduit à l'énoncé suivant: 'réaliser plus de radiographies que nécessaire est une utilisation peu efficace des ressources'. Ce qui est critiquable ici, c'est que le même résultat a été obtenu et donc que l'effet a été le même; seule la dépense a été différente. A mon sens, cette constatation relève du domaine de l'économie, c'est-à-dire de l'efficience.

Pour mieux distinguer l'efficience (coût/caractère économique) de l'efficacité (bénéfice), il faudrait préciser ainsi les critères d'évaluation de Fetter et al.:

- efficience des ressources utilisées pour des procédures
- et
- efficience du choix des procédures pour un type de traitement déterminé ou pour le traitement d'un problème de santé donné.

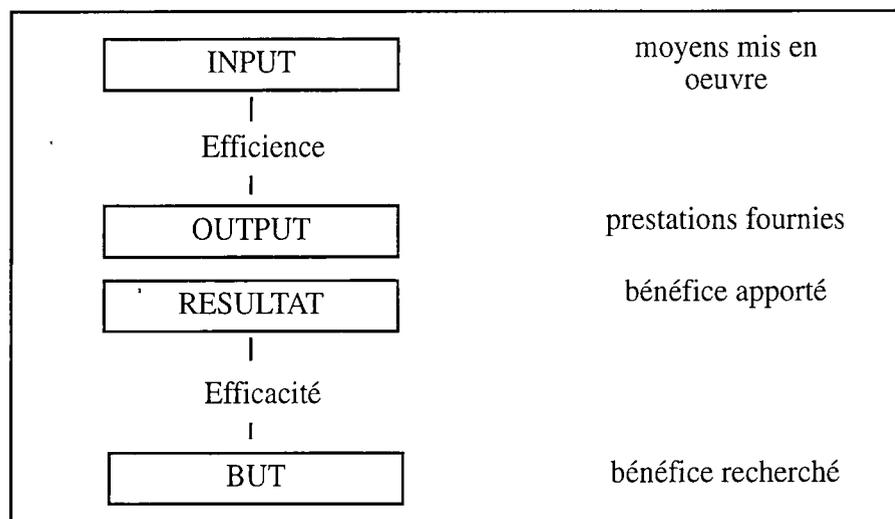
c) Les définitions utilisées dans la présente étude

(1) Efficience et efficacité

J'utiliserai ci-après les définitions suivantes:

<i>Efficience</i>	(C1a)	<i>L'efficience met en rapport les moyens utilisés (input) avec les prestations fournies (output).</i>
		Ou plus concrètement:
	(C1b)	Efficience = coût des moyens utilisés en relation avec la quantité (pondérée) des prestations fournies à un niveau de qualité (de processus) donné.
		Et:
<i>Efficacité</i>	(C2)	<i>L'efficacité compare le bénéfice apporté par les prestations fournies (résultat, outcome) au bénéfice visé (but).</i>

Fig. 4: Efficacité et efficience



Toutefois, il est habituel que l'on ne cherche pas uniquement les moyens qui permettent au mieux d'atteindre le but visé (efficacité) mais aussi ceux qui génèrent les coûts les plus bas (efficience). Cette double optimisation ne peut néanmoins s'effectuer que dans de très rares cas.

(2) Adéquation

Il semble ici opportun de définir aussi le concept d'adéquation. Voici ce que je propose:

L'adéquation est une comparaison entre le bénéfice recherché par l'acte choisi et le bénéfice maximal (théoriquement) atteignable dans les circonstances données.

Adéquation: (C3)

2. Efficacité et qualité

a) Aspects de la qualité

Exemple: radiographie

On peut juger une radiographie selon les critères ci-dessous.

- (1) Netteté et contraste.
- (2) Nécessité de la radiographie en question pour établir le diagnostic dans le cas concret.
- (3) Netteté et contraste suffisants pour poser ou confirmer le diagnostic avec assez de précision.
- (4) La question se pose de savoir si l'on peut aussi retenir comme critère la qualification professionnelle du technicien en radiologie qui a réalisé le cliché.

Exemple: opération

On peut juger l'extraction chirurgicale d'une tumeur selon les critères ci-dessous.

- (1) Dans quelle mesure la tumeur a-t-elle été totalement enlevée, les cicatrices se sont-elles bien refermées et n'y a-t-il pas eu de complications?
- (2) Était-il judicieux d'extraire la tumeur en question par opération? (d'autres options étaient-elles envisageables?)
- (3) L'extraction de la tumeur a-t-elle été suffisamment complète pour que le patient n'ait aucune récurrence 5 ans ou plus après l'intervention?
- (4) On peut en outre noter si l'opération a été réalisée par le médecin-chef ou par des assistants.

Aspects de l'évaluation

On peut décrire les différents types d'évaluation selon les critères ci-dessous.

- (1) *Qualité du processus*: qualité directement rapportée à l'acte.
- (2) *Adéquation* de l'acte prévu: bénéfice recherché par rapport au bénéfice atteignable.
- (3) *Efficacité* de l'acte accompli: bénéfice apporté par rapport au bénéfice recherché.
- (4) *Qualité de la structure*.

Pour évaluer la *qualité du résultat*, j'associe (2) et (3), c'est-à-dire l'adéquation et l'efficacité: la qualité du résultat met en rapport le bénéfice apporté et le bénéfice atteignable.

**b) Qualité de la structure, du processus
et du résultat selon Donabedian**

Donabedian⁸² est à l'origine de la différenciation du concept de qualité en qualité de la structure, qualité du processus et qualité du résultat.

Qualité de la structure

On comprend par *qualité de la structure* la qualité ou la qualification des ressources disponibles (infrastructure, matériel, personnel).

La *qualité du processus* décrit la qualité des activités - individuelles - accomplies. La qualité de la structure peut influencer la qualité du processus. Ainsi, par exemple, si l'appareil radiographique est mauvais, même le meilleur technicien en radiologie ne pourra malgré tous ses efforts obtenir une radiographie nette.

Qualité du processus

La *qualité du résultat* compare le but atteignable dans des conditions optimales et le résultat obtenu. Dans l'évaluation de la qualité du résultat, je distingue l'évaluation de l'adéquation de celle de l'efficacité.

Qualité du résultat

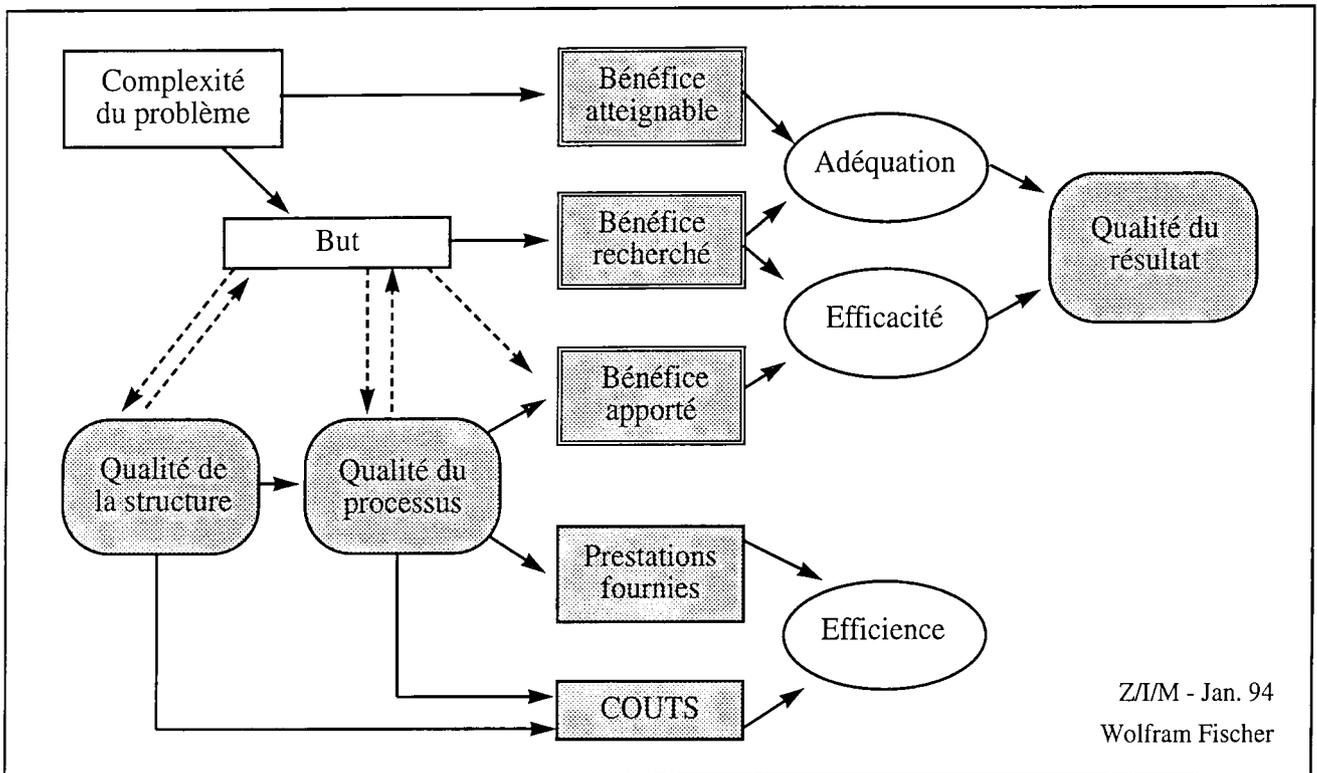
**c) Représentation schématique des rapports entre qualité,
adéquation, efficacité et efficience**

La figure 5 présente une récapitulation des réflexions ci-dessus.

N.B.: il existe certainement d'autres possibilités de mettre en rapport ces différents concepts dont les acceptions sont multiples. Je m'efforce simplement ici de suggérer une façon de les ordonner quelque peu.

82. Voir par exemple Gutzwiller (*Qualität*): 10 ss. et la bibliographie qui y est mentionnée.

Fig. 5: Qualité, adéquation, efficacité et efficience



d) Quelques autres approches envisageables

On pourrait aussi considérer d'autres modèles, notamment:

qualité du résultat = efficacité = rapport entre le bénéfice apporté et le bénéfice recherché;

ou encore: qualité du résultat = qualité (de processus) du produit final (on ne tient compte qu'indirectement du bénéfice pour le patient);

efficience = rapport entre les coûts et le bénéfice apporté.

Toutefois, je m'en tiendrai dans la suite du présent ouvrage au schéma présenté ci-dessus.

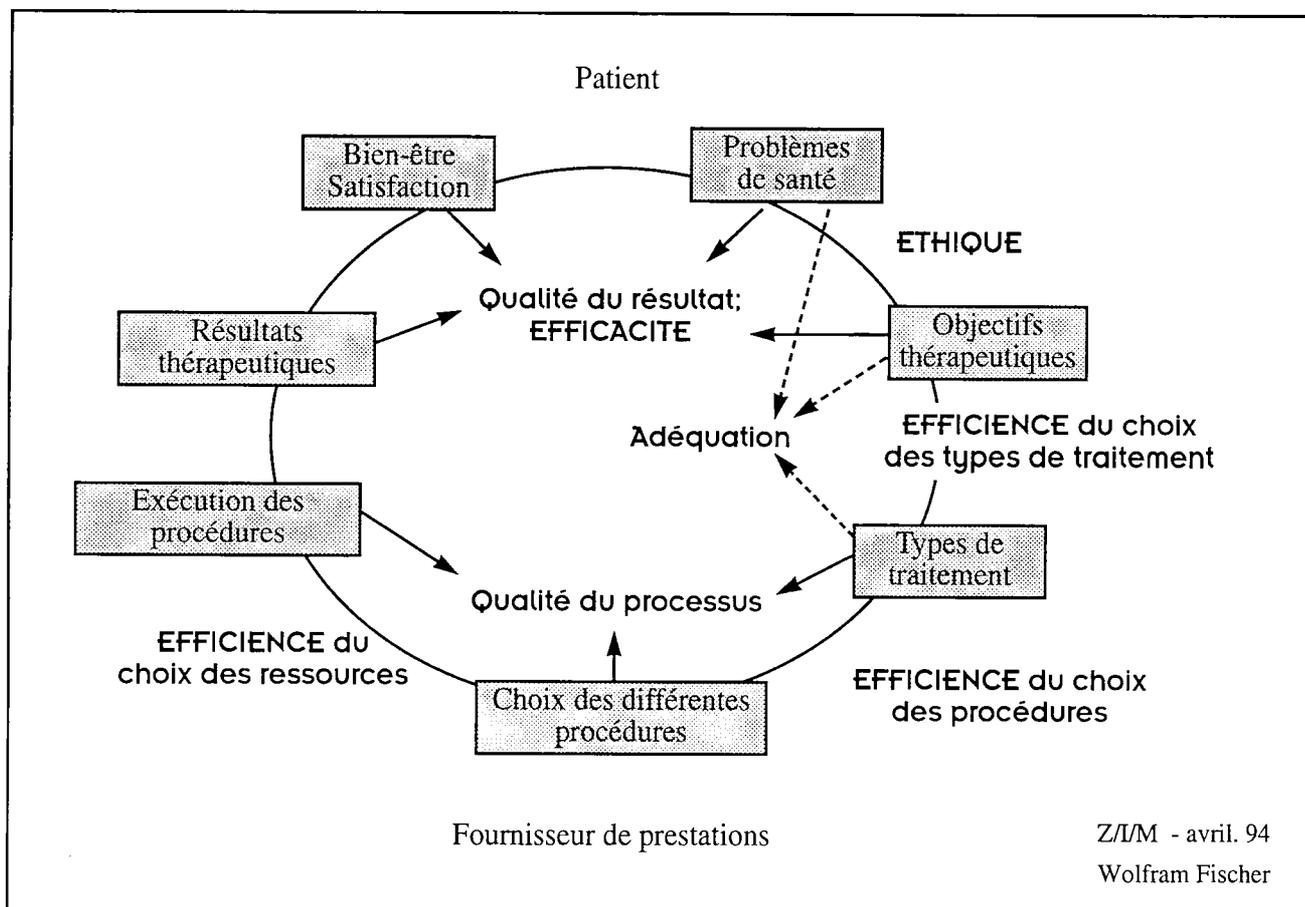
H. CRITERES D'EVALUATION

On peut classer d'une manière globale les critères d'évaluation comme suit:

- critères éthiques et médicaux; ils comprennent aussi la mesure de l'efficacité et des indicateurs d'évaluation de la qualité;
- critères sociaux;
- critères économiques (mesures de l'efficience).

Le schéma ci-dessous met en rapport certains de ces critères et variables d'évaluation avec le déroulement schématisé du traitement.

Figure 6: Déroulement du traitement et critères d'évaluation



1. Critères éthiques et critères médicaux

a) Principes éthiques

On peut recueillir dans un *code de principes éthiques* des considérations sur l'élaboration et la nature des buts à formuler face à des problèmes de santé potentiels ou réels. Un certain consensus est nécessaire quant à la pertinence de ces buts. Ces réflexions fondamentales sont partiellement transposées dans la législation (par exemple dans le domaine des questions de génétique et de reproduction humaine).

b) "Dans l'intérêt du patient"

Les principes éthiques doivent aussi guider l'évaluation des buts concrets fixés lors du traitement de patients ayant des problèmes de santé donnés et la formulation de l'intérêt (théorique) du patient (LAMA 23/LAMal 56). Notons ici que l'intérêt du patient doit aussi englober ses préférences personnelles.

c) Evolution de la médecine

La médecine impose un certain cadre aux buts de traitement envisageables dans la mesure où il n'est pas possible d'atteindre tous les buts que l'on peut imaginer.

Actuellement, de nombreuses voix se font entendre pour réclamer que la médecine fondée sur les sciences naturelles et les principes de causalité fasse preuve d'une plus grande ouverture. En effet, de nombreux problèmes sembleraient échapper à la pensée monocausale et devraient être abordés selon un mode de pensée différent⁸³.

Les méthodes curatives dites "alternatives" jouissent d'une popularité grandissante. Les caisses-maladie et certains cantons soutiennent cette tendance. *Il est intéressant de noter que cette évolution a été rendue possible essentiellement en raison de considérations de coûts.* Il est indéniable que l'idée de "s'éloigner de la technique pour revenir à la nature et à soi-même" est à la base de cette nouvelle orientation.

⁸³. Depuis quelque temps, on assiste au développement d'une nouvelle discipline, les "sciences de la santé publique" ("Public Health"), qui étudie notamment les causes psychologiques et sociologiques de la maladie et de la santé. Un ouvrage fondamental à ce sujet est celui de Hurrelmann/Laaser (*Gesundheitswissenschaften*). Voir aussi à cet égard Kleiber (*Questions de soins*) et "La santé, un bien de consommation?" dans le chapitre d'introduction du présent ouvrage.

d) Calcul de l'efficacité?

Pour calculer l'efficacité, on met en rapport le bénéfice apporté et le bénéfice visé⁸⁴.

A cette fin, on doit pouvoir déterminer le bénéfice.

Bénéfice

Il est toutefois difficile de rendre opérationnelle l'idée de bénéfice si l'on ne la limite pas à une perspective purement économique.

Dans un marché qui fonctionne, on peut utiliser le prix du marché pour évaluer la production⁸⁵. Prenons un cas d'école: le prix est déterminé par le bénéfice que l'individu attend de l'achat du produit (il renonce à une quantité d'autres choses qu'il aurait pu acquérir pour la même somme d'argent⁸⁶). Les coûts de production, ou plus précisément les prix de revient ou les coûts marginaux proportionnels constituent sur ce type de marché la limite inférieure de fixation du prix de vente; toutefois, les prix du marché ne sont pas déterminés seulement par les coûts de production⁸⁷.

Prix du marché?

Sur le marché de la santé, il n'existe pas de prix du marché pour les produits finals. Aujourd'hui, on paie (presque) n'importe quel prix pour un traitement médical... à condition d'être assuré en conséquence. Par exemple, il n'existe pas (encore?) de prix du marché pour la guérison d'une maladie cardiovasculaire par pontage (une guérison totale est-elle possible? Si oui, comment la définir?).

On a essayé d'évaluer le bénéfice apporté par les années de vie gagnées. Il existe un système dans lequel on ne tient pas compte uniquement du nombre d'années gagnées, mais aussi de l'état de santé pendant ces années. On a ainsi défini les "années de vie corrigées de la qualité" (AVCQ). En l'occurrence, on est parti de l'idée selon laquelle il est possible d'effectuer une conversion entre un nombre d'années de vie qui sont passées dans un état de santé donné et un nombre inférieur d'années de vie passées dans un état de santé idéal. Les paramètres de la formule de conversion ont été établis sur la base de questionnaires⁸⁸.

AVCQ

En définitive, il n'existe aucune définition satisfaisante du bénéfice. Il convient d'avoir recours à des indicateurs du bénéfice visé.

Indicateurs

84. Voir définition C2 p. 55 du présent ouvrage.

85. Sommer/Gutzwiller (W+W): 25 s.

86. Woll (VWL): 30 ss. + 88 ss.

87. Kilger (Kostenrechnung): 279 ss.

88. Voir Breyer/Zweifel (Gesundheitsökonomie): 43 ss.

On évoque notamment à titre d'indicateurs des définitions techniques issues du domaine de la qualité des processus, car on part du principe qu'ils influencent le bénéfice à atteindre (cependant, les notions de qualité du processus et de qualité du résultat tendent alors à se confondre).

Exemple d'indicateurs (plus ou moins) adéquats⁸⁹:

- mobilité articulaire après des opérations sur les articulations;
- réduction de la tension artérielle; réduction du taux de sucre dans le sang;
- contrôle rétrospectif de la nécessité de l'hospitalisation;
- taux de diverses complications;
- opérations imprévues;
- durée du séjour hospitalier;
- état de sortie
- modification de l'espérance de vie / mortalité;
- satisfaction du patient.

Par leur nature même, ces indicateurs essentiellement unidimensionnels présentent le risque de créer des incitations indésirables: tout est mis en oeuvre pour que les indicateurs atteignent les valeurs désirées; mais fait-on pour autant tout ce qu'il faudrait pour le traitement du patient?

Il existe aussi des indices par lesquels on cherche à déterminer l'état de santé général. Il s'agit par exemple des indices de santé, de fonction ou d'activité, ou encore d'état du problème⁹⁰.

2. Critères sociaux

Je n'ai pas abordé jusqu'ici les critères d'évaluation de l'accessibilité géographique et financière des soins.

A cet égard, il est particulièrement nécessaire de pouvoir considérer l'ensemble du déroulement du traitement du patient. Le traitement hospitalier n'en constitue qu'un élément. Ainsi, la question se pose aussi de savoir dans quelle mesure ces critères peuvent être évalués dans le cadre d'une statistique hospitalière.

Pour évaluer l'accessibilité indépendamment du lieu de résidence, il faudrait définir les régions desservies et la "clientèle potentielle" correspondante. La collecte de données actuellement en cours dans le

89. Voir aussi pour ce qui suit Chrzanowski (*Qualitätssicherung*): 55 ss. et la bibliographie qui y est mentionnée.

90. On trouvera la description sommaire d'une multitude de tentatives de mesurer la santé dans Bowling (*Gesundheitsmessung*).

cadre de l'évaluation du HMO/Bonus⁹¹ pourrait peut-être fournir les bases nécessaires à une réflexion de ce type.

Si l'on voulait évaluer l'accessibilité indépendamment de la situation financière, il faudrait aussi relever les variables sociales relatives aux patients. Par exemple, il faudrait calculer la charge représentée par les coûts de la santé sur le budget des ménages en pourcentage du revenu disponible. Ceci ne sera guère possible, même dans le cadre d'une statistique exhaustive. On pourrait envisager de consacrer une étude à ce sujet.

3. Critères économiques⁹²

a) Mesures de l'efficacité

L'efficacité est une mesure du caractère économique de l'utilisation des moyens par rapport aux prestations fournies⁹³.

A cet égard, tant les prestations fournies pour traiter un patient que les moyens choisis peuvent être définis aux différents niveaux de décision et d'exécution.

Mesure de référence <i>Unité de prestation</i>	Exemples	Mesure de référence <i>Moyens choisis</i>
Procédures	Prestations unitaires, p.ex. selon CPH	Ressources (personnel, matériel)
Phases de traitement	Procédures regroupées selon des buts intermédiaires, p.ex. diagnostic d'une fracture du tibia, soins aigus, réadaptation	Procédures, év. ressources
Type de traitement	Catégories de patients fondées sur des caractéristiques de traitement, p.ex. traitement hospitalier pour l'ostéosynthèse d'une fracture du tibia	Procédures, év. ressources
Problèmes de santé	Catégories de patients fondées sur les caractéristiques des patients, p.ex. patient avec fracture du tibia	Types de traitement ou procédures, év. ressources

On ne peut calculer l'efficacité que des deux manières exposées ci-dessous.

(I) Efficacité du choix des moyens

D'une part, il faut mettre en oeuvre des moyens dont le coût est avantageux: il y va de l'efficacité du choix des moyens.

91. OFAS (HMO/Bonus).

92. On trouvera aussi des parties de ce chapitre dans Fischer (PCS/Effizienz).

93. Voir définition C1b p. 37 du présent ouvrage.

On compare les coûts de référence des moyens effectivement retenus et les coûts de référence des moyens prévus selon la norme pour les mesures exécutées.

On peut calculer des valeurs pour:

- *l'efficacité du choix des ressources* (temps de travail et matériel) par rapport à des procédures données;
- *l'efficacité du choix des procédures* pour certains types de traitement ou pendant certaines phases du traitement;
- *l'efficacité du choix du type de traitement* ou du choix des procédures pour le traitement de patients ayant des problèmes de santé donnés.

(2) Efficacité de l'exécution

D'autre part, il faut que les moyens choisis soient eux-mêmes d'un coût avantageux: il y va de l'efficacité de l'exécution.

On compare le coût réel des moyens retenus et leur coût de référence.

On peut calculer des valeurs pour:

- *l'efficacité de l'achat des ressources;*
- *l'efficacité de l'exécution des procédures;*
- *l'efficacité de l'exécution de phases du traitement;*
- *l'efficacité de l'exécution du type de traitement.*

b) Un exemple d'utilisation de systèmes de classification des patients pour déterminer l'efficacité

En prenant pour exemple la classification de patients souffrant de calculs biliaires, on tentera de montrer l'influence de divers systèmes de classification sur l'évaluation de l'efficacité (comme indiqué plus haut, il n'existe pas une seule, mais bien plusieurs mesures de l'efficacité).

Une intervention chirurgicale est indiquée pour le traitement des calculs biliaires⁹⁴. Actuellement, deux types de traitement sont possibles: une opération classique ou une opération sous coelioscopie. Le bien-fondé d'une opération sous coelioscopie dépend d'une part de la dimension et de la localisation des calculs et, d'autre part, du savoir-faire de l'équipe médicale et de l'infrastructure de la salle d'opération.

Quelques exemples de classification des patients figurent en annexe.

Des catégories peuvent être établies sur la base soit des diagnostics, soit des types de traitement.

94. Voir Reifferscheid/Weller (*Chirurgie*): 478 ss.

Dans un but explicatif, nous avons construit les trois mini-systèmes ci-dessous, qui représentent un modèle simplifié.

Dans le système "Gén", tous les diagnostics concernant les calculs biliaires sont regroupés dans un même catégorie. Cette manière de faire assez rudimentaire se retrouve dans un système comme celui des Groupes de patients hospitalisés (GPH)⁹⁵. Dans ce système, tous les DRG se rapportant au "foie, pancréas et vésicule biliaire" (DRG 191-201) sont regroupés dans une seule classe (GPH 48).

Système "Gén"		
	Description	Poids économique relatif (PER)
Gén	Cholélithiase ou cholédocholithiase	550

Dans le système "Dg", les patients sont classés par diagnostic. Pour chaque catégorie, on désigne comme traitement de référence le type de traitement que l'on souhaite

considérer comme norme. Cette manière de procéder est semblable à celle des PMC (Patient Management Categories) auxquels se greffent les trajectoires de traitement (PMP = Patient Management Paths)⁹⁶.

Système "Dg"			
	Description	Traitement de référence	PER
DgC	Cholélithiase	Coelioscopie	500
DgO	Cholédocholithiase	Opération classique	600

Dans le système "Op", les patients sont classés selon le type de traitement appliqué. Ceci correspond au procédé prévu en Allemagne pour la facturation basée sur les forfaits par cas (voir annexe).

Système "Op"		
	Description	PER
OpC	Coelioscopie pour cholé(docho)lithiase	500
OpO	Op. classique d'une cholé(docho)lithiase	600

On peut maintenant comparer deux hôpitaux, dont l'un s'est spécialisé en opérations sous coelioscopie (HôpC) et l'autre ne pratique que des opérations classiques (HôpO).

95. Voir Fekete/Beroud/Eggl (GPH).

96. Voir Neubauer et al. (PMC/...); Fischer (PMC).

Considérons les statistiques relatives aux traitements et aux coûts:

Hôpital	Statistiques (Valeurs réelles)				Analyse des coûts*			Evaluation**	
	Diag- nostic	Type de traitement	Nbr de patient	Coût par patient	Ecart des coûts par patient			Efficience de l'exécution des types de traitement	du choix
				Gén	Dg	Op			
HôpC	DgC	OpC	20	520	- 30	+ 20	+ 20	- 4.0%	0.0%
	DgO	OpC	2	560	+ 10	- 40	+ 60	- 12.0%	+ 16.7%
	DgO	OpO	3	630	+ 80	+ 30	+ 30	- 5.0%	0.0%
			25	536	- 14	+ 16	+ 24	- 4.8%	+ 1.5%
HôpO	DgC	OpO	10	570	+ 20	+ 70	- 30	+ 5.0%	- 20.0%
	DgO	OpO	15	570	+ 20	- 30	- 30	+ 5.0%	0.0%
			25	570	+ 20	+ 10	- 30	+ 5.0%	- 7.1%

* Ecart des coûts: coûts plus élevés: +; coûts moins élevés: -.

** Evaluation: bons résultats: +; mauvais résultats: -.

Le résultat de ces calculs est le suivant: l'hôpital HôpC utilise les deux types de traitement de manière efficiente (+1,5%), ce qui signifie que l'on recourt parfois à des types de traitement plus économiques que les types de traitement considérés comme référence. Les types de traitement eux-mêmes ne sont toutefois pas appliqués de façon très efficiente (-4,8%). Dans l'hôpital HôpO, les types de traitement sont appliqués de manière efficiente (+5,0%), mais leur choix n'est pas très efficient (-7,1%), ce qui veut dire que des types de traitement coûteux sont utilisés plus souvent que nécessaire.

*

Si l'on ne procède à aucune autre subdivision des patients, à savoir si l'on compare les coûts réels moyens (536 et 570) avec les coûts de référence du modèle "Gén" (550), l'hôpital spécialisé en chirurgie sous coelioscopie obtient un très bon score (économie de -14 par patient, par rapport à un dépassement des coûts de +20 par patient dans l'hôpital HôpO).

En examinant plus en détail les chiffres, il ressort toutefois que l'hôpital HôpO pratique les opérations classiques à moindres frais (avec des coûts s'élevant à 570 au lieu de 600 pour les "OpO"; on n'observe que des valeurs négatives pour les écarts de coûts par patient dans la colonne "Op").

Comme il ressort des coûts moyens par patient, l'hôpital spécialisé en coelioscopie pratique par contre des traitements relativement coûteux au regard du type de traitement appliqué (toutes les valeurs de la colonne "Op" sont positives, c'est-à-dire supérieures à la valeur de référence pour le type de traitement appliqué).

Cette constatation est corroborée par les chiffres relatifs à l'efficacité du type de traitement: ils sont plutôt mauvais dans l'hôpital HôpC et plutôt bons dans l'hôpital HôpO (valeurs globales: -4,8% respectivement +5,0%).

Toutefois, l'évaluation ne doit pas reposer exclusivement sur ces chiffres, car, selon les critères mentionnés ci-dessus, la coelioscopie est moins coûteuse et devrait être préférée à une opération classique - dans le cas présent aussi pour des raisons médicales - vu qu'elle représente un moindre fardeau pour le patient⁹⁷.

Nous cherchons donc une valeur qui puisse nous indiquer jusqu'à quel point il serait possible d'opérer de manière économique si le type de traitement de référence était appliqué. Les valeurs de la colonne Efficacité du choix des types de traitement montrent que dans l'hôpital HôpC les résultats sont encore légèrement meilleurs (avec +1,5%) qu'ils ne l'auraient été si le type de traitement de référence avait été habituellement choisi (deux patients ont été traités par coelioscopie, malgré la présence d'une cholédocholithiase). L'hôpital HôpO n'a pas appliqué les deux types de traitement chirurgical possibles de manière très efficace (-7,1%). La raison en est que dix patients ont été opérés selon la méthode classique (type de traitement "OpO"), alors qu'ils auraient pu être traités par coelioscopie (diagnostic "DgC").

L'efficacité de l'exécution du traitement a été calculée comme le rapport entre les coûts par patient observés et les coûts de référence du type de traitement appliqué (ces coûts figurent dans le système "Op")

L'efficacité du choix du type de traitement a été calculée comme le rapport entre les coûts de référence du type de traitement appliqué et les coûts de référence du type de traitement de référence (ces coûts figurent dans le système "Dg").

c) Systèmes de classification des patients à plusieurs niveaux

Cet exemple démontre une fois encore qu'une hiérarchisation des catégories de patients est justifiée si l'on veut pouvoir mesurer l'efficacité à différents niveaux (voir page 49).

Les niveaux de classification des patients peuvent être établis selon les niveaux de décision et d'exécution (voir page 41).

97. Selon une note parue dans le GPI 4/93 (no 7982), une étude conduite par Legorreta et al. est arrivée à la conclusion qu'une intervention sous coelioscopie était effectivement moins chère qu'une opération classique. Toutefois, les indications pour une cholécystectomie se sont manifestement modifiées, car le patient encourt moins de risques. En effet, il est notamment ressorti que les coûts totaux liés à cette catégorie de patients (op.classique + op. sous coelioscopie) ont globalement augmenté...

- (1) **Caractéristiques du patient** (-> mix des patients):
- problèmes de santé;
 - but du traitement.
- (2) **Caractéristiques du traitement** (-> mix des prestations):
- type de traitement;
 - phase du traitement;
 - procédures.

Pour évaluer l'efficacité du choix du type de traitement, un type de traitement de référence (considéré comme norme choisie) doit être assigné à chaque groupe du niveau 1 (caractéristiques des patients).

*

Le lecteur trouvera en annexe un exemple plus complet et plusieurs types d'analyses envisageables lors de l'utilisation de systèmes de classification des patients à plusieurs niveaux.

**3ème partie:
Propositions de modifications
et de compléments aux statistiques
hospitalières actuelles**

**Questions particulières de l'OFAS concernant
le rôle de la statistique hospitalière comme
outil de décision et de gestion dans le cadre de la
nouvelle loi sur l'assurance maladie**

I. PROPOSITIONS DE MESURES IMMEDIATES VISANT A AMELIORER LA STATISTIQUE ADMINISTRATIVE ACTUELLE

1. Les données disponibles actuellement

a) Paramètres relevés

Les paramètres administratifs recueillis actuellement, sur une base volontaire, sont énumérés ci-dessous.

Au titre des *ressources*, on recense pour l'essentiel le nombre de lits par groupe médical spécialisé ("cliniques ou divisions") et l'effectif du personnel par hôpital. Les *prestations* sont calculées en jours d'hospitalisation ou en cas par hôpital et, partiellement, par groupe spécialisé. Les *coûts* sont déterminés par hôpital et en partie par groupe spécialisé (voir les deux tableaux ci-dessous).

*Aperçu des données
actuellement collectées*

	Variables	Hôpital	Groupe spécialisé
Ressources	Lits	x	x
	Collaborateurs	x	--
Prestations	Jours d'hospitalisation	x	(x)
	Cas	x	(x)
Finances	Coûts	x	(x)
	Recettes	x	--

b) Statistiques

Chaque année, le numéro de novembre de la revue *Hôpital suisse* publie la compilation des données. Jusqu'à présent, les données extrapolées étaient présentées dans la brochure *VESKA Panorama*.

Les extrapolations viennent d'être abandonnées pour être remplacées par la publication de chiffres reflétant l'évolution sur 10 ans diffusés dans la *Statistique administrative VESKA (SAV)*⁹⁸. Ce document présente l'analyse des données des hôpitaux qui ont transmis leurs données depuis 1986 et n'ont pas changé de catégorie.

Un grand nombre de ces statistiques ont toujours été regroupées en fonction d'une seule dimension, c'est-à-dire selon 18 types d'hôpitaux

98. *VESKA (SAV 92)*.

classés en 4 catégories (hôpitaux aigus, hôpitaux pour traitements de longue durée de malades physiques, cliniques psychiatriques et autres hôpitaux).

Les statistiques du numéro de novembre sont classées en cinq groupes:

- statistiques brèves dans le texte introductif, portant notamment sur le volume des relevés;
- données administratives et économiques générales [en fonction des types d'hôpitaux]:
 - lits, patients, (par groupes spécialisés);
 - journées d'hospitalisation (par groupes spécialisés);
 - occupation des lits, durée des séjours;
 - effectif du personnel;
- statistique comptable [selon les types d'hôpitaux]:
 - total des charges et recettes d'exploitation en francs, en pourcentage, par journée d'hospitalisation, par cas;
 - résultat d'exploitation par journée d'hospitalisation et par cas;

Paramètres	Hôpital	Principaux centres de coûts
RESSOURCES		
• type et mission de l'établissement	x	
• spécialités méd. disponibles	x(n)	x(n)
• effectif du pers. (selon cat. de pers.)	n	
• système de médecin	x	
• lits	n	n
• équipements médico-tech.	x	
PRESTATIONS		
• cas (adm. /transf./ sorties)	n	n
• jours d'hospitalisation	n	(n)
• services médico-tech. (hosp.+ amb.)	(pts)	
• possibilités de formation	(Fr)	
FINANCES		
• charges (cat. pers. /cat.mat.)	Fr	
• charges (expl. /tot. par ctre cts)	Fr	(Fr)
• recettes (taxes, subv. couv.déf.)	Fr	
• bilan	(Fr)	

Détail des paramètres recueillis dans la statistique administrative actuelle

Légende

x énumération des noms

n nombre

Fr montant

(pts) points

(..) uniquement pour les établissements ayant une comptabilité analytique

- couverture du déficit au total et par journée d'hospitalisation;
- évolution générale depuis 1987 (non subdivisée par types d'hôpitaux): lits, patients, journées d'hospitalisation, occupation des lits; charges, recettes et déficit d'exploitation, coûts en personnel au total, par cas et par journée d'hospitalisation;

- statistique du personnel [selon les types d'hôpitaux]:
 - effectif du personnel au total et par lit de patient (selon catégories de personnel);

- données par discipline spécialisée (groupe spécialisé) [uniquement pour les hôpitaux aigus; selon les types d'hôpitaux]:
 - données de base des hôpitaux considérés (lits, journées d'hospitalisation, patients);
 - durées de séjour par hospitalisation (sans tenir compte des transferts internes) et par groupe spécialisé (selon les groupes spécialisés);
 - occupation des lits (selon les groupes spécialisés).

c) Analyse

Pour l'analyse, on définit le plus souvent des indices à partir de deux paramètres qui sont généralement regroupés selon les types d'hôpitaux.

Dénominateurs	Ressources	Prestations	Coûts
Payeurs			
Ressources	Eff. pers. / lit	Durée de séjour moyen	
Prestations	Occupation des lits	Coûts / jour d'hosp.	Coûts pers. / coûts totaux
Coûts		Coûts /cas Couv. déf. / jour	Coûts mat. / coûts totaux

Pour calculer la durée du séjour, on divise le nombre de journées d'hospitalisation comptabilisées par le nombre de séjours, ces derniers étant calculés comme étant la somme des sorties et des transferts internes⁹⁹. Ce mode de calcul ne devrait pas être utilisé pour les

⁹⁹. VESKA (Stat.adm.92): 6+7.

patients en long séjour, car la somme des sorties dans un établissement médico-social peut différer du nombre des patients pris en charge. En cas de fluctuation légère des sorties au fil des ans, les durées de séjour pourraient dès lors présenter une forte divergence. C'est pourquoi certains établissements médico-sociaux ne prennent en compte les durées de séjour totales que pour les patients qui sont sortis pendant l'année analysée.

d) Valeur descriptive des paramètres disponibles

L'effectif du personnel et le nombre de lits font partie des ressources de l'hôpital.

Le nombre d'admissions et le nombre de journées d'hospitalisation reflètent les prestations fournies, mais de façon très imprécise. Le nombre d'admissions est plutôt déterminé par les caractéristiques des patients (problèmes des patients et buts des traitements), alors que les journées d'hospitalisation en soins aigus dépendent davantage des caractéristiques des traitements (types de traitement choisis; directives en vigueur dans l'hôpital).

Les journées d'hospitalisation dans le secteur longue durée sont aussi étroitement liées à l'état de santé général du patient.

Les corrélations entre les paramètres disponibles et les paramètres de classification souhaitables sont peu claires, ce qui limite considérablement leur valeur descriptive.

		Ressources	Demande		Fourniture de prestations	
		Res- sources	Prob. des pat.	Buts des trait.	Type de trait.	Procé- dures
Personnel	Médecins	XX				
	Soins	XX				
	Autres	X				
Lits	Aigu	XX				
	Longue durée	XX				
Admission	Aigu, urgence		XX	X	--	
	Aigu, prévu		X	XX	--	
	Longue durée		XX	X	--	
Jours d'hosp.	Aigu		X	X	XX	XX
	Longue durée		XX	XX	XX	XX

e) Quelques problèmes posés par l'analyse actuelle

- Le classement des hôpitaux par types (par exemple, les hôpitaux généraux sont classés selon le nombre de lits), largement indépendant des divisions spécialisées existantes, regroupe parfois des hôpitaux non comparables.
- On est obligé de classer arbitrairement dans une catégorie les établissements mixtes (par exemple hôpital aigu avec home pour malades) qui ne tiennent pas une comptabilité séparée.
- Les hôpitaux fonctionnant selon le système des médecins privés agréés ont des structures de coûts différentes mais ne sont pas pris en considération séparément.
- La définition du cas pour les patients (longue durée) ambulatoires, gériatriques ou chroniques est insuffisante, voire inexistante.
- Les journées d'hospitalisation peuvent être une mesure de la complexité du cas, mais aussi du manque d'efficacité du traitement.
- Les cas aigus sont aussi bien une mesure de la demande (qui détermine la fourniture de prestations) qu'une mesure de la prestation fournie.
- Les coûts de l'hôpital ne correspondent pas aux coûts du traitement hospitalier, car ces derniers devraient aussi inclure les prestations des médecins privés agréés.
- On ne relève pas, ou seulement en partie, les coûts de l'utilisation des installations (amortissement des investissements). Dans les hôpitaux publics, la comptabilisation des coûts est le plus souvent distincte pour l'exploitation et pour les investissements, ce qui rend ce relevé difficile, voire impossible.
- La statistique VESKA facilite-t-elle à l'administrateur hospitalier l'évaluation de son hôpital? Comment doit-il procéder à cet égard?

2. Amélioration de la formulation du modèle

a) Buts

Une meilleure structuration des données devrait permettre de décrire plus clairement le modèle.

b) Distinction entre les données structurelles et celles relatives aux coûts et aux prestations

Lors de la saisie et du stockage des données, il est utile de bien distinguer entre:

- données structurelles et
- données relatives aux coûts et aux prestations

Les *données structurelles* sont constituées par les ressources existantes. Elles sont des valeurs de référence lors de l'évaluation des prestations et des coûts. Elles constituent aussi la base de la typologie hospitalière.

Les *données relatives aux coûts et aux prestations* décrivent les prestations fournies, les coûts générés et les recettes encaissées.

c) Niveaux de relevé

On peut relever les données au niveau de l'hôpital, de la division spécialisée (groupes ou domaines spécialisés) ou par cas.

Niveau de relevés Type de données	Hôpital division spécialisée	Cas individuel	saisi / prévu dans:
Données structurelles	Statistique administrative	Données médicales du cas	SMV + RSS
Données de coûts et de prestations	Statistique administrative	Données médicales du cas	SMV + RSS
		Durée de séjour du cas	SMV + RSS
		Montant des factures du cas	RSS (prix) ¹⁰⁰
		Coût du cas	RSS (coûts)

¹⁰⁰. Les montants des factures ne figurent pas dans le projet de MDS de l'UE, voir Bundesminister für Gesundheit (Ministère allemand de la santé) (Diagnosenstatistik): 201.

3. Analyses supplémentaires des données actuelles

a) Buts

Les buts d'une analyse élargie des données actuelles et les solutions envisageables sont les suivants:

But	Solution envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'indices (un peu) mieux adaptés à la comparaison des frais d'exploitation • Typologie hospitalière plus fine comme base d'extrapolations • Meilleure connaissance de la composition de la couverture des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Indices supplémentaires • Modèle de base PP/PR • Inclusion du nombre et de la dénomination des groupes spécialisés • Mix des ressources (MR) • Nouveau regroupement des données relatives à la couverture des coûts

N.B.: un chapitre du présent ouvrage est consacré à la question de la couverture des coûts.

b) Indices supplémentaires avec deux paramètres

Il apparaît que les données existantes permettent de formuler, outre les indices déjà calculés (voir page 55), toute une série d'autres valeurs intéressantes. Comme chaque indice ne permet d'éclairer qu'un aspect partiel, il me semble essentiel de mettre les chiffres en relation les uns avec les autres, par exemple sous forme de représentation graphique (voir ci-dessous).

On trouvera ci-après une série de nouveaux indices. En l'occurrence, les valeurs faibles sont à considérer comme de bonnes valeurs. Toutefois, ceci ne s'applique pas aux données relatives aux structures; ces dernières ont un caractère informatif.

Remarques: on entend ici par 'aigu' les traitements aigus généraux, c'est-à-dire à l'exclusion des cas psychiatriques et gériatriques aigus. Si les effectifs en personnel sont pris en considération comme valeurs de référence, on pourrait aussi les pondérer, par exemple sur la base des salaires moyens par groupe de personnel conformément au barème des rémunérations.

Critère d'évaluation		Formule	Description
Structures	Ressources	+ Lu/L v P/L v Ps/l + Ps/Pm	Proportion de lits aigus Personnel par lit Personnel soignant par lit Personnel soignant par médecin
	Prestations Coûts	+ JHu/JH v Kp/K + Kp/P	Proportion de jours d'hosp. aigus Proportion des frais de personnel Frais de personnel / collaborateur
(Complexité)	Prestations	+ JHu/Cu v (JH/C)	Durée de séjour aigu moyenne (Durée de séjour moyenne)
Utilisation des ressources	Personnel	(v) JPs/JH + JPm/JH + JPs/C + JPm/C	Jours de personnel soignant par jour d'hosp. Jours de médecins par jour d'hosp. Jours de personnel soignant par cas Jours de médecins par cas
	Lits	+ JLu/JHu + JLa/JHa i JL/JH	Jours de lits aigus par jour d'hosp. aigu Autres jours de lits / autres jours d'hosp. Jours de lits par jour d'hospitalisation
Caractère économique	Coûts	v K/JH v K/C v (K/L)	Coûts par jour d'hospitalisation Coûts par cas (Coûts par lit)
	Recettes	(v) D/K	Déficit en % des coûts

Il serait possible de représenter l'ensemble de ces indices lors de l'analyse d'hôpitaux pris individuellement.

Dans les deux analyses ci-dessous, les indices des hôpitaux sont représentés sur un même graphique. Ils se rapportent aux valeurs moyennes de tous les hôpitaux (37 hôpitaux suisses de taille petite à moyenne). Ce type de graphique montre clairement dans quels domaines l'hôpital s'écarte des valeurs moyennes.

Remarque: l'hôpital AK fonctionne selon le système des médecins privés agréés, ce qui se reflète clairement dans la valeur Ps/Pm (personnel soignant par médecin; troisième barre à partir de la gauche).

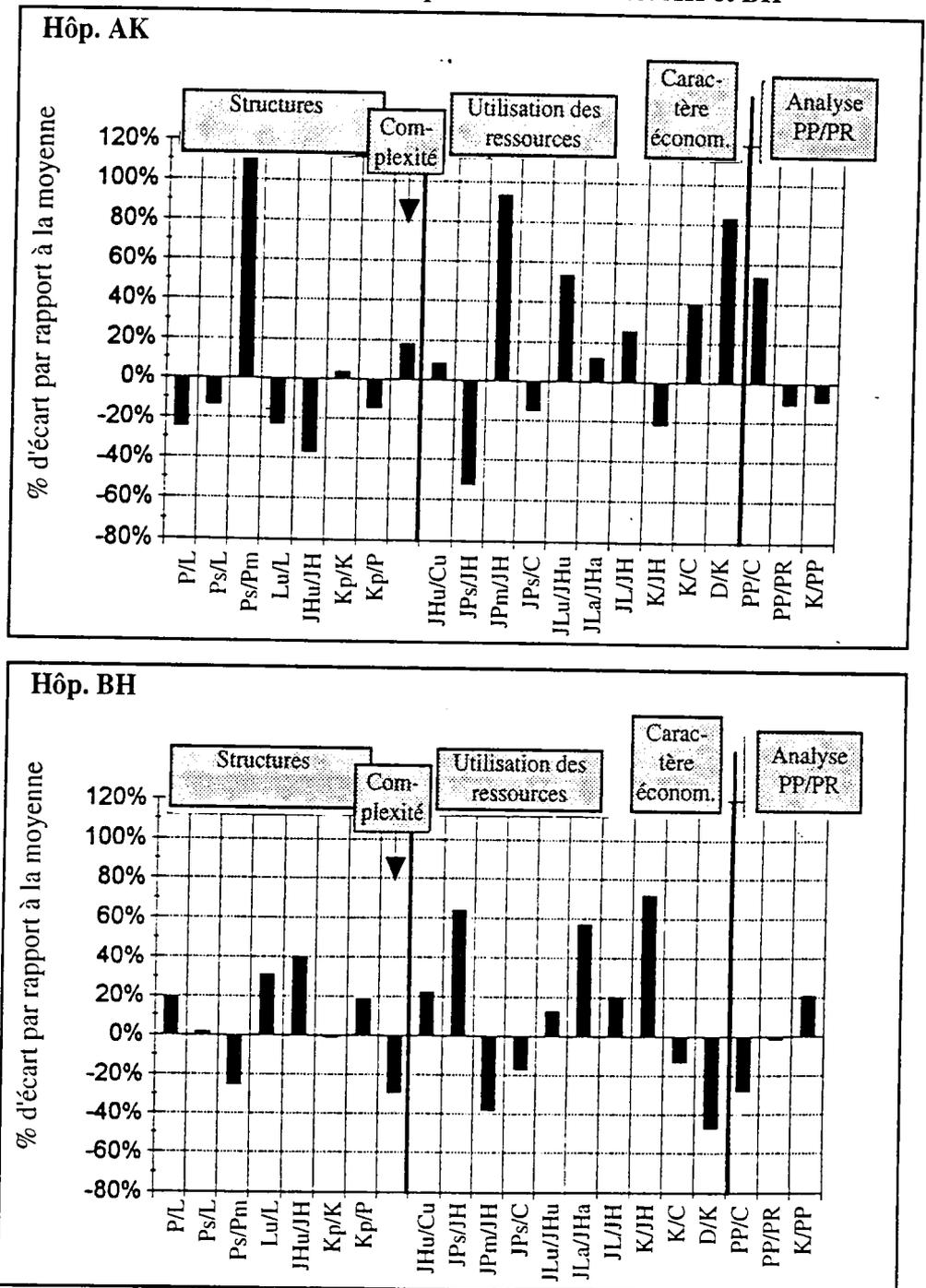
On ne peut analyser selon cette méthode que des hôpitaux de taille comparable (même groupe de types d'hôpitaux).

L'interprétation de ces graphiques pose le problème de la distinction insuffisante entre les soins "aigus" et "autres". En particulier, les collaborateurs et les coûts ne sont pas subdivisés.

Légende

- + nouvel indice
- v indice actuellement calculé
- i actuellement sous forme de valeur réciproque

Fig. 7: Graphique d'indices avec deux paramètres pour deux hôpitaux sélectionnés: AK et BH



INDICES 1992

**c) Indices sur la base de combinaisons de paramètres:
le modèle PP/PR (modèle de base)**

On peut pondérer les ressources disponibles et les prestations fournies et les additionner séparément (le modèle brièvement décrit ci-dessous est exposé plus en détail en annexe).

(1) Points de ressources (PR)

Sur la base des chiffres actuels, on peut évaluer les ressources en pondérant les collaborateurs et les lits, ces derniers devant être au moins subdivisés en lits aigus et autres. Une possibilité consiste à pondérer les collaborateurs sur la base des frais de personnel par collaborateur et les lits sur la base des frais de matériel par lit.

Variable	Base possible de pondération
Collaborateurs	Frais de personnel par collaborateur
Lits	Frais de matériel par lit

Une réflexion et des calculs supplémentaires sont nécessaires si l'on veut assurer une base statistique plus solide aux paramètres de pondération.

Signalons à titre d'exemple que la pondération présentée ci-dessous, élaborée sur la base des données des 37 hôpitaux suisses, a donné une corrélation entre points de ressources et frais d'exploitation de $r^2 = 96\%$.

Variable	Pondération	Corrélation
Collaborateurs	86	
Lits aigus	51	Coûts <-> PR
Autres lits	8	$r^2 = 96\%$

Exemple de pondération des ressources

(2) Points de prestation (PP)

Pour définir la prestation fournie, on peut subdiviser les cas et les journées d'hospitalisation selon les cas aigus et les autres cas. Eventuellement, les cas ambulatoires pourraient être pondérés séparément. Ceci n'est toutefois pas possible actuellement car on ne dispose pas d'une définition uniforme de la notion de "cas ambulatoire".

Les coefficients de pondération peuvent être calculés par régression ou sur la base de valeurs estimées. On trouvera ci-dessous deux exemples se rapportant aux 37 hôpitaux suisses.

Exemples de pondération des prestations

Variable	Pondération Régression	Estimation
Cas aigus	2870	2800
Jours aigus	510	400
Cas ambulatoires	--	500
Autres cas	--	600
Autres jours	200	200
Corrélation PP <-> Coûts	96%	96%

(3) Indices du modèle de base PP/PR

Ces nouveaux chiffres permettent de constituer de nouveaux indices, notamment:

Dénominateurs	Ressources	Prestations	Coûts
Payeurs			
Ressources	PR / médecin	PR / cas	
Prestations	PP / PR	PP / cas	
Coûts	Coûts / PR	Coûts / PP	

Productivité

La valeur PP / PR (points de prestation par point de ressources) est une mesure de la productivité. Elle constitue une extension de la valeur "utilisation des lits": pour obtenir cette dernière, on met en rapport les jours d'hospitalisation comme prestations et la capacité en lits comme ressource. Dans le calcul de la valeur "PP / PR", on tient compte des prestations fournies en jours d'hospitalisation et en cas, et on prend en considération les ressources sous forme de capacité en lits et d'effectif du personnel.

Caractère économique

La valeur coûts / PP donne une indication du caractère économique. Elle combine les valeurs actuelles coûts/jour d'hospitalisation et coûts/cas.

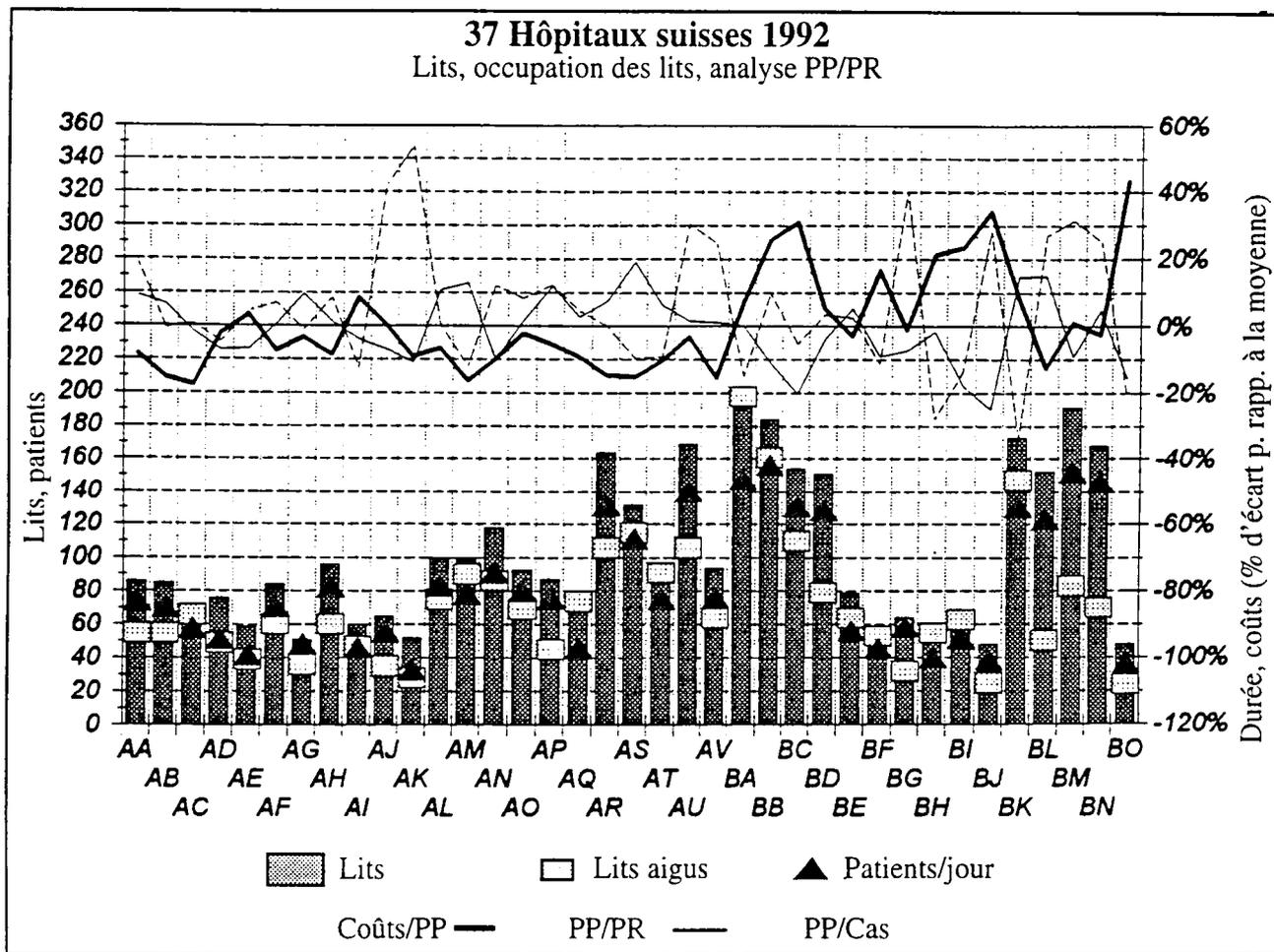
(Complexité de l'éventail des patients)

La valeur PP / cas correspond à la durée de séjour et peut - faute de mieux - être utilisée comme indicateur provisoire de la complexité de l'éventail des cas. Remarque: au lieu de cette valeur, il est beaucoup plus judicieux de considérer la charge financière moyenne de l'ensemble des patients. A ce sujet, voir plus loin les propositions d'inclusion de données médicales.

La question se pose de savoir si les pondérations proposées pour les prestations et les ressources doivent être différentes selon le type d'hôpital.

*Pondérations
par type d'hôpital?*

Fig. 8: Analyse PP/PR de 37 hôpitaux suisses



Remarque concernant le graphique: la position de la valeur "patients/jour" sur la barre du nombre de lits correspond à l'occupation des lits.

101. Voir à cet égard aussi une proposition allant dans le même sens dans Kleiber (Rapport final): 13.

d) Typologies hospitalières

On pourrait retenir les critères suivants pour la constitution de types d'hôpitaux:

- nombre ou dénomination des groupes médicaux spécialisés et des domaines spécialisés qui y sont inclus¹⁰¹;
- distinction des domaines aigu, gériatrique et longue durée, de la psychiatrie et de la réadaptation;
- système de médecin (par domaine spécialisé): médecin-chef ou médecins privés agréés;
- installations existantes (équipements médico-techniques) ou offre de prestations spéciales;
- service d'urgence oui/non ou taille;
- enseignement + recherche: oui/non ou nombre de postes de formation.

(1) Proposition de typologie hospitalière émanant du canton de Vaud

Une liste des typologies des établissements de la santé publique a été élaborée dans le canton de Vaud¹⁰². Cette liste, tenue par le SCRIS, a été établie dans un premier temps pour les hôpitaux publics, les centres de réadaptation, les cliniques privées, les établissements médico-sociaux, les homes pour personnes âgées, les services de soins à domicile et les établissements psychiatriques.

La structure des données est hiérarchique et présente les niveaux suivants:

- unité juridique (organisme tuteur);
- unité administrative (établissement ayant un budget);
- sous-unité administrative (ayant sa propre adresse);
- division (centre d'activité).

Toutefois, le document de Meyer/Eggli ne définit pas une typologie véritable mais simplement une nomenclature "dont le but est de constituer des classes s'excluant mutuellement et couvrant l'ensemble de la santé publique". Cette nomenclature comprend par exemple aussi les drogueries, les orthopédistes et certains services techniques¹⁰³.

(2) La typologie hospitalière du WIdO

En Allemagne, le WIdO (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen AOK = institut scientifique des caisses-maladie de droit public) a mis au point une typologie détaillée pour quelque 2000 hôpitaux. Ses critères de classement primaires sont les suivants¹⁰⁴:

102. Meyer/Eggli (Liste + Typologie).

103. Meyer/Eggli (Liste + Typologie): 17.

104. Arnold/Paffrath (KH-Report 93): 167 ss.

- nombre de divisions spécialisées dirigées par des professionnels à plein temps;
- spécialités des divisions;
- distinction entre les divisions spécialisées gérées par des médecins privés agréés et celles non autonomes du point de vue de l'organisation.

En outre, on subdivise dans une certaine mesure en fonction des critères suivants:

- proportion de lits gérés par des médecins privés agréés;
- taille de l'établissement.

Quelques 65 groupes ont ainsi été constitués pour l'année 1990.

(3) Typologie hospitalière fondée sur les groupes spécialisés

Une typologie hospitalière fondée sur le nombre ou la dénomination des groupes spécialisés constitue une première différenciation de la classification actuelle selon le type d'hôpital (et le nombre de lits pour les hôpitaux généraux).

Si l'on utilise le modèle de base PP/PR, elle peut servir à déterminer des indices de référence pour la comparaison des frais d'exploitation. Deux approches sont possibles:

- pondérations différentes pour les points de prestation et de ressources selon le type d'hôpital;
- pondération uniforme; valeurs de référence différentes pour l'évaluation des indices selon le type d'hôpital.

Des recherches statistiques supplémentaires seront nécessaires pour déterminer si la deuxième approche est suffisante ou si la première devrait être choisie. Les premiers calculs semblaient indiquer que la deuxième approche ne suffisait pas pour le modèle PP/PR simple (voir annexe). En cas d'élargissement du modèle et d'utilisation de modèles CM/MR¹⁰⁵, il est concevable que la deuxième approche (plus simple) puisse être retenue.

D'autres documents proposent l'élaboration d'une typologie hospitalière sur la base de groupes spécialisés, notamment le Rapport final (Kleiber) de 1986¹⁰⁶ et la Conception générale de la CSSS¹⁰⁷. Dans la typologie du WIdO présentée ci-dessus, les subdivisions sont aussi effectuées en premier lieu selon les groupes spécialisés.

¹⁰⁵. Voir p. 101

¹⁰⁶. Kleiber (Rapport final): 12 s. + Annexe III: 8.

¹⁰⁷. CSSS (Conception générale): 11 ss.

*Fichier des données
structurelles*

Ce genre de typologie hospitalière nécessite la tenue d'un fichier des données structurelles des hôpitaux ("fichier des structures hospitalières").

Les données nécessaires à cet égard - dans un premier temps - sont déjà récoltées dans le cadre de la statistique administrative. Il n'y aurait donc pas de charges supplémentaires dans le domaine de la saisie¹⁰⁸. La typologie - à l'instar de celle du WIdO - pourrait se fonder sur des combinaisons de groupes ou domaines spécialisés fréquemment observés.

(4) Typologie hospitalière fondée sur les points de ressources

Dans les typologies examinées jusqu'à présent, on réalise la classification à partir de la constitution de groupes. On peut toutefois envisager une démarche différente, à savoir le calcul d'index ou scores. Il serait possible d'utiliser comme valeur les points de ressources (PR), soit directement, soit comme valeur scalaire, soit subdivisés en classes correspondant aux différents ordres de grandeur des hôpitaux.

La valeur PR de base comprend les lits et l'effectif du personnel.

En outre, il faudrait aussi pondérer les principales dénominations des divisions spécialisées et le nombre des domaines spécialisés. N.B.: ces données existent (voir ci-dessus) mais elles ne sont pas analysées dans la statistique actuelle. En raison du manque de données et de temps, je n'ai pas encore effectué les calculs correspondants.

En outre, le mix des ressources, qui présente un reflet plus complet des ressources (voir plus loin), serait plus approprié comme index de classement des hôpitaux en vue d'une typologie.

Les points de ressources ou le mix des ressources peuvent être utilisés en complément ou en remplacement d'une typologie hospitalière:

- en complément: pour positionner un hôpital donné au sein du type hospitalier qui lui correspond;
- en remplacement: les indices sont calculés directement sur la base de la valeur PR.

¹⁰⁸. Dans le système actuel, on saisit les données suivantes (voir les pages "mission" et "organisation" du questionnaire):

• mission première de l'établissement, • dénomination des cliniques/divisions autonomes (p.ex. chirurgie, orthopédie, pneumologie, etc.); • domaines spécialisés dans lesquels des prestations sont régulièrement fournies sans qu'il existe pour autant de division spécialisée correspondante.

**e) Le modèle de la Commission technique de la taxe hospitalière
CDS/CTM/VESKA**

La CDS, la CTM et la VESKA¹⁰⁹ sont en train d'élaborer en commun un modèle d'analyse du caractère économique. Il semble que ces organismes aient notamment réalisé des calculs par régression en utilisant comme variable dépendante les coûts par cas ainsi que les durées de séjour. Les variables indépendantes utilisées dans le modèle seraient les structures des âges (proportion des plus de 45 ans), par exemple, mais aussi des données médicales comme le nombre de naissances.

Concernant les coûts, on aurait analysé, outre la répartition des coûts entre frais de personnel et frais de matériel, la ventilation de la comptabilité analytique.

Malheureusement, au moment où je rédige le présent rapport je n'ai pas reçu davantage de précisions quant à ce modèle. Il devrait en tout état de cause être inclus dans la discussion et comparé à mes propositions.

**4. Extension des données de base et de la
base de données de la statistique administrative****a) But**

But	Solutions envisageables
<i>Utilisation comme instrument de gestion:</i> <ul style="list-style-type: none"> • calcul correct du degré de couverture des coûts; • indices différenciés pour la comparaison des frais d'exploitation; • différenciation plus poussée de la typologie hospitalière comme base de la planification hospitalière, des mandats et des négociations tarifaires; • inclusion de tous les établissements pour la comparaison des frais d'exploitation. 	<ul style="list-style-type: none"> • inclusion des frais d'investissement; • modèle PP/PR élargi; • inclusion d'autres variables des ressources; définition d'un mix des ressources; • relevé exhaustif.
<i>Buts statistiques également atteints par ce moyen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • extrapolations plus fines; • disparition du besoin d'extrapoler. 	<ul style="list-style-type: none"> • inclusion d'autres variables des ressources pour la typologie hospitalière; • relevé exhaustif.

Remarque: le lecteur trouvera plus loin un chapitre consacré au calcul du degré de couverture des coûts (voir page 116).

109. Voir Bapst (Spitaltaxpolitik).

b) Modèles PP/PR et PP/MR élargis

On peut envisager deux orientations pour élargir le modèle PP/PR:

- subdivision plus poussée selon des aspects médicaux ou autres; par exemple, subdivision selon les groupes médicaux spécialisés;
- prise en considération d'autres paramètres.

(1) Différenciation des points de prestation

On peut affiner la définition des points de prestation en *saisissant les cas et jours d'hospitalisation par groupe médical spécialisé*. Il serait ainsi possible de pondérer différemment les cas et les jours d'hospitalisation par groupe spécialisé. Cela semble particulièrement judicieux dans la perspective de la création éventuelle de *forfaits liés aux divisions* (forfaits journaliers ou par cas). N.B.: actuellement, les cas et les jours d'hospitalisation des hôpitaux qui remplissent l'annexe "Comptabilité analytique" sont déjà rassemblés selon les groupes spécialisés.

On pourrait subdiviser les jours d'hospitalisation et les cas selon que les patients sont traités dans le système des médecins privés agréés ou non.

Si l'on inclut d'autres paramètres, il faut considérer en premier lieu des données médicales. Ainsi, les points de prestation sont élargis et deviennent un "case-mix".

(2) Des points de ressources au mix des ressources

On peut améliorer les points de ressources en *saisissant les lits et l'effectif du personnel par groupe médical spécialisé* (ou mieux encore par domaine spécialisé).

On pourrait ainsi pondérer différemment les lits et le personnel par groupe spécialisé.

La saisie des lits par groupes spécialisés est déjà effectuée régulièrement. Toutefois, actuellement l'effectif en personnel est considéré pour l'ensemble de l'hôpital et non pas déterminé par groupe spécialisé - pas même dans l'annexe du formulaire. Il est difficile de réaliser cette répartition, car le personnel n'est pas partout rattaché à une division.

*

Tout comme l'on a défini un "case-mix", on peut, par inclusion d'autres paramètres, constituer un "mix des ressources" (MR). Ce dernier reflète l'éventail des ressources disponibles.

Le mix des ressources peut inclure:

- le personnel, selon les qualifications ou catégories;
- les lits, subdivisés selon le type (aigu, gériatrique, longue durée, clinique de jour, urgence, soins intensifs, réanimation, dialyse, etc.; proportion de lits gérés par des médecins privés agréés);
- autres installations, par exemple nombre de salles d'opération et de salles d'accouchement¹¹⁰;
- équipement technique, par exemple appareils spéciaux comme scanographe etc.;
- prestations particulières, par exemple service des urgences, pathologie...
- postes de formation;
- éventuellement aussi situation financière, capital investi.

Actuellement, les données relatives au personnel par catégories de personnel ne sont encore saisies qu'au niveau de l'hôpital; elles devraient être subdivisées par groupes spécialisés.

c) Exhaustivité de la saisie des données

(1) Exhaustivité selon les formes d'organisation

D'une part, l'exhaustivité signifie que tous les hôpitaux - publics et privés - devraient être inclus.

Selon Kleiber¹¹¹, on doit comprendre par établissements hospitaliers les "établissements sanitaires qui assurent des traitements à demeure". La CSSS a repris sa définition sous la forme suivante: "Un hôpital est un établissement qui accueille des patients pour des examens, des traitements et des soins médicaux intra-muros. Ces soins doivent être continus et dispensés par un personnel formé, sous la surveillance d'un médecin; l'établissement doit être en activité 24 heures sur 24."¹¹²

110. Ceci a été prévu selon Kleiber (Rapport final): annexe III: 2.

111. Kleiber (Rapport final): 11.

112. CSSS (Conception générale): 12.

(2) Exhaustivité selon les types de données

D'autre part, la saisie exhaustive peut porter sur différents types de données qu'il convient de distinguer:

- (1) données structurelles;
- (2) données relatives aux coûts et aux prestations de la statistique administrative;
- (3) données médicales;
- (4) données relatives aux coûts et aux prestations du RSS.

Pour établir des extrapolations valables, il faudrait saisir l'intégralité des données structurelles.

Toutefois, il faudrait aussi relever le plus tôt possible dans tous les établissements, au moins selon le système actuel, les données relatives aux coûts et aux prestations de la statistique administrative - notamment dans le secteur aigu. Ce n'est qu'à cette condition qu'il sera possible de procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux¹¹³.

A propos de l'exhaustivité selon les points (3) et (4), voir les chapitres correspondants ci-après.

(3) Regroupement selon les groupes spécialisés

En outre, la saisie des données devrait non seulement se rapporter à l'hôpital, mais aussi au niveau de la division. A cette fin, il conviendrait de tenir une comptabilité analytique qui puisse donner les chiffres destinés à l'annexe du formulaire de la statistique administrative: il faudrait mettre en pratique partout la comptabilité analytique de la VESKA¹¹⁴, comme le prévoit la LAMaI¹¹⁵. Toutefois, cela demandera encore quelques efforts de la part des hôpitaux.

Une saisie par division permet aussi de mieux différencier les données relatives aux domaines suivants:

- aigu;
- psychiatrique;
- gériatrique;
- longue durée;
- éventuellement prévention et réadaptation.

113. La comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux est prévue par la LAMaI 49.⁷.

114. VESKA (CA).

115. LAMaI 49.⁶.

J. PROPOSITIONS DE MESURES VISANT A AMELIORER LA STATISTIQUE MEDICALE DE LA VESKA (SMV)

1. Aperçu des données disponibles

Pour établir la SMV, on recense les données de cas individuelles des hôpitaux de soins aigus, à savoir en particulier:

- les diagnostics et opérations (CIM-9 et codes opératoires de la VESKA);
- la durée du séjour (dates d'admission et de sortie);
- le type d'admission (normale/cas d'urgence/consultation).

Remarque: ce type de grille correspond au "Minimum Basic Data Set" proposé par la Communauté européenne en 1981¹¹⁶.

Les données sont compilées dans une statistique annuelle destinée essentiellement à calculer, pour l'ensemble des patients et pour divers groupes classés en fonction de l'âge et du sexe, le nombre de cas et la durée de séjour relatifs aux types de diagnostics et d'opérations.

2. Autres utilisations possibles des données actuelles

a) Buts

But	Solutions envisagées
<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison de l'activité opératoire entre différents fournisseurs de prestations • Comparaison et pondération de l'éventail des patients • Contrôle des mandats 	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination de la fréquence des opérations en fonction du diagnostic • Pondération sur la base du modèle GPS ou d'autres modèles • Analyse de la SMV par groupes de diagnostics ou d'opérations conformément aux mandats

¹¹⁶. A lire entre autres dans: Bundesminister für Gesundheit (Ministère allemand de la santé) (Diagnosenstatistik): 201.

b) Détermination de la fréquence des opérations

Il serait possible de déterminer la fréquence moyenne des opérations en se référant aux diagnostics principaux. Ces valeurs moyennes permettraient d'établir des comparaisons entre les différents types d'hôpitaux et entre les établissements eux-mêmes¹¹⁷.

c) Pondération de l'éventail des patients (case-mix): le modèle GPS

Actuellement, le modèle GPS (Groupe de patients par groupes spécialisés) répartit les données recueillies en 84 catégories de patients sur la base de la grille présentée ci-dessous¹¹⁸.

<i>Problèmes Types de traitement</i>	<i>Charges attendues Complexité</i>	<i>Groupes spécialisés (postes principaux)</i>
Diagnostic	faible moyenne importante	CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC
Opérations	aucune faible moyenne importante	CATÉGORIES DE TRAITEMENT

Sont définis comme groupes spécialisés: la médecine, la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, la gériatrie. Cette classification est celle qui est retenue pour le questionnaire de la statistique administrative.

Sur la base des 7 groupes spécialisés comprenant

chacun 3 groupes de diagnostics, on obtient 21 catégories de diagnostics qui se subdivisent en un maximum de 4 groupes d'opérations. D'où un plafond de 84 catégories de traitement.

Le GPS vu comme un modèle de PCS à deux niveaux

Ce modèle peut être utilisé comme système de classification des patients à deux niveaux: on peut définir et comparer les case-mixes sous l'angle des catégories de diagnostic ("mix des patients") et des catégories de traitement ("mix des prestations").

En intégrant la durée du séjour - déjà disponible - en tant qu'indicateur de coût, on peut procéder au calcul du case-mix (dans le modèle des DRG, la pondération des coûts se fonde aussi sur la durée du séjour; on constate donc que l'idée ne va pas à contre-courant: pour imparfaite qu'elle soit, il faut voir en elle un point de départ).

117. Ce qui correspondrait à une modification de l'analyse déjà exploitée du dénombrement des combinaisons Dg/Op; voir VESKA (MSV/Auswertungen +): 3 + annexes 1a + 1b.

118. Une description plus précise se trouve dans l'annexe du présent ouvrage à partir de la page 142.

d) Autres pondérations

La conversion des données relatives aux diagnostics et aux opérations en DRG et la pondération des cas en recourant aux systèmes américain ou vaudois constitue une variante du procédé présenté ci-dessus¹¹⁹. A cet effet, un système de transcodage a été mis au point à Lausanne (voir page 96)¹²⁰.

Les coefficients de coûts vaudois se rapportent à des GPH (Groupes de patients hospitalisés¹²¹). Ces derniers se fondent sur les DRG, et rassemblent des groupes comportant un nombre trop restreint de cas.

Les cantons de Zurich¹²² et du Valais¹²³ testent actuellement des pondérations sur le modèle américain, le second recourant par ailleurs aussi au système vaudois. Il convient de se pencher sur les hôpitaux dont le coefficient moyen de coûts est élevé, ainsi que d'examiner dans quelle mesure cette valeur rapportée aux cas correspond au mandat de l'hôpital en question. Ou, présenté autrement: il est éventuellement possible de fixer une certaine fourchette de coût moyen par cas en fonction du type d'hôpital.

e) Contrôle des mandats

En définissant les mandats selon les diagnostics à traiter ou selon les traitements à mettre en oeuvre ou exécutables, il est possible de contrôler s'ils sont respectés sur la base des données de la SMV.

Pour ce faire, diagnostics et opérations devraient être regroupés conformément aux catégories prévues dans le mandat.

119. Eggl/Paccaud (Pertinence). Voir aussi Paccaud/Schenker (DRG), en particulier les pages 63-118 et 165-197. Cette pondération se fonde sur les données de 8 hôpitaux.

120. Ces programmes de transcodage ont aussi été utilisés pour des évaluations avec le programme de simulation pour la planification hospitalière SIMULIT Paccaud/Schenker (DRG): 189 ss; ils se fondent sur les données de la statistique médicale de la VESKA.

121. Voir Fekete/Beroud/Eggl (GPH).

122. Information de M. Plüss, Direction de la santé publique du canton de Zurich, en date des 22.11.93 et 13.12.93.

123. Selon information de J.C. Rey, ISP Lausanne, 31.1.94.

3. Extension des données de base et de la base de données de la SMV

a) Buts

But	Solutions envisagées
<ul style="list-style-type: none"> • Codage des diagnostics et opérations permettant une comparaison internationale • Prise en compte de l'influence des buts du traitement sur la charge par diagnostic • Extension de la base de données pour la recherche épidémiologique • Prise en compte d'informations sur la charge en soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de la CIM-9-CM, puis de la CIM-10 - Données sur le but du traitement - Relevé exhaustif? - Nombre de jours à l'unité des soins intensifs - Nombre de jours par catégories de soins? - Diagnostics infirmiers dans les EMS

b) Systèmes de codage pour les diagnostics et les opérations

Un débat sur le choix des systèmes de codage est actuellement en cours.

A cet égard, il convient une fois de plus de répéter que tout système de codage répond avec efficacité à la réalisation d'une tâche. On sait notamment que les systèmes unidimensionnels se prêtent bien à l'utilisation statistique (par exemple la CIM) alors que les systèmes multidimensionnels sont mieux adaptés aux travaux de recherche (par exemple SNOMED)¹²⁴.

La question du codage se pose aujourd'hui de façon particulièrement aiguë du fait que les systèmes de classification des patients prévoient généralement des regroupements sur la base de codes de diagnostics et d'opérations déjà existants. Or la Suisse ne peut influencer sur la mise au point de la majeure partie de ces systèmes.

Les systèmes américains se fondent sur la CIM-9-CM, à savoir la version américaine du code CIM-9, qui se distingue par un volume séparé pour les codes opératoires.

124. Voir aussi à ce sujet Fischer (KG/Struki).

Dans un avenir assez proche, il sera possible de recourir à la CIM-10¹²⁵. Les systèmes de groupement des PCS existants devraient pouvoir être adaptés à l'utilisation de ce nouveau code de sortie. Ainsi, pour ceux qui travaillent avec un PCS fondé sur la CIM-9, le passage à la CIM-10 ne devrait poser aucun problème¹²⁶.

*Diagnostics: CIM-9,
puis CIM-10*

La situation des codes opératoires est moins claire. L'Allemagne recourt à l'ICPM-GE (International Classification of Procedures in Medicine, German Extension adaptée de la version néerlandaise ICPM-DE). Ce codage est aussi disponible depuis le début de 1994¹²⁷.

Opérations: CIM-9-CM

Comme la CIM-9-CM est mise à jour annuellement et la CIM-10 ne comporte pas (encore) de codes pour les opérations (procédures), il serait possible d'utiliser cette dernière pour les diagnostics et le chapitre procédures de la première pour les opérations. Le seul problème, si l'on peut dire, c'est que la CIM-9-CM existe bien en version française et italienne, mais pas en version allemande. La CSSS s'est attelée à ce problème.

*

Un système de transcodage a été créé à Lausanne pour les codes actuellement utilisés en Suisse. Il permet de traduire la CIM-9 et les codes opératoires de la VESKA en CIM-9-CM, puis en DRG. En l'occurrence, le problème résiderait dans l'adaptation aux mises à jour annuelles de la CIM-9-CM et des DRG.

Systèmes de transcodage

c) Données relatives au but du traitement

Les moyens mobilisés peuvent varier considérablement en fonction du but du traitement. Aussi paraît-il nécessaire d'opérer pour le moins une distinction approximative.

125. Selon Spuhler (OFS): 14, la traduction allemande "pourra être publiée au début de 1994". Il s'agit dans un premier temps du volume 1, le répertoire systématique. Nécessaire pour le codage manuel et le codage assisté par ordinateur, le répertoire alphabétique, qui comprend notamment aussi des synonymes, nécessite toutefois davantage de temps.

126. En Suisse, la CIM-10 est déjà appliquée aux cliniques psychiatriques dans le cadre de la SMV depuis janvier 1994.

127. Fondation Friedrich-Wingert (ICPM-GE).

128. Paccaud/Schenker (DRG): 57-61, Egli/Grimm/Paccaud (VESKA ->ICD-9-CM), Grimm/Eggl/Paccaud (Grouper), Grimm/Eggl/Koehn (VESKA + DRG).

On peut, pour simplifier, retenir les buts thérapeutiques suivants:

- la prévention,
- le diagnostic,
- le traitement curatif,
- le traitement palliatif,
- la réadaptation.

Est qualifié de curatif le traitement qui vise à la guérison et de palliatif le traitement qui vise à adoucir la souffrance, à garantir, dans la mesure du possible, la qualité de la vie. Ce but se justifie lorsque la maladie (au stade avéré) est incurable ou lorsqu'il a la préférence du patient.

La distinction curatif-palliatif n'est pas absolue; les deux aspects pourraient éventuellement être rassemblés sous le titre "buts thérapeutiques".

d) Relevé exhaustif?

D'un point de vue épidémiologique, un relevé exhaustif des cas serait souhaitable.

Le descriptif du projet relatif à la SMV¹²⁹ comprend une liste énumérant quelques applications possibles d'une telle entreprise, notamment:

- la fréquence des maladies, par exemple diabète avec ou sans complications, classé selon l'âge, le sexe et le facteur géographique;
- les corrélations entre les maladies (par exemple infarctus du myocarde et goutte);
- la recherche de maladies relativement rares, sur des échantillons couvrant l'ensemble de la population suisse, dans l'optique de travaux scientifiques plus poussés.

Toutefois, ces mesures appelleraient par ailleurs une étude sur la façon dont ces données du secteur hospitalier pourraient être mises en relation et analysées avec celles du secteur ambulatoire.

e) Nombre de jours requérant des soins intensifs

Afin de coller de plus près au coût réel du traitement, il serait possible de classer les jours passés aux soins intensifs dans une catégorie à part.

129. VESKA (SMV): 17.

f) Nombre de jours par catégories de soins?

Il serait en outre opportun de subdiviser la durée du séjour en fonction des catégories de soins. Ce qui permettrait de dégager des valeurs de référence pour les charges occasionnées par les soins.

La prise en compte des moyens nécessaires aux soins par groupe médical de patients est capitale car, comme il ressort de ce qui précède, les diagnostics médicaux ne conditionnent qu'une part des exigences en matière de soins, à savoir essentiellement les soins techniques. En outre, des études ont montré que la dispersion des frais découlant des soins est considérable au sein même d'un DRG. Telle est la situation, quand bien même il est établi que la nécessité des soins est déterminante dans la décision d'exécuter un traitement en milieu hospitalier¹³⁰.

Le calcul des moyens mobilisés pour les soins dans le secteur des soins aigus fait actuellement l'objet d'un débat. Il existe aujourd'hui déjà un modèle à ces fins: le SEP-USZ¹³¹. En tout état de cause, il convient de ne pas sous-estimer le travail nécessaire au relevé quotidien des données de chaque patient.

En Allemagne, la PPR prévoit la saisie quotidienne de la charge en soins¹³².

g) Diagnostics et besoins en matière de soins pour les patients de longue durée

Etablir des diagnostics médicaux pour les patients séjournant en EMS et les autres patients de longue durée semble peu opportun lorsqu'il s'agit d'évaluer les coûts d'un EMS.

Les systèmes dont nous avons besoin doivent permettre de confronter la charge occasionnée par les soins ou, pour le moins, le besoin de soins au case-mix découlant des diagnostics infirmiers.

Le système RAI recueille les diagnostics infirmiers et d'autres données sur l'état du patient relevant du domaine des soins¹³³.

Le système BAK détermine le besoin de soins grâce à un procédé dit de scorage¹³⁴.

130. Voir par exemple à ce sujet Fosbinder (DRG/Pflege).

131. Maeder et al. (SEP-USZ). Voir ci-dessus page 46)

132. PPR = Pflegepersonalregelung des deutschen GSG (directive du personnel soignant, loi allemande sur la santé), article 13, 21.12.93. Pour une brève description de ce système, se reporter à la page 45.

133. Voir ci-dessus page 47.

134. VSA (BAK), Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés. Voir aussi la description succincte ci-dessus page 46.

K. COUPLAGE DES DONNEES RELATIVES AU DIAGNOSTIC ET DE CELLES RELATIVES AUX COÛTS

1. Objectifs

La mise en relation des données relatives au diagnostic avec celles relatives aux coûts constitue un élément essentiel dans l'évaluation de l'efficacité des prestations. En effet, deux case-mixes présentant des chiffres identiques pour les cas et les journées d'hospitalisation peuvent occasionner des frais très différents.

Aussi longtemps qu'on ne dit pas ce qui a réellement été fait (définition du produit) et qu'on se limite au "combien" (...de cas, de journées d'hospitalisation), on ne saurait raisonnablement être en mesure d'évaluer de façon adéquate le caractère économique des traitements prodigués.

En mettant en relation diagnostic et coûts, une comparaison peut se faire entre le traitement idéal et le traitement effectif. Toutefois, comme les secteurs de la médecine et des soins ne se limitent pas aux impératifs économiques, je préfère parler de "*comparaison entre une valeur de référence et le traitement observé*".

En tant que source de coûts, on peut regrouper les patients sur la base des diagnostics médicaux et infirmiers. Avec un système de comptabilisation structuré en conséquence, il est possible de déterminer les coûts réels par groupe et de les confronter aux coûts de référence calculés ou estimés pour chaque groupe.

Les coûts de référence ou, plus généralement, les coefficients de coûts sont destinés à diminuer les dépenses découlant du traitement des patients. Ils peuvent se calculer sur la base d'exemples concrets (RSS coûts ou calcul à posteriori de traitements types) ou sur celle des indicateurs de coûts (par exemple durée du séjour, à l'instar des DRG ou d'une évaluation du degré de complexité façon ICN; voir page 48).

Etablir un lien entre le diagnostic et les coûts devrait permettre:

au sein de l'hôpital

- de nuancer la répartition de la responsabilité des coûts;
- de déceler les cas occasionnant des frais surprenants et d'en débattre;
- de surveiller d'un oeil critique l'homogénéité des coûts au sein d'un groupe de patients;

à des fins externes

- d'établir des bases de tarification, par exemple pour le calcul de forfaits par cas;
- de procéder à des meilleures comparaisons des frais d'exploitation, pour, entre autres, identifier les intervenants tendant à surfacturer¹³⁵.

*

Arrivés à ce point, il convient une fois encore de souligner que dans les domaines de la psychiatrie, de la gériatrie et de la réadaptation en particulier, mais aussi dans les autres domaines médicaux, les diagnostics ne suffisent pas à constituer des groupes de patients pertinents du point de vue des coûts. *Les diagnostics médicaux ne sont pas les seuls facteurs déterminant les coûts.*

D'un point de vue médical, il serait important d'intégrer aussi

- le degré de gravité de la maladie et
- le but du traitement

tout en prenant aussi en compte

- les données relatives aux soins (voir page 36 ss).

Par ailleurs, il conviendrait d'opérer une distinction plus marquée que de coutume (à l'instar des systèmes DRG ou PMC) entre

- les *catégories de problèmes* (par exemple groupes par diagnostic) et
- les *catégories de procédures* (par exemple en fonction des opérations, voir page 49).

2. Utilisation de la statistique médicale de la VESKA actuelle (SMV)

a) *Evaluation économétrique des coefficients de coût*

En recueillant des données par le biais d'un RSS coûts, il serait possible de calculer les coefficients de coût sur la base de la moyenne des valeurs de l'ensemble des fournisseurs de prestations.

D'un autre côté, établir un lien entre la statistique administrative et la statistique médicale permet, pour un nombre limité de groupes de cas, d'estimer les coûts (ou les coefficients de coût).

Pour ce faire, on choisit des groupes de patients très bien représentés et on forme un groupe résiduel pour les autres patients (éventuel-

¹³⁵. Voir aussi Fischer (1rK1).

lement un groupe par domaine spécialisé). Puis on établit une équation pour chaque hôpital avec d'un côté le nombre de cas répartis selon ces groupes et, de l'autre, les frais d'exploitation dans leur totalité. Les équations des différents hôpitaux se résolvent comme un modèle économétrique. Dans certains cas, il suffit de procéder à un calcul par régression linéaire multiple.

En recourant à un modèle de ce type, Breyer et son équipe ont calculé le coût moyen par cas, le coût des jours d'hospitalisation, du quota de lits et des suppléments en cas d'urgence ou de transfert à partir d'autres hôpitaux, tout en différenciant les communes selon leur taille¹³⁶. En mettant en regard les frais observés et les frais de référence ainsi calculés, il est possible de comparer les hôpitaux entre eux sous l'angle du caractère économique de leurs prestations¹³⁷.

b) Modèles se fondant sur le case-mix et le mix des ressources (CM/MR)

Le remplacement des points de prestation du modèle PP/PR par les coefficients par cas cumulés (case-mix) et l'élargissement des points de ressources à un mix des ressources permet, compte tenu d'autres ressources, de calculer certaines grandeurs utiles.

Complexité (index du case-mix)
= somme des coefficients de cas /
somme des cas
= moyenne des coefficients de cas

La *complexité des cas traités* est définie en divisant la somme des cas pondérés par le nombre de cas (c'est ce qu'il est convenu d'appeler un index du case-mix).

Productivité
= somme des coefficients de cas / somme des
points de ressources

La *productivité* peut être établie en divisant la somme des cas pondérés par la somme des points de ressources (mix des ressources).

Caractère économique
= somme des coûts /
somme des coefficients de cas

Le *caractère économique* peut être calculé en divisant les coûts totaux par la somme des cas pondérés.

136. Voir Breyer/Paffrath (*Kostenpreise*): 462 ss et Zweifel/Breyer (*Gesundheitsökonomie*): 308 ss. Trente éléments principaux d'une analyse factorielle des patients classés selon les 110 groupes génériques de la CIM sont retenus pour former les groupes de cas.

137. Voir le "Krankenhaus-Directory" dans Arnold/Paffrath (*Fallpauschalen*): 233 ss. et une description du modèle page 75. Le calcul se fonde en l'espèce sur des forfaits par cas répartis par division. Cette pratique est conforme à celle du modèle PP/PR élargi, qui prévoit le calcul des points de prestation sur la base de cas pondérés de façon variable selon les divisions.

3. Collecte des données par le biais du résumé standardisé de sortie (RSS)

Remarque préalable: l'usage concernant le terme "résumé standardisé de sortie" (RSS) est mouvant aussi bien concernant sa désignation que son contenu. On trouve des dénominations comme MDS (Minimal Data Set), MBDS (Minimal Basic Data Set), ensemble de données statistiques, données de cas, résumé de sortie, liste des données minimales, etc.

Le trait essentiel du RSS réside dans la mise en relation de grandeurs médicales et de grandeurs économiques collectées cas par cas.

a) Les différents types de RSS

Un minimum de trois variantes de RSS se dégagent:

Type de RSS	Contenu
• RSS médical	Diagnostic(s), procédures, durée de séjour
• RSS recettes	Diagnostic(s), proc., durée, montants facturés
• RSS coûts	Diagnostic(s), proc., durée, coût observé (par centre de charges)

La statistique médicale de la VESKA (SMV) se fonde sur la saisie des RSS médicaux. Les RSS coûts et recettes peuvent être considérés comme le prolongement de la collecte de données de cas de la SMV¹³⁸

b) Propositions relatives à un RSS suisse

La VESKA a déjà présenté un RSS *recettes* conçu sur le même modèle que celui qui est appelé à être utilisé dans le canton de Zurich¹³⁹. Les prestations comptabilisées sont subdivisées selon les catégories CPH. Les montants pour lesquels il n'existe pas de catégories CPH sont rassemblés par compte de recettes.

¹³⁸. La Conception générale relative à la statistique des établissements hospitaliers (CSSS (Conception générale): 16 ss) prévoit toutefois deux résumés séparés se fondant sur des définitions de cas distincts. On y admet cependant que les notions sont interchangeables (page 27: les hôpitaux qui participent au relevé des coûts par cas ne sont pas tenus de présenter la liste des données minimales pour les statistiques médicales).

¹³⁹. VESKA-Patienten- bzw. Fallrekord, Version 5, 18.10.93; canton de Zurich (SDS).

Dans sa proposition, la CSSS prévoit elle aussi de classer les montants facturés par centre de charges¹⁴⁰.

c) Calcul de coefficients de coût pour la Suisse

L'introduction d'un RSS permet de définir par groupe de patients des *coefficients de coût propres à la Suisse* en établissant des moyennes des montants effectivement facturés ou des durées réelles de séjour pour tous les fournisseurs de prestations.

L'utilisation des montants facturés pose toutefois un problème: ces valeurs n'ont dans le système de comptabilisation en vigueur que peu de chose à voir avec les frais encourus. Cela signifie par ailleurs que ce genre de comptabilisation ne peut être utilisée pour fixer des forfaits par cas.

L'utilisation de la durée réelle du séjour comme indicateur de coût donne des valeurs relatives qui pourraient être appréciées en valeur pécuniaire à l'aune d'un budget global.

d) RSS ou SMV?

En accord avec la proposition de la CSSS qui débouche sur une position analogue, il ressort de ces réflexions que l'introduction à venir d'un RSS recettes dans les variantes du canton de Zurich et de la VESKA ne contribue pas de manière décisive à la formation de coefficients de coût et, partant, à la définition du case-mix des hôpitaux. Les informations nécessaires (diagnostics, opérations, durée du séjour) se trouvent déjà dans le RSS destiné à la SMV. Ainsi, il serait aussi envisageable de rendre obligatoire le RSS de la SMV.

Toutefois, le relevé des catégories de prestations CPH au moyen du RSS permet de comparer les prestations des centres de charges préalables ou les cas faisant appel à des prestations externes de différents hôpitaux. On pourrait ainsi par exemple savoir quels établissements font, pour certains diagnostics, un usage de radiographies supérieur à la moyenne. Dans l'optique d'un éventuel contrôle de la distribution des médicaments, il faudrait rassembler non seulement les produits selon les catégories CPH, mais aussi selon des comptes de recettes. Cette mesure n'est toutefois prévue que pour les cas où les données par catégorie CPH font défaut.

Remarque: Les catégories CPH pour les postes de frais principaux correspondent pour l'essentiel à celles des opérations recensées pour la

140. CSSS (Conception générale): 20. Le RSS est ici défini comme étant un RSS recettes tout en étant qualifié de RSS coûts. Il est en effet question des "coûts facturés", ce qui ne correspond pas à la réalité. Par ailleurs, la clarté voudrait qu'il soit question de prix dans la facturation quand bien même ils découlent des frais qui les ont occasionnés.

SMV. Il reste qu'on introduit ainsi un système de codage supplémentaire.

e) Utilisations

Les exploitations statistiques du RSS restent dans les grandes lignes les mêmes que pour le modèle CM/MR (toutefois, la productivité dans ce modèle ne peut être calculée que si un mix des ressources est préalablement établi; les données nécessaires à cet effet doivent être saisies indépendamment du RSS en tant que données structurelles de l'hôpital). Il va sans dire qu'une définition des groupes de patients à deux niveaux différents serait ici aussi bienvenue pour le calcul du mix des patients et du mix des prestations (voir page 49).

f) Questions en suspens concernant le RSS

Certaines questions, dont les plus importantes sont présentées ci-dessous, appellent un débat.

- Qui est habilité à recevoir et à utiliser les données des RSS?
- RSS *recettes* ou RSS *coûts*?
- Saisie des données relatives aux soins? A certaines catégories de soins?
- Elargissement de la description des procédures de traitement au secteur non chirurgical.
- Formulation et saisie des buts du traitement.
- Définition de l'identification du patient de manière à pouvoir la mettre en relation avec les données du secteur non hospitalier.
- Forme d'assurance (par exemple admission sous le régime HMO).
- Substitution du concept de "cas" par le concept de "phase" de traitement, qui simplifierait aussi la mise en relation avec le secteur ambulatoire.
- Classement des diagnostics (par exemple diagnostic primaire, récurrence, complication; soupçon de; état selon; diagnostics traités et diagnostics accessoires).
- L'évaluation doit pouvoir se faire selon divers PCS. Il est donc souhaitable d'opter pour le codage des diagnostics et, surtout, des opérations selon la CIM-9-CM.

Dans le RSS proposé, sous la rubrique “type d’admission”, il est prévu de ranger le changement de classe et le transfert au sein de l’hôpital sans les différencier¹⁴¹. Cet amalgame fait problème, car l’une des mesures ressortit au domaine administratif et l’autre au domaine médical. Une fois de plus se pose la question d’une définition du concept de “cas” qui soit adaptée aux circonstances.

4. Calcul a priori et calcul a posteriori par groupe de patients

Nous avons vu que le RSS (recettes) proposé ne permet pas de procéder à un calcul effectif des frais d’un groupe de patients.

Il est donc d’autant plus important que ce calcul puisse être assuré dans chaque hôpital au moyen d’une *comptabilité par unités finales d’imputation*. Cette comptabilité constitue un instrument précieux dans la mise en lumière des lacunes d’ordre organisationnel dans le déroulement du traitement.

Le *calcul a posteriori* comptabilise les coûts relatifs à un patient traité ou à un groupe de patients sur la base des frais effectivement recensés.

Le *calcul a priori* comptabilise le coût d’un traitement sur la base d’un déroulement type dont les prestations sont estimées sur la base d’une projection des frais prévus.

¹⁴¹. Canton de Zurich (SDS): 6 et VESKA-Patienten- bzw. Fallrekord Version 5, 18.10.1993: 2.

L. CONTRIBUTION DE LA STATISTIQUE AUX COMPARAISONS DES FRAIS D'EXPLOITATION ET AUX NEGOCIATIONS TARIFAIRES

1. Comparaison des frais d'exploitation entre établissements hospitaliers

a) Fondements

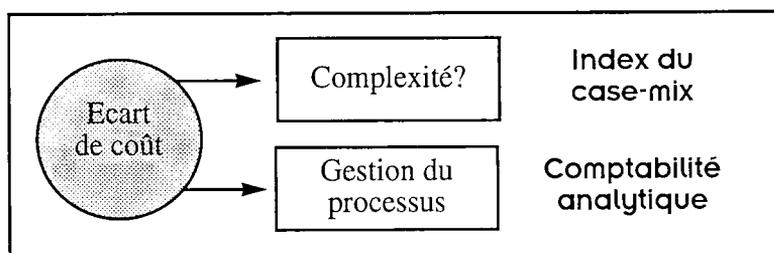
Les comparaisons des frais d'exploitation se fondent usuellement sur la comparaison d'indices de valeurs réelles et de valeurs de référence entre des exploitations comparables.

Les indices ont pour objet de nous donner des chiffres concrets qui permettent d'apprécier le caractère économique des établissements. Ils devraient faire ressortir les fournisseurs de prestations dont les coûts, pour un niveau donné de complexité, se situent au-dessus de la moyenne.

Lorsqu'il s'agit de comparer les frais d'exploitation entre des hôpitaux, il convient de rester critique en se posant les questions ci-dessous.

- Quelle est la fiabilité de l'analyse de la *complexité* des différents cas? Une valeur est-elle mauvaise parce que les tâches à effectuer étaient plus complexes que prévu ou parce que le travail a été mal exécuté?
- Dans quelle mesure les valeurs sont-elles influencées par les frais qui ne relèvent pas directement de la prestation contrôlée, comme les coûts résultant de prestations d'utilité publique fournies sur la base d'un mandat politique, tels le service d'urgence ou la salle d'accouchement, ou les frais relatifs à la formation et à la recherche?

Un hôpital peut de son propre chef procéder à des comparaisons de frais d'exploitation en confrontant ses valeurs effectives aux valeurs de référence de la statistique calculées pour des hôpitaux comparables. La classification des hôpitaux appelle une typologie des établissements dont la finesse d'analyse varie en fonction de la statistique utilisée.



Les comparaisons des frais d'exploitation peuvent en outre être effectuées par les *organismes tuteurs des hôpitaux ou EMS* (par exemple les cantons¹⁴²) ou par l'*autorité de surveillance* (l'OFAS, par exemple).

Ainsi, les comparaisons des frais d'exploitation peuvent aussi bien répondre à des fins de *surveillance* que faire office d'*instrument de gestion interne ou externe*.

b) Vue d'ensemble des modèles de comparaison des frais d'exploitation

	Prestations	Ressources	Référentiel
Modèle de base PP/PR	Cas Jours d'hosp.	Personnel Lits	Hôpital
Modèle PP/PR élargi	Cas Jours d'hosp.	Coll. par cat. de pers. Lits par type de lit	Hôpital ou groupes spécialisés
Modèle CM/MR	Cas par coefficient de cas	Coll. par cat. de pers. Lits par type de lit Nbre de salles d'op et d'accouchement Equipement technique Nbre de postes de formation	" "
PCS "pur"	"	--	" "
Modèle CM2/MR	Cas pondérés par problème et par type de traitement	" " "	" " "

Légende:

PP Point de prestation

PR Point de ressources

PCS Patient Classification System

CM Case-mix (coefficients de coût cumulés)

CM2 Case-mix à deux niveaux

MR Mix des ressources

142. Les cantons ont, aux termes des articles 49¹ et 50 de la LAMal, l'obligation de procéder à des comparaisons des frais d'exploitation.

c) Vue d'ensemble des indices utilisés pour les comparaisons des frais d'exploitation

Modèle	Complexité	Productivité	Caractère économique
Actuellement	[JH / cas]	JH / Collaborateur	[Coûts / JH]
Modèles PP/PR	[PP / cas]	PP / PR	(Coûts / PP)
Modèles CM/MR	CM / cas	CM / MR	Coûts / CM
Modèles PCS ("purs")	CM / cas	?	Coûts / CM
Modèles CM2/MR	MPa / cas	MPa / MR	MPr / MPa
		MPr / MR	Coûts / MPr
Général	Prestations / cas	Prestations / ressources	Coûts / prestations

Légende:

JH Journées d'hospitalisation

PP Points de prestation

PR Points de ressources

CM Case mix (coefficients de coût cumulés)

MR Mix des ressources

PCS Patient Classification System

CM2 Case-mix à deux niveaux

MPa Mix des patients (établi p. ex. sur la base du diagnostic)

MPr Mix des prestations (case-mix établi par type de traitement)

Les parenthèses et les crochets indiquent que l'indice s'est révélé respectivement insatisfaisant et très insatisfaisant.

d) Comparaisons fondées sur des données administratives

Il est en fait possible d'appliquer le modèle de base PP/PR pour l'évaluation d'un hôpital pris individuellement à condition de disposer d'une typologie des hôpitaux appropriée.

Il y a lieu de souligner que les comparaisons se fondant sur des données relevant exclusivement de la gestion économique n'ont de sens que si l'on peut admettre que l'éventail des patients (le case-mix) des établissements comparés est identique ou pour le moins comparable.

Ces conditions seraient notamment réunies en comparant des hôpitaux de district sur la base d'un large échantillon (un grand nombre de cas est nécessaire pour que, du point de vue statistique, s'opère un équilibrage entre les cas graves et bénins). Toutefois, même dans ce cas de figure il se peut qu'un hôpital, en raison des qualités particulières ou de la réputation d'un médecin, procède à un nombre comparativement plus élevé de traitements difficiles. Avec pour conséquence qu'un établissement appliquant un modèle de type PP/PR aura des frais supérieurs à la moyenne, étant donné que ce dernier se limite aux données relevant de la gestion d'entreprise.

e) Comparaisons intégrant des données médicales

Ainsi, la prise en compte des données médicales s'impose pour pouvoir disposer de comparaisons cohérentes. La première mesure dans ce sens serait d'appliquer un modèle présenté auparavant: le *modèle des GPS*, lequel compte 84 catégories de patients.

L'introduction d'un système de classification des patients (établi sur la base du diagnostic) comme les modèles des DRG ou des PMC constitue un pas supplémentaire dans ce sens.

Instaurer une différenciation délibérée entre les catégories établies sur la base du diagnostic et sur celle du type de traitement permettrait de calculer diverses mesures de l'efficacité (voir page 64). Il serait à cet effet nécessaire de définir un *système de classification des patients à deux niveaux*. Les deux case-mixes calculés sur cette base sont le mix des patients (MPa) et le mix des prestations (MPr).

Cependant, même si cette méthode permet de prendre en compte l'éventail des patients et des prestations pour chaque fournisseur de prestations, on ne sait toujours pas s'il sert à comparer des produits vraiment identiques. Se pose en particulier la question de savoir si ces produits ne se différencient pas en termes de *volume et de qualité*.

f) Comparaisons intégrant des données relatives aux soins

En plus des coefficients de coût relatifs à des données médicales (par exemple, le coefficient de coût dans le modèle des DRG), le calcul du case-mix devrait faire intervenir également des coefficients relatifs aux soins de base. Ces derniers sont en effet plus ou moins indépendants du diagnostic médical et du type de traitement choisi.

Comme les charges résultant des soins de base interviennent quotidiennement et comme la durée du séjour des patients en phase aiguë dépend largement du traitement médical retenu, le coefficient des coûts médicaux pourrait, pour définir l'éventail des patients, être multiplié par un facteur de pondération variable en fonction du niveau de soins requis par chaque cas.

g) A propos du matériel statistique

Une comparaison des frais d'exploitation n'implique pas impérieusement l'introduction d'une collecte de données par RSS. Les fournisseurs de prestations ou leurs organisations peuvent aussi proposer des données sous forme d'agrégats.

Il est en effet possible de recourir aux chiffres cumulés selon les diagnostics et procédures de la CIM-9-CM ou même selon la répartition d'un système de classification des patients (PCS).

Cette solution a toutefois le désavantage d'être moins souple lorsqu'il s'agit d'analyser et de compléter les données. Si l'on voulait par exemple ajouter le relevé des données concernant les soins, il serait nécessaire de modifier en profondeur un système s'appuyant jusque-là sur des données médicales. Alors qu'avec la saisie par RSS, il "suffirait" de définir de nouvelles rubriques.

2. Négociations tarifaires

a) Aperçu des forfaits de facturation

Il est actuellement question de "forfaits par cas"; toutefois, ceux-ci ne représentent qu'une option possible parmi d'autres.

Référentiel	Forfaits par journée d'hospitalisation	Forfaits par cas (séjour)
Hôpital	Forfaits journaliers à l'échelle de l'hôpital	Forfaits par cas à l'échelle de l'hôpital
Division	Forfaits journaliers à l'échelle de la division	Forfaits par cas à l'échelle de la division
Catégorie de patients	Forfaits journaliers par groupes de cas	Forfaits par cas

Le flou qui, dans le secteur de soins de longue durée tout particulièrement, entoure la définition du concept de "cas" rend difficile l'utilisation du forfait par cas. Aussi serait-il opportun de recourir à des forfaits journaliers qui font la différence entre les diverses catégories de soins prodigués aux patients.

b) Quelles statistiques pour quels modèles tarifaires?

Il est possible de dégager des valeurs de référence applicables à une négociation tarifaire à partir d'une statistique. Cependant, celle-ci devrait être conçue en fonction du type de système tarifaire retenu.

<i>Modèle tarifaire</i>	<i>Statistique nécessaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Forfaits journaliers <ul style="list-style-type: none"> - Forfaits journ. à l'échelle de l'hôpital - Forfaits journ. à l'échelle de la division • Forfaits par cas <ul style="list-style-type: none"> - Forfaits par cas à l'échelle de la division - Forfaits par cas (selon les catégories de patients) • Prestations isolées • Budget global <ul style="list-style-type: none"> - Base: jours d'hospitalisation - Base: jours d'hospitalisation par division - Base: groupes de cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Statistique administrative par type d'établissement - Statistique administrative par division - Statistique administrative par division - Pondération de l'éventail des patients sur la base de la SMV et de la statistique administrative ou sur celle des RSS recettes - Statistique sur la base de la comptabilité par unités finales d'imputation (RSS coûts) - Statistiques sur les procédures ou analyses dans des établissements choisis - Statistique administrative par type d'établissement - Statistique administrative par division - Pondération de l'éventail des patients sur la base de la SMV et de la statistique administrative ou sur celle de RSS

Ni la statistique en vigueur ni une adaptation de celle-ci ne satisfont aux exigences d'un système fondé sur des forfaits par cas "authentiques". Exception faite de l'hypothèse dans laquelle on s'attache à calculer les forfaits au moyen d'un modèle économétrique, il serait nécessaire de collecter les données sur la base des RSS (calcul des case mixes).

Pour appliquer des forfaits par cas ou journaliers à l'échelle de la division, il conviendrait au préalable d'établir les statistiques administratives par divisions. Le coeur de la démarche repose et reposera sur la typologie hospitalière: quel hôpital ou quel type d'hôpital fournit les bonnes valeurs de référence pour tel établissement qui, dans un cas concret, doit négocier ses tarifs?

En cas d'introduction des forfaits par cas, la définition du produit par groupe de cas prend une importance capitale. A cet égard, une attention particulière doit être prêtée à la garantie de la qualité et aux hospitalisations de courte durée¹⁴³.

143. Voir aussi entre autres Bentes et al. (DRG + Qualität).

M. EXTRAPOLATIONS: LIMITES ET PERSPECTIVES

1. Extrapolations des chiffres de la statistique administrative

a) Buts

Pour commencer, il convient de s'interroger sur les *but*s d'une extrapolation. On peut retenir divers points.

- Observation des *variations de ressources* (lits, personnel, éventuellement autres) au fil des ans. Calcul du niveau de la couverture sanitaire. La proportion croissante de traitements afférents aux secteurs semi-hospitalier et ambulatoire appelle l'inclusion d'indicateurs de ressources concernant le secteur extra-hospitalier.
- Observation des *variations de prestations* (journées d'hospitalisation, cas). Des facteurs essentiels à l'évaluation des prestations effectivement fournies ne figurent pas dans la statistique administrative. Il n'est en particulier tenu aucun compte des variations de l'éventail des patients dues à l'évolution démographique et épidémiologique.
- Les données de base de la *planification hospitalière* (évolution des ressources et des prestations; problématique évoquée ci-dessus).
- *Evolution des coûts* dans le secteur hospitalier¹⁴⁴.
- Données de base concernant l'instauration d'un *budget global* cantonal dans le secteur hospitalier ventilé sur la base des journées d'hospitalisation ou des cas, éventuellement par division¹⁴⁵.

b) A propos du contrôle des extrapolations

Il est possible de déterminer la qualité des extrapolations - ou d'éventuels dysfonctionnements d'une statistique - en procédant à la comparaison de valeurs de même nature mais tirées de sources différentes.

144. LAMal 55; justification des frais de personnel et de matériel selon l'AFU sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie du 9.10.92, art. 2.

145. Voir aussi LAMal 51 + 54.

On peut par exemple actuellement comparer les admissions obtenues sur la base des extrapolations de la VESKA¹⁴⁶ avec les admissions saisies dans le cadre de la statistique de l'assurance-maladie¹⁴⁷. Pour 1991, la première a estimé le nombre d'admissions à 1'074'000, la seconde en a répertorié 998'000. La question se pose de savoir si un écart de 76'000 admissions (environ 8 %) trouve une explication plausible dans les cas non couverts - même partiellement - par les caisses-maladie ou s'il s'agit en l'espèce de définitions différentes. Autre comparaison: la durée moyenne du séjour en établissement hospitalier est de 21,3 jours selon la statistique de l'assurance-maladie et de 23,8 jours selon l'extrapolation.

c) Le rôle d'un fichier de données sur la structure des hôpitaux

Les extrapolations de la statistique administrative n'ont de sens que si elles se fondent sur une *typologie hospitalière claire et suffisamment différenciée* ainsi que sur un inventaire exhaustif des établissements hospitaliers (cliniques privées incluses) accompagné du détail de leurs ressources¹⁴⁸. C'est la condition à l'élaboration d'une *stratification* acceptable des données: pour chaque catégorie d'hôpital, on recueille les données censées caractériser ce type d'établissement avant de les extrapoler sur la base du nombre d'hôpitaux de ce type figurant dans l'inventaire¹⁴⁹.

Il n'existe actuellement en Suisse aucune typologie hospitalière répondant à cet objectif. Nous ne connaissons en outre pas le nombre réel d'hôpitaux et d'EMS (l'Office fédéral de la statistique et la VESKA tiennent par exemple des listes distinctes; dans celle de la VESKA ne figurent que les hôpitaux affiliés à l'association).

Selon des données de la VESKA portant sur l'année 1991, 98,5 % des hôpitaux de soins aigus (soit 97,2 % des lits pris en compte dans l'extrapolation) et 92 % des cliniques psychiatriques (86,2 % des lits) membres de la VESKA ont répondu. Ces groupes d'hôpitaux rassemblent 52 % + près de 15 % = 67 % du nombre de lits retenus pour les calculs dans tous les types d'hôpitaux¹⁵⁰. J'ignore toutefois la proportion d'hôpitaux qui, en Suisse, sont affiliés à la VESKA. Il

146. VESKA (Panorama 91): 9.

147. OFAS (Stat. AM 91): 45.

148. Le WldO appelle cette liste *Krankenhausstrukturdatei* (fichier des structures hospitalières). Voir Arnold/Paffrath (*Fallpauschalen*): 168.

149. Voir aussi à ce sujet Spuhler/Abelin (*CH-Morbidität*), qui ont utilisé le procédé de la stratification en se fondant sur les spécialités FMH pour le secteur ambulatoire et sur une classification des hôpitaux combinée à celle des disciplines spécialisées des services hospitaliers pour le domaine hospitalier.

150. VESKA (Panorama 91): 1 + 5.

convient de plus de noter que certaines cliniques privées sont aussi membres de la VESKA¹⁵¹.

Etant donné que les extrapolations auxquelles elle procède ne sont pas sans poser de problèmes à la VESKA elle-même, celle-ci entend à l'avenir se limiter à des statistiques portant sur ses seuls membres¹⁵².

2. Extrapolations sur la base de systèmes de classification des patients (PCS)

Il est possible de procéder à des extrapolations sur la base de groupes de patients en compilant des données épidémiologiques et des coefficients de coûts (suisses) par groupe de cas.

La connaissance des chiffres relatifs à la morbidité par classes d'âge et de la modification de la structure démographique permet aussi de procéder à des extrapolations prospectives.

Les données relatives à la morbidité pondérées par des coefficients de coûts permettent de se faire une image plus fidèle des besoins en prestations futures que la projection tendancielle des cas et des journées d'hospitalisation extrapolés à partir de la statistique administrative.

L'extrapolation des données fondées sur un PCS se fait en deux phases.

a) Extrapolation des éventails de patients

On commence par établir le taux de morbidité par groupe de patients en faisant éventuellement la distinction entre les différentes classes d'âge. Cette opération peut se faire sur la base d'un échantillon. On pourrait, par exemple, recourir aux données médicales de la VESKA en les classant par groupes de patients. Ces chiffres sont ensuite extrapolés sur la base d'une typologie hospitalière bien conçue¹⁵³.

Les résultats (nombre de patients) sont ensuite multipliés par un coefficient de pondération des coûts propre à chaque groupe.

151. Pour 1992, 72 des 444 réponses utilisables provenaient de cliniques privées; voir VESKA (Stat. adm. 92): 3.

152. Le "Panorama" sera remplacé par la statistique administrative de la VESKA.

153. Spuhler/Abelin (CH-Morbidität) ont calculé pour 1978 les taux de morbidité par groupe de patients en extrapolant les données de la statistique médicale sur la base des données (non extrapolées) de la statistique administrative. La définition des groupes de patients s'appuie sur les chapitres de la CIM.

b) Extrapolation des coûts

Sur la base des coûts et des coefficients de coûts cumulés des hôpitaux de l'échantillon, l'évaluation des coûts de la totalité des hôpitaux est donnée par l'équation

$$C_T = (C_{f_T} / C_{f_E}) * C_E$$

où

- C_T représente les coûts extrapolés recherchés de tous les hôpitaux
- C_E représente les coûts effectifs cumulés des hôpitaux de l'échantillon
- C_{f_T} représente la somme obtenue par extrapolation des coefficients des coûts de tous les patients de tous les hôpitaux
- C_{f_E} représente les coefficients des coûts cumulés de la clientèle des hôpitaux de l'échantillon.

N. SAISIE DU DEGRE DE COUVERTURE DES COÛTS DES HOPITAUX

Le financement des hôpitaux comporte des frais d'exploitation et des frais d'investissement. Le tableau ci-dessous en détaille le contenu.

Fig.9: Synthèse de la couverture des coûts

Catégorie de coûts	Provenance des moyens de financement	Attribution
Frais d'exploitation	<ul style="list-style-type: none"> • Recettes directes • Subsidés + subventions • Couverture du déficit 	<p>Division spécialisées médecine/chir./gyn. + obst. /psych./gér</p> <p>Classe d'assurance division commune / autres</p>
Frais d'investissement	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds propres • Organismes tuteurs • Subventions 	<p>Surcapacités division commune /autres</p> <p>Mandat services d'utilité publique? recherche + formation</p>

a) Financement des frais d'exploitation

La statistique administrative fournit aujourd'hui déjà des chiffres sur certains aspects de ce sujet (tableaux 1.11.x, 1.12.x et 1.16.x), à savoir la couverture du déficit d'exploitation globale et par journée d'hospitalisation classée par type d'hôpital, ainsi que la couverture des frais d'exploitation de l'ensemble des hôpitaux depuis 1986. Dans les deux premières statistiques, les subsidés destinés à la couverture du déficit sont classés en fonction de leur provenance: communes + districts, cantons, Confédération, organismes privés, autres et étranger.

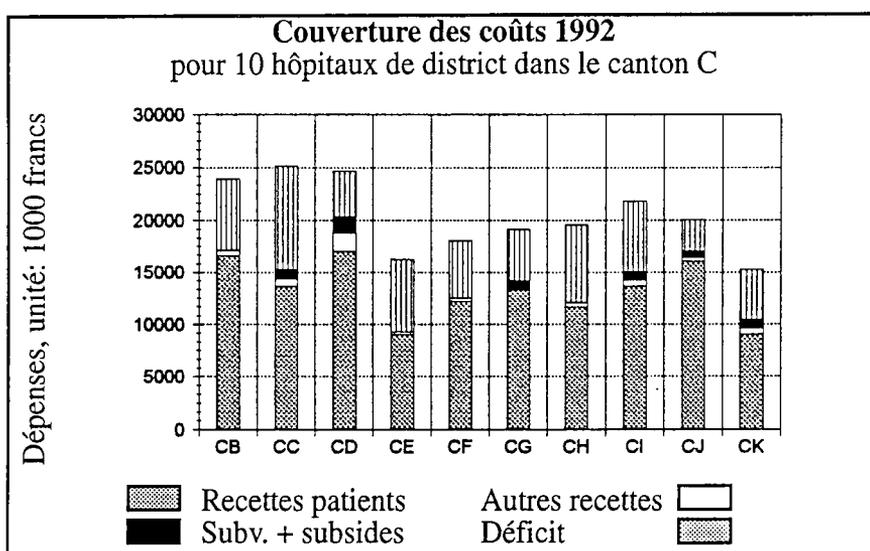
Dans le questionnaire, les subventions sont classées sur la même base; toutefois, elles ne sont à l'heure actuelle pas encore exploitées.

L'introduction d'un nouveau mode d'analyse des données classant les apports financiers (recettes directes, subventions et couverture du déficit) selon leur provenance constituerait une première mesure qui

permettrait par exemple de faire ressortir la contribution globale des cantons ou de la Confédération.

Le tableau ci-dessous présente une utilisation possible à l'échelle de l'établissement hospitalier. Ce type de présentation pourrait être retenu pour la comparaison de la couverture des coûts entre les cantons.

Fig. 10: Composition de la couverture des frais d'exploitation



b) Financement des frais d'investissement

Dans le secteur des établissements publics, l'usage est d'imputer les charges liées à l'utilisation de l'équipement (amortissement des investissements) au compte d'Etat; elles n'apparaissent par conséquent pas dans les données de la statistique administrative. Le compte d'Etat n'est, sur un grand nombre de points, pas tenu selon les principes de la gestion d'entreprise. Ainsi, même au prix d'un effort particulier, les valeurs recherchées sont souvent difficiles à déterminer.

Ces chiffres sont répertoriés selon divers procédés ou omis dans la comptabilité financière; toutefois, la comptabilité analytique de la VESKA prévoit de les rectifier pour la comptabilisation des coûts¹⁵⁴.

Cependant, les postes de correction devraient en plus être subdivisés selon les sources de financement pour que ces chiffres de la comptabilité analytique puissent être utilisés dans l'évaluation de la couverture des coûts.

¹⁵⁴. VESKA (CA): 49 ss. La LAMal (art. 49 66e alinéa) prévoit d'introduire ce type de comptabilité.

c) Couverture des coûts en division commune

Aux termes de la LAMal¹⁵⁵, les forfaits négociés pour le traitement des patients assurés en division commune dans les établissements subventionnés doivent couvrir un maximum de 50 % des coûts imputables par patient. La loi précise ensuite qu'il est interdit de prendre en compte "la part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche".

Etablie selon le modèle de la VESKA¹⁵⁶, la comptabilité analytique dont il est question dans le même article ne propose rien quant au choix du mode de calcul. La chose est d'ailleurs difficilement concevable tant que la comptabilité par *centres de charges* n'est pas doublée d'une comptabilité par *unités finales d'imputation* (établie par cas ou par phases de traitement).

Plusieurs conditions devraient être remplies pour permettre le calcul du degré de couverture des frais.

- Comptabilisation séparée des montants destinés au groupe recherche et formation.
- Comptabilisation séparée des éventuels montants destinés à la rémunération des prestations d'intérêt public fournies conformément aux mandats.
- Comptabilisation séparée des frais résultant des surcapacités indépendantes des mandats (il faut pour ce faire commencer par fixer un seuil du degré d'occupation des lits définissant la notion de surcapacité, puis établir le coût [variable] par lit surnuméraire).
- Classification des frais en fonction de la division (commune ou non) des patients.
- Classification des recettes directes en fonction de la division (commune ou non) des patients.

d) Comparaisons avec d'autres subsides des pouvoirs publics

Il est en outre possible d'ajouter aux montants versés aux fournisseurs de prestations ceux qui vont directement de la Confédération aux caisses-maladie¹⁵⁷. L'observation de l'évolution de ces deux flux financiers au fil des ans revêt un intérêt politique.

155. LAMal 49¹

156. VESKA (CA). Les prestations des centres de charges principaux (services spécialisés) sont évaluées en termes de patients traités et de journées d'hospitalisation, celles des centres de charges préalables (services médico-techniques) en termes de patients et de points; voir VESKA (CA): 22 s.

157. OFAS (Stat AM 91): 31.

O. POSSIBILITES D'AMELIORATION DE LA STATISTIQUE HOSPITALIERE PRESENTANT UN RAPPORT UTILITE/COUT AVANTAGEUX

1. Etablir une nouvelle typologie des établissements hospitaliers

Utilité: une bonne typologie hospitalière est nécessaire pour:

<i>Utilisation de la typologie</i>	<i>Particulièrement utile pour:</i>
Comparaison des frais d'exploitation	Organismes tuteurs (notamment les cantons), fournisseurs de prestations et, après la déréglementation, caisses-maladie
Calcul des bases tarifaires	Organismes tuteurs, associations, hôpitaux, caisses-maladie
Extrapolations de la statistique administrative	Confédération, associations, caisses-maladie
Extrapolations de relevés partiels de RSS	Confédération, associations, caisses-maladie, recherche épidémiologique
Extrapolation du degré de couverture des coûts	Confédération, associations, caisses-maladie

Coût: pour établir une typologie hospitalière, il faut disposer d'une base rassemblant les données structurelles des établissements (fichier de données sur la structure des hôpitaux, voir ci-dessus). Une grande partie des données nécessaires sont déjà enregistrées dans le cadre de la statistique administrative. Le relevé des données n'entraînerait - selon la typologie choisie - qu'une dépense supplémentaire limitée, voire nulle. L'investissement pourrait se borner à quelques jours de travail de recherche afin de proposer une typologie praticable.

a) Typologie hospitalière établie sur la base du nombre ou de la dénomination de groupes spécialisés

Utilité: une typologie des établissements hospitaliers se fondant sur le nombre ou la dénomination des groupes spécialisés permettrait d'affiner la classification en vigueur selon le type d'hôpital (et le nombre de lits pour les hôpitaux de soins généraux). Exploitée de pair avec le modèle PP/PR, elle serait extrêmement utile pour la fixation d'indices de référence destinés à la comparaison des frais d'exploitation entre établissements.

Coût: ce genre de typologie n'entraînerait aucune dépense supplémentaire pour la collecte des données. N.B.: la dénomination des cliniques ou divisions indépendantes et des domaines spécialisés pour lesquels des prestations sont régulièrement fournies sans pour autant qu'une division spécialisée propre existe est actuellement déjà saisie.

b) Typologie hospitalière sous forme de mix des ressources

Utilité: le calcul d'un mix des ressources permet de se faire une meilleure image de la productivité et confère aux comparaisons des frais d'exploitation une plus grande valeur du fait qu'un coefficient est associé à chaque établissement sur la base de nombre de ressources essentielles déterminant ses compétences particulières.

Il faut, à mes yeux, préférer ce genre de typologie à une liste de groupes s'excluant réciproquement pour une autre raison encore: elle seule permet de concevoir le classement des établissements mixtes sans tomber dans l'arbitraire.

Coût: si au nombre de lits, à l'effectif en personnel, au nombre et à la désignation des divisions spécialisées on ajoute les installations et équipements spéciaux pour établir le mix des ressources, il y a lieu de quantifier aussi en particulier les salles d'opération et d'accouchement ainsi que les possibilités de formation¹⁵⁸.

2. Modèles de comparaison des frais d'exploitation

Utilisation des comparaisons	Particulièrement utile pour:
Contrôle du caractère économique	Organismes tuteurs, caisses-maladie
Transparence du marché / formation des prix	Fournisseurs de prestations, caisses-maladie

Utilité: la comparaison des frais d'exploitation intéresse essentiellement les organismes tuteurs et - après l'introduction de conventions séparées entre les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations - les caisses-maladie.

Cette technique permettrait la mise en évidence des établissements s'écartant nettement de la moyenne.

La Confédération n'a pour sa part qu'un intérêt limité pour ces comparaisons car elle ne se préoccupe pas d'un établissement isolé,

158. Cette mesure a déjà été proposée par Kleiber (Rapport final): annexe III: 2 + 3.

mais de l'évolution économique de l'ensemble du système sanitaire ou de certains pans de celui-ci.

**a) Comparaison des frais d'exploitation
au moyen du modèle PP/PR de base**

Utilité: le modèle PP/PR de base se fonde sur les cas, les journées d'hospitalisation, les lits et l'effectif de personnel; il permet d'avoir une vue d'ensemble d'indices usuels reposant sur deux paramètres (voir page 82).

Coût: pas de frais de saisie supplémentaires. Il faudra définir de façon plus précise la notion de "cas ambulatoire" au cas où il doit lui aussi être pondéré. Un certain travail de recherche reste à fournir pour définir une "juste" pondération.

**b) Comparaison des frais d'exploitation
au moyen d'un modèle PP/MR ou PP/PR élargi**

Pour créer un mix des ressources, celles-ci sont pondérées sur la base de données relatives aux lits et à l'effectif en personnel par groupe spécialisé ou sur celle des données utilisées pour établir une typologie hospitalière (voir page 89). Les prestations sont saisies séparément par groupes médicaux spécialisés (divisions spécialisées des hôpitaux).

Utilité: ce modèle constituerait une amélioration du modèle PP/PR de base présenté ci-dessus.

Coût: l'extension du relevé des données relatives à la statistique administrative ne devrait pas poser de problème. En outre, ces données devraient être calculées par l'hôpital séparément pour chaque division spécialisée.

**c) Comparaison des frais d'exploitation
au moyen d'un modèle CM/MR**

Les principaux modèles d'évaluation de l'éventail des patients actuellement praticables sont présentés ci-dessous.

- (1) Analyse des données de la statistique médicale de la VESKA:
 - (1a) par GPS (avec coefficients de coûts appréciés)¹⁵⁹,
 - (1b) par GPH (avec coefficients de coûts vaudois)¹⁶⁰,
 - (1c) par DRG (avec coefficients de coûts américains).

¹⁵⁹. GPS = groupes de patients par groupes spécialisés; voir page 142.

¹⁶⁰. GPH = groupes de patients hospitalisés; voir Fekete/Beroud/Eggl (GPH).

(2) Analyse des RSS (avec coefficients de coûts suisses):

- (2a) par GPS,
- (2b) par GPH,
- (2c) par DRG,
- (2d) par PMC¹⁶¹.

Utilité: la prise en compte de l'éventail des patients permettrait de nuancer davantage le modèle PP/PR élargi dont il a été question sous la lettre b). L'intégration des données médicales permet de mieux apprécier la "production" de chaque fournisseur de prestations.

Coût:

- Pour (1a): définition du modèle GPS: classement des diagnostics et opérations avec des méthodes statistiques et par les médecins. Utilisation à cet effet d'une table de transcodage informatisée. Calcul des coefficients de coûts en mettant en relation les statistiques médicale et administrative (coût moyen à élevé).
- Pour (1b) et (1c): les programmes et coefficients de coûts existent déjà, mais doivent éventuellement être adaptés (coût bas à moyen).
- Pour (2a), (2b), (2c) et (2d): relevé des RSS à l'échelle nationale. Adaptation des modèles d'évaluation (coût élevé).

d) Comparaison des frais d'exploitation au moyen d'éventails des patients intégrant des données relatives aux soins

Utilité: éventail des patients équilibré. Les calculs visant à appréhender la complexité des cas permettent d'approcher quelque peu la réalité.

Coût: création ou évaluation de modèles de classification des patients sous l'angle des soins, à l'image de la PPR allemande (voir page 45) ou du modèle SEP formulé à l'Hôpital universitaire de Zurich (voir page 46).

¹⁶¹ PMC = Patient Management Categories; voir page 44 et Neubauer et al (PMC.); Fischer (PMC)

P. AMELIORATION DE LA TRANSPARENCE ET SYSTEMES D'INCITATION

Concrètement, la question qui se pose est la suivante: comment peut-on, dans le cadre de la statistique administrative et en tenant compte des recoupements avec d'autres statistiques, améliorer la transparence des différents mécanismes d'allocation, de répercussion et de répartition pratiqués dans le système sanitaire?

Dans le cadre des débats préliminaires, il a été précisé que la question des "systèmes incitatifs" occupait une place de premier plan dans cette problématique.

Au demeurant, celle-ci est si vaste que je me bornerai ici à présenter les points les plus importants et à aborder certaines questions particulières.

*

Un système statistique est tributaire des tâches qu'on lui assigne. Celles-ci sont effectuées à différents niveaux et en suivant des mécanismes qui varient en fonction de la configuration du système de santé.

On trouvera ci-dessous présentés sous forme de mots-clés les domaines qui appellent tout particulièrement une certaine transparence.

- Facteurs influant sur la demande:
 - éthique / mentalités,
 - conditions sociales / démographiques,
 - comportement en matière de santé / prévention,
 - évolution des maladies / influence du milieu,
 - offre existante / clientèle potentielle,
 - types d'assurance: en particulier HMO et autres systèmes de médecins de premier recours,
 - (pour l'aspect des incitations financières, voir plus loin).

- Détermination des prestations fournies / à fournir:
 - mesure des prestations à l'aide d'une définition du produit appropriée,
 - mandats,

- influence de la formation et de l'attitude générale des médecins.
- Incidences des systèmes d'incitation financière sur l'offre et la demande:
 - système de tarification en vigueur,
 - subventions et couverture du déficit,
 - systèmes de rémunération à prix fixes par groupes de patients,
 - tarif au temps consacré,
 - facturation à la prestation avec libre formation des prix,
 - types d'assurance.
- Effets et perspectives des mécanismes de contrôle:
 - calcul des coûts au sein de l'hôpital / systèmes d'indices / amélioration de la transparence du marché,
 - audit médical / étude des cas particuliers (utilization review) / contrôle de la qualité,
 - contrôle du caractère économique du traitement hospitalier par les caisses-maladie (médecins-conseils, LAMal 57) / contrôle du déroulement du traitement.

1. Facteurs influant sur la demande

Une statistique hospitalière n'a en principe pas pour objet de fournir des données et de permettre des analyses sur les domaines suivants:

- *Ethique et mentalités*

Il est ici surtout question de la valeur et du contenu des concepts de santé, de maladie et de guérison.

Les taux de morbidité, de fréquence opératoire et de certaines pathologies traitées en milieu hospitalier peuvent toutefois fournir certaines indications sur les mentalités.

*

Par contre, une statistique hospitalière pourrait et devrait fournir des informations sur les aspects suivants:

- *Conditions sociales et démographiques*

Afin d'établir si l'accès aux services de santé est garanti indépendamment du lieu de résidence, de la situation financière et du profil des habitants (par exemple, l'âge, le sexe, la nationalité, etc.), il est toutefois nécessaire de collecter et d'analyser des paramètres relatifs aux conditions sociales et démographiques.

- *Comportements en matière de santé / prévention*
- *Evolution des maladies / influences du milieu*

Afin d'obtenir les données épidémiologiques appropriées - par exemple pour analyser les effets d'une campagne de prévention - il faudrait non seulement développer le volet médical des statistiques hospitalières, mais aussi (pouvoir!) le mettre en relation avec les statistiques du secteur extra-hospitalier.

- *Offre existante / clientèle potentielle*

La statistique hospitalière peut nous fournir des données de base pour des enquêtes visant à mesurer l'influence de la demande induite par l'offre. (N.B.: la statistique ne peut répondre à la question de savoir si l'offre induit la demande ou si la demande induit l'offre [l'offre de services de santé est-elle plus dense dans certaines zones parce que les habitants y jouissent d'une moins bonne santé]).

Il serait possible d'étendre à cet aspect l'analyse des informations recueillies au titre de "données administratives" dans l'évaluation HMO. Pour les années 1990 à 1995, quelque 5,5 millions (!) d'assurés par année se verront établir un dossier d'assuré et des résumés seront compilés pour tous les cas ambulatoires et hospitalisés. Ces résumés recensent notamment les lieux de résidence et de traitement ainsi que l'âge du patient, mais pas de renseignements médicaux si ce n'est la catégorie sanitaire (accident, maladie, grossesse, etc.)¹⁶².

Il serait alors possible de déterminer pour le secteur hospitalier:

- la zone d'attraction pour des fournisseurs de prestations ou des régions de desserte (flux de patients entre cantons);
- la clientèle potentielle de certaines régions de desserte, la morbidité;
- les relations entre la densité de l'offre et la morbidité.

- *Types d'assurance: HMO et autres systèmes de médecins de premier recours*

Le relevé des différents types d'assurance est indispensable si l'on veut analyser leur incidence sur le secteur hospitalier. Or aucune des propositions actuelles concernant le RSS ne prévoit cette mesure. La proposition d'instaurer une subdivision selon la nature du garant¹⁶³ dans la rubrique "unités finales d'imputation" du RSS ne suffit pas. Remarque: les données HMO/Bonus comprennent le type d'assurance;

162. OFAS (HMO/Bonus).

163. Canton de Zurich (SDS): 5.

cependant, elles ne sauraient être couplées à des données médicales (provenant d'autres enquêtes).

2. Détermination des prestations fournies et à fournir

• Mesure des prestations fournies et définition du produit

Le choix d'une *définition du produit* appropriée est capital pour toute réflexion portant sur le caractère économique (comparaison des frais d'exploitation), la qualité, le prix par cas, la planification hospitalière, les mandats, etc.

Concrètement, le produit rapporté au patient doit-il être défini:

- comme catégorie de patients (fondée sur le type de traitement ou sur le problème? avec ou sans intégration des soins)?
- comme faisceau de procédures ou prestation par prestation (à l'instar du CPH)?
- sur la base de l'utilisation des ressources (par exemple selon le tarif au temps consacré)?

Parallèlement se pose la question de la quantification des prestations d'intérêt public (essentiellement les urgences, éventuellement le quota de lits) et des domaines de la recherche et de la formation.

La taille du service d'urgence pourrait être définie sur la base du personnel intervenu (personnel des différents services de garde inclus). Dans les régions difficiles d'accès, le nombre de lits peut éventuellement aussi être retenu comme prestation d'intérêt public.

Prestations d'intérêt public

La recherche et la formation peuvent être décrites sur la base des postes de formation, éventuellement sur celle des places d'apprentissage.

Recherche et formation

Plusieurs moyens se présentent pour améliorer la définition du produit telle qu'elle est prévue dans les systèmes actuels de classification des patients:

Prestations prodiguées au patient

- définir les formes de prise en charge (domaine médical, des soins, paramédical, hébergement);

- préférer la notion de phase de traitement à celle de cas;
- opter pour des systèmes à plusieurs niveaux, établir une distinction entre les catégories de problèmes et de types de traitement (à tout le moins par la création de groupes fondés sur le diagnostic et l'opération);
- intégrer les buts du traitement.

Un critère essentiel de cette amélioration réside dans l'adéquation de la définition des produits à des domaines de responsabilité.

L'OFAS devrait s'engager en faveur d'une définition des produits bien conçue.

• *Détermination des prestations à fournir / mandats*

Quels sont, au juste, les établissements hospitaliers qui ont un mandat?

Comment les mandats sont-ils définis? Il serait opportun d'adopter des directives sur le mode de définition des mandats. Suffit-il, par exemple, de dire que "l'hôpital X dispose d'une division de médecine interne et est tenu d'assurer les prestations de base" ou ces prestations de base doivent-elles être spécifiées de façon plus précise? Si tel est le cas, une fois de plus se pose la question de savoir s'il est possible d'arrêter une définition du produit.

• *Influence de la formation et de l'attitude générale des médecins*

La formation des médecins quant aux possibilités et aux aspirations de la médecine, aux questions éthiques concernant la santé et la maladie, la vie et la mort, leur capacité de réflexion en matière d'organisation et d'économie sont autant de facteurs qui influent profondément sur la quantité et la nature des prestations fournies. Cette remarque vaut en particulier pour les domaines où le médecin de premier recours propose au patient de poursuivre le traitement en faisant appel, par exemple, à un spécialiste.

Il convient d'évaluer et, le cas échéant, de reformuler les plans de formation de base et de formation continue à la lumière de ces considérations.

3. Incidences des systèmes d'incitation financière sur l'offre et la demande

a) *Système de tarification en vigueur*

Les statistiques hospitalières contribuent actuellement à la transparence en ceci qu'elles montrent sans équivoque que les coûts augmentent plus rapidement que l'on est disposé à l'accepter (toutefois, cette situation perdure depuis des années: aurait-on fini par l'accepter...?).

Le système actuel de tarification et d'assurance ne donne manifestement pas les bonnes incitations. Les patients préfèrent en effet un traitement hospitalier à un traitement ambulatoire dans la mesure où la quote-part qu'ils doivent payer eux-mêmes pour le traitement ambulatoire est élevée¹⁶⁴; il en va de même des caisses-maladie pour autant que le patient soit assuré et se fasse opérer en division commune; les erreurs thérapeutiques et les augmentations quantitatives [davantage d'actes, davantage de temps par acte] sont remboursées, etc.).

Une statistique hospitalière devrait s'attacher à mettre en lumière les effets de ce genre d'incitations par la comparaison entre elles des régions de desserte et par l'analyse de l'évolution dans le temps. Il serait à cet effet possible de procéder à une analyse des taux de morbidité, d'hospitalisation et d'opérations par groupe de cas.

b) *Subventions et couverture du déficit*

Un débat est actuellement en cours qui vise à remplacer le système des subventions directes, de la couverture du déficit et du financement des investissements pour les établissements hospitaliers par un modèle dans lequel les hôpitaux publics facturent eux aussi l'intégralité des coûts et l'apport de fonds publics est porté du côté du demandeur¹⁶⁵.

Toutefois, la LAMal prévoit que, pour les conventions passées avec les hôpitaux publics, les forfaits à négocier ne devront pas excéder un plafond de 50 % des coûts imputables (investissements, recherche et formation et surcapacités non compris)¹⁶⁶.

164. La LAMal (article 64, 1er alinéa, lettre a) prévoit l'introduction d'un pourcentage de participation aux frais aussi bien pour le traitement ambulatoire que pour le traitement hospitalier, en cas d'hospitalisation, l'assuré verse en outre une participation aux frais de séjour (article 64, 5ème alinéa). Ces mesures éliminent une bonne partie des raisons financières qui peuvent inciter le patient à se faire hospitaliser.

165. Voir Baumberger (Vollkostentaxen).

166. LAMal 49¹.

La question se pose de savoir si, dans la statistique hospitalière, les coûts moyens effectifs (indépendamment des subventions et des subsides de couverture des déficits) doivent apparaître par "produit" et par fournisseur de prestations. Un marché plus ouvert voudrait que la connaissance des coûts soit avant tout un élément de gestion interne de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle la question d'une réglementation des subventions qui ne se fonde pas exclusivement (à tout le moins directement) sur les coûts sera bientôt un sujet d'une brûlante actualité. A cet égard, l'évaluation des prestations d'intérêt public prévues dans les mandats constituera une nouvelle base d'analyse.

	<p>c) Systèmes de rémunération à prix fixes par groupe de patients</p>
<p><i>Définition du produit</i></p>	<p>Le problème majeur pour l'introduction du forfait par cas réside dans le fait que la <i>définition du produit n'est en dernière analyse possible que dans une mesure insuffisante</i>. Avec pour conséquences:</p> <ul style="list-style-type: none">• des effets - voulus ou non - de transfert entre les différentes institutions (hôpitaux, domaine extra-hospitalier) et les secteurs thérapeutiques (médecine, soins, traitements paramédicaux, automédication) en fonction des formes de rémunération retenue;• les critères de qualité ne peuvent être que difficilement définis ou restent partiels;• une fois de plus, les astuces ne manqueront pas pour tourner les réglementations du forfait par cas à son propre profit; la planification de ce genre de réglementation demandera une imagination fertile et des qualités de visionnaire pour parer aux abus.
<p><i>Garantie de la qualité</i></p>	<p>Pour instituer un système de rémunération fondé sur des groupes de patients, la <i>définition des exigences de qualité</i> revêt, en complément de la définition du produit, une importance capitale.</p> <p>Le Conseil fédéral et, partant, l'OFAS devraient contribuer à la définition de ces exigences ("peut", selon le libellé de la LAMa¹⁶⁷).</p>
<p><i>Fixation des prix</i></p>	<p>Lors de l'introduction du forfait par cas, il faut mettre au point des modèles de remboursement qui prennent en compte les cas extrêmes de façon appropriée. A côté des patients requérant des traitements</p>

167. LAMa 58.

largement plus onéreux que la moyenne, les hospitalisations de courte durée ne sont pas sans poser de problèmes¹⁶⁸.

La fixation des "trim points" (limites supérieure et inférieure entre lesquelles le forfait par cas s'applique) doit faire l'objet d'une attention particulière¹⁶⁹.

Comme il existe dans le forfait par cas une incitation à décrire la situation du patient comme plus grave qu'elle n'est en réalité, il est nécessaire de procéder à un contrôle du classement des patients.

Validation des données

d) Tarif au temps consacré

Un tarif se fondant sur le seul temps consacré à la prestation peut entraîner une augmentation quantitative et une tendance à une réduction du niveau des prestations (quantité au détriment de la qualité). Son introduction ne peut se concevoir qu'avec l'instauration concomitante de mécanismes de contrôle efficaces.

Vouloir répertorier le temps de travail consacré à une prestation pour la statistique hospitalière - par exemple sur la base des RSS coûts - est absolument illusoire. Si toutefois la facturation devait se faire sur la base d'un tarif horaire, il serait nécessaire de faire figurer sur la facture des indications concernant les prestations fournies et le temps consacré à leur exécution. Couplées à des données propres à établir une classification des patients, ces informations permettraient d'exercer un certain contrôle.

e) Facturation à la prestation avec libre formation des prix

Un système de libre formation des prix fondé sur la facturation à la prestation est concevable si les assureurs disposent d'instruments performants pour le contrôle du caractère économique. Avec la

168. Dans ce contexte, le contrôle du classement des cas est aussi important; dans l'étude portugaise de Bentes et al (DRG + qualité), une grande partie des hospitalisations de courte durée étaient mal classées, et ce souvent dans le but de donner assez de raisons au patient de pouvoir recourir à un traitement hospitalier.

169. Quelques exemples recueillis oralement concernant la situation en Hongrie où le système des DRG a récemment été introduit en l'espace de 6 mois (!) montrent que, parmi d'autres, ce point doit faire l'objet d'une attention particulière. Comme les forfaits par cas pour les patients dont l'hospitalisation déborde la limite supérieure de séjour prévue pour le DRG en question sont très bas et comme il existe un excédent de lits important, dès que les patients ont atteint la durée moyenne de séjour de leur DRG et lorsque cela est possible, ils sont déplacés et déclarés patients chroniques (bénéficiant d'un forfait journalier indépendant de leur DRG). Les patients dont il est prévisible qu'ils n'atteindront pas le trim point inférieur sont envoyés en congé durant un ou deux jours afin de pouvoir ensuite facturer l'intégralité du forfait par cas.

facturation à la prestation, les assureurs reçoivent une large palette de données concernant l'exécution du travail, lesquelles permettraient un tel contrôle. Toutefois, celui-ci serait onéreux et devrait s'appuyer sur une solide base informatique.

Il reste que la facturation à la prestation pourrait, pour certaines tâches, remplacer le RSS.

f) Types d'assurance

La forme d'assurance choisie par l'assuré peut avoir une incidence sur sa demande de services sanitaires.

A l'instar des HMO, un système de *médecins de premier recours* permet au conseil médical et au demandeur d'évaluer le besoin de prestations médicales et d'en discuter. Le contrôle par le médecin primaire des prestations secondaires permet en outre d'institutionnaliser une forme importante de contrôle des prestations fournies.

L'évaluation HMO/Bonus¹⁷⁰ de l'OFAS a pour objet d'établir si une participation aux frais plus élevée (ou proportionnelle au recours au système de santé) influe sur la demande du patient.

La pression des coûts, qui se fera toujours plus pressante pour les assureurs en particulier, appelle un grand sens des responsabilités de la part du médecin et l'ouverture d'une évaluation exclusivement économique des traitements.

La statistique hospitalière pourrait être un instrument d'analyse des répercussions des diverses formes d'assurance. Toutefois, le point de vue du médecin de premier recours ou éventuellement du garant sur le déroulement de l'intégralité du traitement serait dans cette optique encore plus important.

4. Mécanismes de contrôle: effets et perspectives

a) Comptabilité analytique à l'hôpital / systèmes d'indices

Pour assurer une bonne qualité des prestations tout en restant économique, un hôpital doit faire la différence entre les cas occasionnant des coûts élevés du fait des problèmes de santé du patient et les cas dans lesquels des économies peuvent être réalisées en travaillant de façon plus efficiente.

¹⁷⁰. OFAS (HMO/Bonus).

A cette fin, des systèmes de comptabilisation des coûts bien conçus sont indispensables.

L'OFAS pourrait se charger de promouvoir ce genre de systèmes de comptabilité analytique, éventuellement de les définir, les imposer et d'en faire contrôler la bonne application (à l'image de la comptabilité financière, dont la tenue et la révision externe sont obligatoires)¹⁷¹.

Dans ce domaine, il serait possible de soutenir les hôpitaux et les organismes tuteurs dans leur responsabilité en matière de coûts sans imposer de réglementations centrales trop contraignantes. Les recommandations de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires du 13.12.93 vont dans le même sens en prévoyant, pour les hôpitaux publics notamment, l'introduction d'une comptabilité par unités finales d'imputation d'ici à 1998 (recommandation 9)¹⁷². Pour ce faire, deux variantes de systèmes de classification des patients ou des prestations devront être opérants avant fin 1995 dans le but de procéder à des applications pilotes (recommandation 8). La recommandation 5 prévoit que "des comparaisons fiables entre tous les hôpitaux publics de Suisse" devront pouvoir se faire d'ici à fin 1996.

**b) Audit médical / étude des cas particuliers
(utilization review) / contrôle de la qualité**

Ces mesures peuvent prendre corps par le truchement du contrôle cas par cas notamment. Voici quelques repères pouvant servir de point de départ¹⁷³:

Contrôle cas par cas

- contrôle préalable du bien-fondé d'un procédé (par exemple, deuxième avis avant les opérations, surveillance du déroulement, planification de la sortie); contrôle du lieu, de la durée et de la synchronisation (timing) du traitement;
- gestion des cas très onéreux¹⁷⁴;
- contrôle rétrospectif se fondant sur l'anamnèse des patients.

171. Aux termes de la LAMal 58¹, le Conseil fédéral peut "prévoir des contrôles... pour garantir... l'adéquation des prestations". Selon l'alinéa 3, il détermine les mesures servant à "garantir... l'adéquation des prestations".

172. CDS (Recommandations).

173. Les réflexions qui suivent se fondent en particulier sur : Institute of Medicine-USA (UM).

174. L'article 58³ de la LAMal dit explicitement que des mesures peuvent être prévues pour les cas très onéreux.

Aux Etats-Unis, on a observé entre autres les retombées suivantes:

- raccourcissement de l'hospitalisation;
- mais: absence d'image claire du bénéfice des campagnes;
- vraisemblablement pas d'incidence sur l'augmentation des coûts à long terme (!).

Points à observer pour l'avenir:

- il convient de prêter une attention plus soutenue à la *protection du patient*;
- loin de se limiter au contrôle des hospitalisations et dépenses inutiles, il convient de l'étendre aux *cas pour lesquels les prestations ont pu se révéler insuffisantes*.

c) Contrôle du caractère économique des traitements hospitaliers par les caisses-maladie

Médecins-conseil

La LAMal confère au médecin-conseil un rôle important dans l'appréciation du caractère économique des prestations¹⁷⁵.

Contrôle du déroulement du traitement

Il convient d'accorder davantage d'attention au *contrôle du déroulement* tout au long du traitement. Cela vaudra particulièrement avec l'introduction des forfaits par cas, qui induiront un effet de transfert du secteur hospitalier au secteur extra-hospitalier.

Critères éthiques et critères économiques

Il est (sur le principe) facile d'évaluer le caractère économique d'une prestation: ce qui coûte moins cher est par définition plus économique. Il est par contre beaucoup plus ardu d'en évaluer l'efficacité. Il ne suffit pas de dire que plus les dépenses sont élevées, meilleure sera la santé du patient à son retour chez lui. Les courbes de l'efficacité de certains types de traitement ont en elles-mêmes des maxima difficilement définissables, qu'il faudrait de surcroît comparer entre eux.

De cette situation découle un grand danger. A savoir que les nombreuses possibilités concrètes de contrôle du caractère économique pourraient occulter, voire fouler aux pieds d'autres aspects - essentiellement éthiques - des prestations en matière de santé. Ce risque est d'autant plus concret qu'il est socialement difficile de trouver un consensus sur cette question: il est en effet plus facile de s'accorder pour dire qu'il faut tout tenter que pour trancher entre ce qui doit être fait et ce à quoi l'on renonce.

¹⁷⁵. LAMal 57. Voir aussi en particulier le commentaire à ce sujet dans le Message du Conseil fédéral (Message LAMal): 96.

Q. AMELIORATION DE LA QUALITE DES DONNEES PAR L'INFORMATION EN RETOUR AUX FOURNISSEURS DE DONNEES

Pour qu'un flux d'information en retour porte ses fruits, certaines conditions doivent être remplies¹⁷⁶:

- fréquence,
- différenciation,
- immédiateté.

Comme autres critères, on peut aussi retenir:

- pertinence des informations renvoyées,
- conséquences entraînées par les réponses de mauvaise qualité.

Les organes de contrôle externes sont mal placés pour remplir toutes ces conditions. Et la qualité des données est un des éléments essentiels de la bonne interprétation d'une statistique.

La collecte de données par des organes externes ne satisfait que rarement le statisticien: il ne sera pas satisfait du codage (CIM), des données recueillies ou du modèle adopté.

Aussi serait-il, à mes yeux, très important de ne pas procéder au relevé de données à des seules fins statistiques, mais de les prendre comme des sous-produits d'applications faisant partie intégrante de la gestion des établissements. Dans ce sens, il serait tout à fait approprié de mettre au point un modèle de comptabilité par unités finales d'imputation adapté et d'en rendre l'application obligatoire. Il convient de saluer et de soutenir les efforts déployés dans cette direction par la CDS¹⁷⁷ et par la VESKA¹⁷⁸.

176. Böcker/Hoepfner (KoRe): 168 ss.

177. CDS (Recommandations).

178. Le Groupe d'experts "Comptabilité analytique" travaille à l'extension de la comptabilité analytique en une comptabilité par unités finales d'imputation. La journée informatique annuelle de la VESKA qui s'est tenue le 20.4.94 s'est penchée sur la question des systèmes de comptabilité par unités finales d'imputation.

ANNEXES

R. LE MODELE PP/PR

1. Aperçu

L'efficacité d'une prestation peut s'évaluer en confrontant travail effectué et ressources disponibles. C'est là une des façons de mesurer la productivité.

Le lecteur trouvera ci-après une vue générale des propositions de pondération des prestations et des ressources se fondant sur la statistique administrative.

Chaque *prestation fournie* se voit attribuer des points de prestation.

Il est par exemple possible d'utiliser les cas et les journées d'hospitalisation saisis dans le cadre de la statistique administrative en vigueur. Ces données sont classées selon trois catégories de traitement: aigu, ambulatoire et de longue durée (pour les secteurs gériatrique et chronique).

Prestations fournies:
points de prestation (PP)

La capacité de production (potentiel de prestations) peut se mesurer en attribuant des points en fonction des ressources mobilisées (technique du scoring). Cette option permet de renoncer à une classification (primaire) des hôpitaux par type d'établissement.

Capacité de production:
points de ressources (PR)

On peut retenir, pour l'attribution des points de ressources, les paramètres suivants:

- personnel, selon qualifications ou par catégorie;
- lits, subdivisés par type de lits (aigu, gériatrique, de longue durée, clinique de jour, urgences, soins intensifs, de réveil, de dialyse, ...; proportion de lits gérés par des médecins privés agréés);
- autres installations, par exemple nombre de salles d'opération et d'accouchement;
- équipement technique, par exemple appareils spéciaux comme le scanographe, etc.;
- prestations spéciales, par exemple service d'urgence, de pathologie, etc.;
- postes de formation;
- éventuellement aussi: situation financière, capital investi.

A l'heure actuelle, seules les données relatives au nombre de lits et à l'effectif en personnel sont disponibles.

2. Introduction des points de prestation

Concept: les points de prestation représentent une mesure du travail effectué. Pour chaque point de prestation, il est possible de calculer les frais et les ressources mobilisées.

Les deux exemples suivants donnent une idée du résultat obtenu par cette méthode sur la base des données actuellement disponibles.

Exemple (a): pondération des prestations sur la base de chiffres empiriques (points de prestation relatifs).

<i>(points, sur 100)</i>		<i>(Fr/points)</i>
TRAVAIL EFFECTUE =		Variante
100 x C_{aigu}	cas en divisions de soins aigus	2800
+ 15 x JH_{aigu}	jours d'hospitalisation en divisions de soins aigus	400
+ 50 x C_{long}	cas en divisions de soins de longue durée	600
+ 5 x JH_{long}	jours d'hospitalisation en divisions de soins de longue durée	200
50 x C_{amb}	patients ambulatoires	500

Remarque: dans les modèles ci-dessus, le coefficient de corrélation r^2 entre les coûts et les PP est de respectivement 83,7% et 95,8%.

Exemple (b): pondération sur la base d'un calcul par régression (les points de prestation correspondent à des valeurs exprimées en francs).

	Hôp. de district canton A	Petits hôpitaux canton B	Cantons A + B	Hôp. de district et rég. canton A
C_{aigu}	3059	1973	2869	96
JH_{aigu}	318	628	514	769
JH_{long}	272	138	196	187
n	22	15	37	29
r^2	96.5%	99.0%	94.6%	98.7%
constante	1234	1372	- 352	- 1647
écart-type Y	997	1291	2174	2323
coef.var	7.0%	6.0%	12.9%	9.8%

Ces valeurs sont insatisfaisantes. Les écarts entre les deux échantillons sont considérables (on a par exemple des valeurs de 318 et 628 pour les JH_{aigus}). Ce qui veut dire que ce type de calcul n'est pas indépendant des types d'établissements.

Bien que le coût des patients ambulatoires soit intégré dans les frais globaux, les calculs par régression incluant les C_{amb} (nombre de patients ambulatoires) ne fournissent pas de valeurs exploitables en raison de l'absence d'une définition uniforme de la notion de "cas ambulatoire". Si, comme ci-dessus, on laisse les C_{amb} de côté, les coûts des patients ambulatoires subsistent et produisent un effet parasite.

3. Pondération des ressources

Dans les pages qui vont suivre, le lecteur trouvera un exemple qui se fonde sur l'effectif en personnel et le nombre de lits.

J'estime opportun d'intégrer d'autres données concernant les moyens matériels mis en oeuvre. Certains d'entre eux sont, il est vrai, aujourd'hui déjà relevés dans la statistique administrative sous le titre "offre médico-technique".

a) Effectif en personnel

Effectué avec les données du modèle, un calcul par régression multiple des frais d'exploitation résultant de l'effectif en personnel et du parc de lits n'a produit aucun résultat exploitable. N.B.: certains paramètres étaient négatifs.

La corrélation entre le relevé des frais de personnel pris séparément pour les 37 hôpitaux suisses retenus et les frais d'exploitation est bonne ($r^2 = 95\%$).

b) Nombre de lits

La corrélation entre le nombre de lits et les frais d'exploitation fournit aussi de bonnes valeurs. Pour les hôpitaux observés, elle est toutefois bien meilleure pour le canton B que pour les hôpitaux de district du canton A.

	Canton B	Canton A	Cantons A + B
Lits _{aigu}	228.7	175.3	225.2
Lits _{long}	45.5	85.6	64.1
n	15	22	37
r^2	98.8%	91.8%	93.7%
constante	1166	1291	-1032
écart-type Y	1360	1496	2315
coef. var.		10.5	13.5%

Il ne fait aucun doute qu'à côté de l'effectif en personnel, le nombre de lits joue un rôle important dans le niveau des prestations fournies par un hôpital, car le traitement de nombreux problèmes de santé nécessite entre autres le recours à un lit. Cependant, accorder une importance excessive au nombre de lits risque de détourner notre attention du fait que le niveau des prestations est aussi largement tributaire d'autres facteurs structurels.

c) Pondération

Le calcul des données du test n'a, dans le cadre d'une analyse par régression des coûts combinés des lits et du personnel, donné aucune valeur utile. Aussi une pondération arbitraire s'impose-t-elle dans un premier temps. On retient comme coefficient les frais moyens en personnel par collaborateur pour les ressources humaines et les frais moyens en matériel par lit pour les lits. Cette dernière valeur est

ensuite ventilée (arbitrairement) entre les lits aigus et de longue durée de sorte à attribuer un coefficient trois fois plus élevé aux lits aigus.

On obtient ainsi les valeurs suivantes:

P	collaborateur	86
L _{aigu}	lit aigu	48
L _{long}	lit pour patients de longue durée	16

En procédant à un calcul par régression des frais d'exploitation des 37 hôpitaux retenus sur la base des points de ressources ainsi calculés, on obtient un coefficient de corrélation $r^2 = 95,8 \%$.

Si l'on effectue un calcul par régression des frais en matériel en retenant une pondération différenciée pour les lits aigus et les lits de longue durée (avec P inchangé à 86, on a $L_{long} = 51$ et $L_{aigu} = 8$), la corrélation entre les frais d'exploitation et les points de ressources est de $r^2 = 96,2 \%$. On constate que la différence résultant de la nouvelle pondération des lits est peu importante.

d) Possibilités de différenciation

La réflexion sur l'opportunité de la pondération de l'effectif en personnel lui-même reste à faire (en se fondant par exemple sur les catégories de personnel: médecins, soignants, personnel d'autres spécialités médicales et autres).

A cet effet, la fixation des coefficients sur la base des frais moyens par catégorie de personnel constitue une méthode de pondération qui a l'avantage de la simplicité.

4. Exemples d'analyse

Le lecteur trouvera un exemple d'analyse selon le modèle "Fr/points" à la figure 8, page 84.

Dans cette figure on trouve, *en bas*, les indices habituels (lits et occupation des lits, durée de séjour et coût/journée d'hospitalisation) présentés sous forme graphique. Le nombre total de lits est figuré en valeur absolue sous forme de barres. Le rectangle placé dans la barre délimite les lits aigus (en dessous du rectangle) des lits de longue durée (en dessus). Le triangle noir indique l'occupation des lits mesurée en patients par jour.

En haut, on trouve les chiffres relatifs au caractère économique (coûts/PP), à la productivité (PP/PR) et les grandeurs auxiliaires servant, dans le modèle PP/PR, au calcul du niveau de complexité (PP/cas), indiqué en pour cent d'écart par rapport à la valeur moyenne.

Les hôpitaux AS, BK et BL ont par exemple des valeurs de productivité supérieures à la moyenne.

A ce point, il serait intéressant d'intégrer à ce graphique les valeurs des années passées afin de pouvoir se faire une image de l'évolution de ces valeurs dans le temps.

*

Les paramètres de pondération permettent à chaque hôpital de calculer ses propres indices et de les comparer ensuite avec les valeurs de référence (valeurs moyennes) de l'ensemble des fournisseurs de prestations travaillant avec le même type d'établissement. Remarque: à ces fins, il serait possible de livrer aux hôpitaux un programme miniature avec lequel ils pourraient, après saisie des données relatives aux prestations de leur propre établissement, procéder eux-mêmes à leur analyse.

S. LE MODELE GPS

Le modèle GPS (pour Groupes de Patients par groupes Spécialisés) résulte de la tentative visant à établir un lien entre les données disponibles de la statistique administrative et de la statistique médicale de la VESKA. La définition de groupes de patients permet des exploitations analogues à celles des systèmes sophistiqués de classification des patients.

Le modèle GPS a sur les PCS actuels l'avantage de disposer d'une structure à deux niveaux: il permet pour un établissement de déterminer tant le mix des patients que le mix des prestations.

1. La définition des groupes de patients

Les données de la statistique administrative sont notamment articulées par centres de charges, à savoir par groupes médicaux spécialisés. Il est donc naturel de respecter cette structure pour les données de la statistique médicale. N.B.: pour les cas où la division traitante (groupe spécialisé) n'est pas recensée dans le cadre de la SMV, on peut tenter d'assigner aux patients un groupe spécialisé sur la base du diagnostic et de l'opération.

Il n'est donc pas impératif de descendre jusqu'au niveau des différents DRG. Une classification correspondant aux données de la statistique administrative est présentée à la figure suivante¹⁷⁹.

Sont définis comme groupes spécialisés: la médecine, la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie et la gériatrie¹⁸⁰. Ce qui fait un total de 7 groupes spécialisés.

On a donc 7 groupes spécialisés par 3 groupes de problèmes (selon la complexité des catégories de diagnostic) par un maximum de 4 groupes de types de traitement (selon la cherté des opérations), ce qui donne 84 catégories de patients¹⁸¹ (84 catégories de types de traitement répartis en 21 catégories de problèmes).

¹⁷⁹. On retrouve le principe d'une classification sommaire des problèmes dans le classement des diagnostics en 34 ADG (Ambulatory Diagnostic Groups) du système ACG (Ambulatory Care Groups). Voir à ce sujet Weiner et al. (ACG) et Fischer (ACG).

¹⁸⁰. Cette classification correspond à celle du questionnaire destiné à la statistique administrative et compte annuel des établissements hospitaliers, ann. 2 de VESKA/OFAS/OFS.

¹⁸¹. Il serait aussi possible de subdiviser les diagnostics en 5 groupes de complexité. On aurait ainsi 140 catégories de patients.

Fig. 11: Le modèle GPS

Problèmes Type de traitement	Charge estimée; Complexité	DIVISIONS SPECIALISEES							
		méd.	chir.	gyn.	obst.	péd.	psy.	gér	
Diagnostics	basse moyenne élevée								Catégories de diagnostic
Opérations	aucune basse moyenne élevée								Catégories de type de traitement

Pour procéder à la répartition des différents diagnostics et types de traitement dans leurs catégories, on pourrait commencer par proposer un procédé statistique (analyse de variance, analyse par clusters) pour ensuite charger un groupe de médecins de la classification définitive¹⁸². Grâce à une table de transcodage, le traitement des données collectées ne poserait alors aucun problème (instructions de transcodage des codes CIM et codes opératoires de la VESKA en catégories de problèmes et de types de traitement correspondantes¹⁸³).

On dispose, pour les 7 groupes spécialisés, d'échantillons concernant aussi bien la durée de séjour (journées d'hospitalisation) que les coûts (charges d'exploitation partielles et charges totales, à savoir incluant l'utilisation des investissements). Les frais permettent, pour chaque groupe spécialisé, de calculer des coefficients de coûts qui pourraient être mis en relation avec la durée moyenne de séjour et rapportés aux 3 x 4 sous-groupes.

*

Remarque: il est bien entendu concevable et peut-être opportun de prévoir par analogie des groupes de patients par domaine spécialisé (par spécialité médicale) et de donner forme à un *modèle GPDS*.

182. Une autre possibilité consisterait à opérer une première partition en 3 catégories de diagnostics et 4 catégories de types de traitement sur la base du niveau des coefficients de coût américains et vaudois.

183. Voir par exemple Fischer (Recycling).

2. Utilisations possibles

Sur la base des coûts moyens par groupe spécialisé et de la durée de séjour moyenne par groupe de patients, on peut calculer des coefficients de coûts et, partant, des index du case-mix:

- mix des patients selon les catégories de diagnostic et
- mix des prestations selon les catégories de types de traitement.

Il est aussi possible de calculer les mesures de l'efficacité dont il a été question dans la partie théorique:

- efficacité du choix du type de traitement et
- efficacité de l'exécution du type de traitement.

On pourrait en outre procéder au calcul des *index de l'intensité relative des coûts*¹⁸⁴. N.B.: il s'agit d'un procédé que j'ai mis au point, mais qui n'a pas encore été publié; il est destiné à la comparaison des fournisseurs de prestations entre eux. La technique consiste à formuler des indices corrigés du case-mix se fondant non sur des valeurs moyennes, mais sur des quantiles. Ce procédé permet de mieux tenir compte des situations de dispersion atypique des coûts et ne pondère pas excessivement les gros écarts par rapport à la moyenne.

184. Voir Fischer (Irkl).

**T. EXEMPLE DE CALCUL A PARTIR
D'UN SYSTEME DE CLASSIFICATION
DES PATIENTS A PLUSIEURS NIVEAUX**

Abréviations et signes utilisés dans l'exemple:

Abréviation 1	Abréviation 2	Explication
S		somme
M		moyenne
è	probl	problème
b	but	but du traitement
t	typt	type de traitement
h	phase	phase de traitement
p	proc	procédure
r	ress	ressource
èDg1, èDg2		groupes de diagnostics 1 et 2
bRé		but: rétablissement des capacités fonctionnelles
tOpC		opération selon la méthode classique
tOpN		opération selon une méthode nouvelle
hDg		phase diagnostique (avant l'opération)
hOp		phase opératoire (jour de l'opération)
hPost		phase de la postcure (après le jour de l'opération)
FP		fournisseur de prestations
Qeff		quantité effective
Qréf		quantité de référence
K1eff	Keff	coût unitaire effectif
K1cal		coût unitaire calculé
K1réf	Kréf	coût unitaire de référence
Kréftréf		coût de référence du type de traitement de référence

1. Introduction

Cet exemple de calcul a pour objet de présenter les possibilités ouvertes par l'utilisation d'un système de classification des patients et des prestations à plusieurs niveaux.

Les prestations ont été classées en fonction des niveaux de décision et d'exécution suivants:

- description du problème (en l'occurrence: diagnostic);
- buts du traitement;
- type de traitement;
- phases du traitement;
- procédures;
- (ressources).

Au niveau de la description du problème et des buts, la mesure de l'efficacité se fonde sur le diagnostic et, selon le choix des variables descriptives, sur la gravité du cas. En clair, l'éventail des patients (demande) est pris en compte dans l'appréciation de la complexité d'un cas.

*Eventail des patients
 (case-mix)*

La mesure de l'efficacité au niveau des types et phases de traitement et des procédures reflète la complexité du traitement. Ainsi, l'éventail des prestations (offre, fourniture de prestations) intervient également dans l'évaluation de la complexité des cas.

*Eventail des prestations
 (mix des prestations)*

*

Les données du modèle ont été chargées dans une banque de données et les analyses ont été formulées en langage SQL. Le modèle est encore susceptible d'améliorations; il n'a par ailleurs pas encore été pleinement éprouvé. Les données de base ont été fixées plus ou moins librement et peuvent ainsi donner lieu à des valeurs peu réalistes.

L'objet de ces calculs est d'*esquisser des utilisations possibles et de les présenter de façon plus concrète par le biais d'un exemple.*

2. Données de base du modèle

Les calculs ne sont pas fondés sur des données effectivement collectées. L'ensemble des chiffres a été librement établi sur la base des données présentées ci-après.

a) A propos de la compilation des données du modèle

(1) Description des diagnostics, des buts et des types de traitements

Les patients retenus présentent deux diagnostics (èDg1 et èDg2). Deux types de traitement existent: une opération classique tOpC et une méthode nouvelle tOpN. Cette dernière se prête particulièrement bien au traitement des patients diagnostiqués tDg2. Par souci de clarté, on a admis que le but du traitement est toujours le même, à savoir "rétablir les capacités fonctionnelles" (bRé).

(2) Description des fournisseurs de prestations

Quatre hôpitaux ont été modélisés:

- l'hôpital *HA*, établissement géré par des médecins privés agréés avec phase diagnostique préalable en milieu extra-hospitalier, sans physiothérapie et permettant un séjour de courte durée;
- l'hôpital *HM*, avec des patients et des types de traitement variés et des séjours de durée moyenne;
- l'hôpital *HC* ne pratiquant que des opérations classiques qui prennent davantage de temps et nécessitent généralement une hospitalisation prolongée;
- l'hôpital *HN*, spécialisé dans la nouvelle méthode opératoire, qui prend moins de temps et permet aux patients de rentrer chez eux plus rapidement.

Seuls les frais et prestations directement imputables aux patients ont été saisis, ce qui revient à une comptabilisation partielle des coûts.

Tab. 1: Patients traités répartis par hôpital

FP	Patient	Probl.	But	Typt	Durée
HA	P01A2n	èDg2	bRé	tOpN	3
	P02A2n	èDg2	bRé	tOpN	3
	P03A1n	èDg1	bRé	tOpN	3
HM	P01M1c	èDg1	bRé	tOpC	6
	P02M2n	èDg2	bRé	tOpN	6
	P03M1n	èDg1	bRé	tOpN	4
HC	P01C1c	èDg1	bRé	tOpC	5
	P02C1c	èDg1	bRé	tOpC	9
	P03C2c	èDg2	bRé	tOpC	6
	P04C2c	èDg2	bRé	tOpC	7
	P05C1c	èDg1	bRé	tOpC	7
HN	P01N2n	èDg2	bRé	tOpN	4
	P02N1n	èDg1	bRé	tOpN	4
	P03N2n	èDg2	bRé	tOpN	3
	P04N1n	èDg1	bRé	tOpN	3
	P05N2n	èDg2	bRé	tOpN	3

(3) Taille du modèle

Seize patients recourant aux services de quatre fournisseurs de prestations ont été modélisés. La saisie des prestations comprend au total 16 diagnostics, 16 buts thérapeutiques, 16 opérations, 45 phases de traitement, 277 procédures et 607 utilisations de ressources.

Ont été définis comme catégories aux différents niveaux de décision et d'exécution: 2 diagnostics (problèmes), 1 but, 2 opérations (types de traitement), 3 phases, 13 procédures et 20 ressources.

On obtient ainsi 2 groupes de patients au niveau du diagnostic (problème), $2 \times 2 = 4$ au niveau des types de traitement et $2 \times 2 \times 3 = 12$ groupes de patients au niveau des phases de traitement.

Tab. 2: Nombre de patients traités aux niveaux du diagnostic et du type de traitement par hôpital et par groupe de patients

Groupe		Dg1	Dg2	OpC	OpN	1C	1N	2C	2N
Diagnostic		Dg1	Dg2		Dg1	Dg1	Dg2	Dg2	
But				bRé	bRé	bRé	bRé	bRé	bRé
Opération				OpC	OpN	OpC	OpN	OpC	OpN
Hôpital	HA	1	2		3		1		2
	HM	2	1	1	2	1	1		1
	HC	3	2	5		3		2	
	HN	2	3		5		3		2
Total		8	8	6	10	4	5	2	5

b) Saisie des prestations

(1) Données médicales de cas

Sont saisies comme données médicales:

- problème, sous la forme d'un diagnostic;
- but du traitement, par exemple "établissement du diagnostic" ou "rétablissement des capacités fonctionnelles";
- type de traitement: genre d'opération;
- phases du traitement: actes diagnostics, opération, postcure en milieu hospitalier;
- procédures, par exemple consultation, radiologie, examens en laboratoire, opération elle-même en spécifiant à chaque fois une grandeur (quantité).

(2) Données administratives de cas

Ont été collectées comme données de cas administratives:

- identification du fournisseur de prestations, du patient et du cas;
- date d'admission;
- dates des différents actes (phases et procédures);
- date de sortie (= dernier jour de traitement);
- quantité et nature des ressources mobilisées par procédure exécutée (par exemple temps de travail du médecin [en minutes], matériel).

(3) Données de base du fournisseur de prestations

Ont été retenus ici les prix calculés par unité de ressources.

3. Mode de calcul

a) Quantité

(1) Quantités effectives

Les quantités effectives proviennent directement de la collecte des données et touchent la mise en oeuvre des ressources et des procédures.

(2) Quantités de référence

Les quantités de référence ont été déterminées sur la base du calcul des moyennes des quantités effectives par unité de mesure¹⁸⁵. Pour ce faire, les groupes ont été formés sur la base d'une répartition que l'on retrouve dans le tableau 3.

Tab. 3: Référentiel des unités de mesure

Nature de la grandeur mesurée	Défini par rapport à :	Exemple
Ressources	Procédure, phase, type de traitement, but, problème	Temps consacré par le médecin (en min) pour la consultation pour l'établissement du diagnostic avant la plastie articulaire sur la cheville pour rétablir les capacités fonctionnelles après une fracture de la cheville
Procédures	Phase, type de traitement, but, problème	Nombre de pages de rapport sur l'établissement du diagnostic avant une opération de pontage pour rétablir les capacités fonctionnelles après un infarctus du myocarde
Phase	Type de traitement, but, problème	Postcure en milieu hospitalier après une hystérectomie pour prévenir un cancer après un diagnostic de myome utérin
Type de traitement	But, problème	Décompression dans le but de libérer le patient de la douleur en cas de syndrome du canal carpien
But	Problème	Rétablissement des capacités fonctionnelles après une double fracture de l'avant-bras
Problème	--	Tendovaginite

A partir du niveau "phase", les quantités observées et, partant, les quantités de référence sont toujours égales à 1. N.B.: par souci de simplicité, nous partons ici de l'idée qu'un seul but est fixé par diagnostic, qu'un seul type de traitement est mis en oeuvre et que chaque phase de traitement ne se déroule qu'une fois.

¹⁸⁵. Le lecteur trouvera les formules de ces calculs à la fin du présent ouvrage en page 176.

b) Coûts

(1) Coûts effectifs des ressources

Côté ressources, il existe pour chaque fournisseur de prestations une liste comprenant les prix effectifs calculés. On y trouve par exemple les prix d'achat, les salaires ou les prix de facturation interne.

Certaines valeurs de l'hôpital "HC" sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Tab. 4: Exemples de prix des ressources (coûts effectifs)

Ressource	Description	Unité	Prix unitaire
rChir	Chirurgie	Minute	2.30
rAOT	Assistance opératoire technique	Minute	0.80
rEcharpe	Echarpe	Pièce	5.80
rFilm36	Film radiographique "36"	Cliché	3.50
rMatJetab	Matériel jetable	Francs	1.00
iChambre	Nuitée	Jours	235.00
iRepas	Repas	Pièce	8.50

(2) Coûts de référence des ressources

Les coûts de référence des ressources ont été calculés en prenant les moyennes des prix effectifs pondérés par les quantités de référence par ressource mise en oeuvre. N.B.: les prix auraient aussi pu être pondérés par les quantités observées; le procédé retenu ici donne des prix de référence qui ne sont pas le reflet mécanique des ressources effectivement mises en oeuvre par le fournisseur de prestations, mais qui tiennent compte des proportions des quantités mobilisées globalement.

(3) Coûts effectifs des autres grandeurs de mesure

Les coûts effectifs des procédures, des phases, des types de traitement, des buts et des problèmes sont calculés en faisant la somme de la quantité effective x les coûts effectifs des prestations ressortissant à chacune des grandeurs.

Les coûts effectifs des actes diagnostics résultent par exemple de la somme des frais encourus au titre des consultations, des rapports médicaux, des radiographies, des frais de laboratoire et de séjour hospitalier avant le début de la thérapie (avant l'opération).

(4) Coûts de référence des autres grandeurs de mesure

Dans le modèle, les coûts de référence des autres grandeurs sont obtenues par des calculs de moyennes. Pour ce faire, on commence par calculer des “coûts unitaires calculés” par prestation saisie en effectuant la somme de la quantité effective x les coûts de référence des prestations ressortissant à chaque grandeur. Les coûts de référence sont obtenus en effectuant la moyenne de ces “coûts unitaires calculés” pondérée par les quantités de référence.

Les prestations saisies sont regroupées selon le procédé utilisé pour le calcul des quantités de référence (voir tableau 3).

c) Exemple

On trouvera dans l'exemple de la page suivante les grandeurs calculées pour chaque niveau.

4. Analyse

a) Mesure de l'efficacité calculée

On procède au calcul de deux mesures différentes de l'efficacité.

Pour mesurer l'efficacité du choix des moyens, on se pose la question suivante: a-t-on opté pour les types de traitement et les procédures qui sont en principe les moins coûteux, ceux dont les coûts de référence sont peu élevés?

*Efficacité du choix
 des moyens*

Dans le modèle REF, les décisions, à chaque niveau, sont pondérées par des coûts de référence et évaluées quant à leur caractère économique par comparaison avec des décisions standard (traitements de référence).

*Modèle REF
 (établi sur la base des types
 de traitement de référence)*

Pour mesurer le bien-fondé du choix des moyens, une solution simple consiste à comparer la quantité de moyens et de mesures effectivement appliqués avec la quantité de référence, puis de pondérer les écarts obtenus avec les coûts de référence avant de les additionner.

*Modèle CAL
 (établi sur la base de calculs)*

Pour mesurer l'efficacité de l'exécution, on compare les frais occasionnés (de tous les niveaux subordonnés) aux coûts de référence. La question est de savoir si le travail a globalement été effectué de façon économique.

Efficacité de l'exécution

Tab. 5: Exemple de calcul des coûts relatifs à un cas

IdC# = HA : Pa03B1n : 1								
Jour	Typ	Description	Qeff	Unité	Qréf	K1eff	K1cal	K1réf
26	è	èDg1	1.0	x	1.00	1883.55	2463.76	2463.76
26	b	bRé	1.0	x	1.00	1883.55	1780.16	2463.76
26	t	tOpN	1.0	x	1.00	1883.55	1542.25	1780.16
26	h	hOp	1.0	x	1.00	914.80	727.99	727.99
26	P	pOpN	1.0	x	1.00	492.30	454.31	377.39
26	r	rChir	40.0	min	32.25	2.90		2.56
26	r	rAOT	40.0	min	32.25	0.90		0.82
26	r	rAné	65.0	min	34.75	2.80		2.47
26	r	rSoins	90.0	min	75.00	0.75		0.76
26	r	rMatJet	27.0	pce	21.00	1.00		1.00
26	r	rMédi	50.0	Fr	44.75	1.00		1.00
26	r	rAtelleAB	1.0	pce	1.00	6.30		6.74
26	r	rEcharpe	1.0	pce	1.00	7.50		6.70
26	p	pJS	1.0	x	1.00	67.50	68.02	66.13
26	r	rSoins	90.0	min	87.50	0.75		0.76
26	p	pJHgén	1.0	x	1.00	355.00	276.58	284.46
26	r	iChambre	1.0	jours	1.00	355.00		276.58
27	h	hPost	1.0	x	1.00	968.75	739.86	814.26
27	P	pJS	1.0	x	1.00	84.25	84.69	66.85
27	r	rSoins	75.0	min	54.38	0.75		0.76
27	r	rMédi	28.0	Fr	25.75	1.00		1.00
27	P	pJHgén	1.0	x	1.00	406.00	308.12	303.08
27	r	iRepas	3.0	pce	2.50	17.00		10.51
27	r	iChambre	1.0	jours	1.00	355.00		276.58
28	P	pJS	1.0	x	1.00	89.50	89.79	66.85
28	r	rSoins	50.0	min	54.38	0.75		0.76
28	r	rMédi	52.0	Fr	25.75	1.00		1.00
28	P	pJHgén	1.0	x	1.00	389.00	297.61	303.08
28	r	iRepas	2.0	pce	2.50	17.00		10.51
28	r	iChambre	1.0	jours	1.00	355.00		276.58

30 records selected.

Légende:

IdC#	Identification du cas comprenant: hôpital : numéro de patient : numéro de cas
Qeff	Quantité effective
Unité	Unité de mesure
Qréf	Quantité de référence = moyenne des quantités effectives
K1eff	Coût unitaire effectif = somme de la quantité effective x coût effectif
K1cal	Coût unitaire calculé = somme de la quantité effective x coût de référence
K1réf	Coût de référence = moyenne des coûts calculés

Ainsi, l'efficacité du choix des moyens permet d'évaluer les incidences économiques des actes et décisions à un niveau donné. L'efficacité de l'exécution donne la mesure globale des écarts de coût de l'ensemble des actes et décisions subordonnés.

b) Compilation des résultats

(1) Indices classiques

Tab. 6: Indices classiques

Hôpital	Coûts /cas	Ecart en %	Durée du séjour	Ecart en %	Coûts /jour	Ecart en %
HA	1807	- 20	3.0	- 35	602	+ 23
HM	2430	+ 8	5.3	+ 15	456	- 7
HC	2818	+ 25	6.8	+ 47	414	- 15
HN	1865	- 17	3.4	- 27	549	+ 12
Moyenne	2258	--	4.6	--	488	--

(2) Statistique des mesures de l'efficacité

La statistique suivante propose une présentation compilée des mesures de l'efficacité du choix et de l'exécution des types de traitement (sur lesquelles nous reviendrons en détail plus loin), ainsi que des écarts par rapport à l'index du case-mix pour la durée de séjour et les coûts.

Tab. 7: Compilation des résultats (écarts en pourcentage)

(page de droite)

Dans les grandes lignes, la règle appliquée est la suivante: en soustrayant de l'efficacité de l'exécution l'efficacité du choix (CAL) du niveau inférieur, on obtient environ l'efficacité de l'exécution du niveau en question.

Ce mécanisme s'explique par le fait que les écarts de coût de tous les niveaux subordonnés sont compris dans l'efficacité de l'exécution, alors que l'écart de coût d'un seul niveau intervient dans l'efficacité du choix du traitement.

Remarque: l'efficacité du choix des ressources n'a pas été calculée pour le modèle REF car il aurait été trop lourd de compiler (sur une base arbitraire) les valeurs de référence de l'utilisation des ressources pour toutes les procédures saisies de façon distincte par type de traitement et par diagnostic.

Hôpital	Mesure de l'efficacité	Problème	Type de traitement	Phase	Procédures	Ressources
HA	Choix (REF)	/	- 20.7	- 16.6	- 7.2	
	Choix (CAL)	/	- 20.1	- 12.2	- 7.4	+ 6.0
	Exécution	- 17.4	+ 3.3	+ 17.6	+ 27.0	+ 19.8
	Case mix-jours	- 35.1	- 16.7			
	Case mix-coûts	- 17.8	+ 5.6			
HM	Choix (REF)	/	- 17.0	0.0	+ 17.1	
	Choix (CAL)	/	- 4.5	+ 2.7	+ 9.3	- 2.3
	Exécution	+ 4.5	+ 9.4	+ 6.6	- 2.5	- 0.1
	Case mix-jours	+ 9.4	+ 15.4			
	Case mix-coûts	- 4.9	+ 10.6			
HC	Choix (REF)	/	+ 19.7	0.0	+ 25.3	
	Choix (CAL)	/	+ 34.4	0.0	+ 2.1	- 0.3
	Exécution	+ 22.6	- 8.8	- 8.8	- 10.6	- 10.5
	Case mix-jours	+ 40.9	+ 2.0			
	Case mix-coûts	+ 22.9	- 11.1			
HN	Choix (REF)	/	- 23.8	0.0	- 11.4	
	Choix (CAL)	/	- 20.9	+ 5.2	- 6.7	- 0.4
	Exécution	- 15.8	+ 6.5	+ 1.2	+ 8.4	+ 8.8
	Case mix-jours	- 27.3	- 5.6			
	Case mix-coûts	- 16.1	+ 9.0			

Légende: Case mix-jours Case-mix pondéré en fonction des jours
 Case mix-coûts Case-mix pondéré en fonction des coûts

(3) Un premier commentaire

Remarque: il ne sera dans ces premières réflexions pas question des index du case-mix; ceux-ci feront l'objet d'une réflexion par la suite.

L'hôpital HA, géré par des médecins privés agréés, obtint du point de vue diagnostic un très bon résultat (efficacité de l'exécution du traitement en regroupant les patients par problème: -17,4 %). Ce bon résultat est dû au souci d'économie dans le choix des types de traitement (selon le modèle CAL: -20,1 %), des phases (-12,2 %) et des procédures (-7,4 %). Comme l'analyse le montrera plus loin, cet état de fait tient au type de traitement retenu pour tous les patients (tOpN) et, surtout, au déroulement de la phase préopératoire en milieu extra-hospitalier. Il apparaît par ailleurs clairement que l'utilisation des

ressources est supérieure à la moyenne (+6 %) et que les ressources mises en oeuvre étaient très coûteuses (+19,8 %). Ce dernier chiffre donne la mesure des écarts par rapport à la moyenne en matière de prix d'achat et de salaires.

Considérés globalement, les coûts de l'hôpital *HM* sont légèrement supérieurs à la moyenne (+4,5 %). On constate que le choix des types de traitement est plutôt économique (-4,5 % selon le modèle CAL), celui des phases tout à fait dans les normes (+2,7 % et 0 % selon le modèle REF), celui des procédures très coûteux (+9,3 %). Par ailleurs l'utilisation des ressources est légèrement inférieure à la moyenne (-2,3 %), les prix d'achat et les salaires étant équilibrés (-0,1 %).

Sur l'ensemble, les coûts de l'hôpital *HC* sont très élevés (+22,6 %). Ils résultent d'un choix des types de traitement tout à fait inapproprié (+34,4 %), d'un choix des phases normal (0 %), d'un choix des procédures légèrement supérieur à la moyenne (+2,1 %) et d'une utilisation moyenne des ressources (-0,3 %) avec des prix d'achat très avantageux (-10,5 %).

Côté diagnostic, l'hôpital *HN* a des coûts très bas (-15,8 %) résultant d'un comportement économique à tous les niveaux de décision. Toutefois, le prix d'achat des ressources mises en oeuvre est élevé (+8,8 %).

La section suivante porte sur une analyse détaillée des mesures d'efficacité calculées.

c) Efficacité du choix des moyens selon le modèle REF

Pour mesurer l'efficacité du choix des moyens selon le modèle REF, on compare les coûts de référence des moyens et mesures choisis avec les coûts de référence des moyens et mesures de référence.

Il convenait à cet effet d'établir une liste des actes de référence. On y définit, par exemple, que le type de traitement *tOpC* constitue le traitement de référence pour le diagnostic *èDg1* et que le diagnostic *èDg2* est de préférence traité par *tOpN*. Il est par ailleurs prévu que chaque traitement doit passer par les trois phases constituées par les actes préopératoires (*hDia*), l'opération (*hOp*) et la postcure (*hPost*).

(1) Efficacité du choix du type de traitement

Il ressort du tableau ci-dessous que, à l'exception de l'hôpital *HC*, tous les fournisseurs de prestations ont appliqué des types de traitement économiques (toutes les valeurs de la colonne *%écCoût* sont négatives). Les écarts en pourcentage relativement élevés sont dus au

fait que les coûts de référence varient beaucoup entre les deux types de traitement (1733,5 pour *tDg2* et *tOpN*, et 3147,4 pour *tDg1* et *tOpC*).

Tab. 8: Efficience du choix des types de traitement, présentée par hôpital

FP	Typ	Nbre	Kréf	Kréftréf	%écCoût
HA	t	3	1749	2205	- 20.7
HM	t	3	2220	2676	- 17.0
HC	t	3	3089	2582	19.7
HN	t	3	1752	2299	- 23.8

Légende:

- FP Fournisseur de prestations
 Typ Type de mesure de l'efficience: "t" = efficience du type de traitement
 Nbre Nombre de cas
 Kréf Coût de référence du type de traitement retenu
 Kréftréf Coût de référence du type de traitement de référence
 %écCoût Ecart en pourcentage = efficience du choix du type de traitement

Le tableau ci-après permet de comprendre la façon dont ces valeurs ont été dégagées. On y trouve des chiffres par patient. Là où il n'y a pas d'écart, on a appliqué le type de traitement de référence correspondant au diagnostic posé.

Tab. 9: Efficience du choix des types de traitement, par hôpital et par patient

FP	Cas	Probl.	Typt	Typ	Kréf	Kréftréf	écCoût	%écCoût
HA	HA: P01A2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		
	HA: P02A2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		
	HA: P03A1n: 1	èDg1	tOpN	t	1780.16	3147.4	- 1367.2	-43.4
HM	HM: P01M1c: 1	èDg1	tOpC	t	3147.37	3147.4		
	HM: P02M2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		
	HM: P03M1n: 1	èDg1	tOpN	t	1780.16	3147.4	- 1367.2	- 43.4
HC	HC: P01C1c: 1	èDg1	tOpC	t	3147.37	3147.4		
	HC: P02C1c: 3	èDg1	tOpC	t	3147.37	3147.4		
	HC: P03C2c: 1	èDg2	tOpC	t	3002.52	1733.5	1269.0	73.2
	HC: P04C2c: 3	èDg2	tOpC	t	3002.52	1733.5	1269.0	73.2
	HC: P05C1c: 3	èDg1	tOpC	t	3147.37	3147.4		
HN	HN: P01N2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		
	HN: P02N1n: 1	èDg1	tOpN	t	1780.16	3147.4	- 1367.2	- 43.4
	HN: P03N2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		
	HN: P04N1n: 1	èDg1	tOpN	t	1780.16	3147.4	- 1367.2	- 43.4
	HN: P05N2n: 1	èDg2	tOpN	t	1733.54	1733.5		

(2) Efficience du choix des phases

L'analyse qui suit peut certes paraître quelque peu simpliste. Il n'empêche qu'elle met en lumière comme nulle autre l'importance de la subdivision d'un traitement en différentes phases.

Exception faite de l'hôpital *HA*, on n'enregistre aucun écart. Ce qui veut dire que tous ces établissements ont respecté le plan de phases donné comme référence; il s'articule selon les phases de diagnostic, d'opération ou thérapie et de postcure en milieu hospitalier.

L'hôpital *HA* n'a de son côté pas procédé à la phase diagnostique. C'est pour cette raison que ses frais par cas, pris au niveau du type de traitement ou du problème, ne sauraient être comparés directement aux frais par cas des trois autres hôpitaux. *Ainsi, la comparaison des coûts n'a de sens que si elle est effectuée au niveau des phases de traitement.*

"L'économie" réalisée sur l'hospitalisation dans l'établissement *HA* équivaut en moyenne à 16,6 % des coûts de référence d'un traitement se déroulant selon les phases normales. Il est évident qu'au moins une partie de ces coûts ont été supportés par le secteur extra-hospitalier. Il serait donc nécessaire de procéder à une *analyse globale du déroulement du traitement.*

Tab. 10: Efficience du choix des phases, par hôpital

FP	Typ	Nbre	Kréf	Kréftréf	%écCoût
HA	h	3	1535.9	1842.5	- 16.6
HM	h	3	2280.3	2280.3	
HC	h	5	3089.4	3089.4	
HN	h	5	1844.2	1844.2	

Tab. 11: Efficience du choix des phases, par hôpital et par patient

FP	Cas	Description	Typ	Kréf	Kréftréf	écCoût	%écCoût
HA	HA: P01A2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1532.70	1834.0	- 301.3	- 16.4
	HA: P02A2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1532.70	1834.0	- 301.3	- 16.4
	HA: P03A1n: 1	èDg1: bRé: tOpN	h	1542.25	1859.5	- 317.2	- 17.1
HM	HM: P01M1c: 1	èDg1: bRé: tOpC	h	3147.37	3147.4		
	HM: P02M2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1833.96	1834.0		
	HM: P03M1n: 1	èDg1: bRé: tOpN	h	1859.46	1859.5		
HC	HC: P01C1c: 1	èDg1: bRé: tOpC	h	3147.37	3147.4		
	HC: P02C1c: 3	èDg1: bRé: tOpC	h	3147.37	3147.4		
	HC: P03C2c: 1	èDg2: bRé: tOpC	h	3002.52	3002.5		
	HC: P04C2c: 3	èDg2: bRé: tOpC	h	3002.52	3002.5		
	HC: P05C1c: 3	èDg1: bRé: tOpC	h	3147.37	3147.4		
HN	HN: P01N2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1833.96	1834.0		
	HN: P02N1n: 1	èDg1: bRé: tOpN	h	1859.46	1859.5		
	HN: P03N2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1833.96	1834.0		
	HN: P04N1n: 1	èDg1: bRé: tOpN	h	1859.46	1859.5		
	HN: P05N2n: 1	èDg2: bRé: tOpN	h	1833.96	1834.0		

(3) Efficience du choix des procédures

L'efficience du choix des procédures mesure le caractère économique des actes prescrits: combien de radiographies et d'analyses en laboratoire ont-elles été prescrites? et dans quelle classe de prix? Combien de journées d'hospitalisation se sont révélées nécessaires? Combien de pages de rapport ont été écrites? etc.

Un premier aperçu montre que les hôpitaux *HM* et plus spécialement *HC* prescrivent des procédures avec largesse.

Tab. 12: Efficience du choix des procédures, par hôpital

FP	Typ	Kréf	Kréftréf	%écCoût
HA	p	711.4	766.4	- 7.2
HM	p	834.2	712.7	17.1
HC	p	1047.6	836.3	25.3
HN	p	575.0	649.1	- 11.4

La lecture du tableau ci-après fait ressortir les phases dans lesquelles des actes occasionnant des frais particulièrement élevés ont été prescrits.

Tab. 13: Efficience du choix des procédures, par hôpital et par phase

FP	Typ	Description	Nbre	Kréf	Kréftréf	%écCoût
HA	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	1	728.0	728.0	
	p	èDg1: bRé: tOpN: hPos	1	739.9	839.1	- 11.8
	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	2	656.7	656.7	
	p	èDg2: bRé: tOpN: hPos	2	743.6	859.0	- 13.4
HM	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	1	462.9	469.9	- 1.5
	p	èDg1: bRé: tOpC: hOp	1	814.9	814.9	
	p	èDg1: bRé: tOpC: hPost	1	1602.4	1211.7	32.2
	p	èDg1: bRé: tOpN: hDia	1	420.6	449.9	- 6.5
	p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	1	728.0	728.0	
	p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	1	839.1	839.1	
	p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	1	713.2	384.9	85.3
	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	1	656.7	656.7	
	p	èDg2: bRé: tOpN: hPos	1	1270.2	859.0	47.9
	HC	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	3	688.9	469.9
p		èDg1: bRé: tOpC: hOp	3	814.9	814.9	
p		èDg1: bRé: tOpC: hPos	3	1732.7	1211.7	43.0
p		èDg2: bRé: tOpC: hDia	2	630.4	516.9	22.0
p		èDg2: bRé: tOpC: hOp	2	784.4	784.4	
p		èDg2: bRé: tOpC: hPost	2	1587.6	1226.2	29.5
HN	p	èDg1: bRé: tOpN: hDia	2	265.5	449.9	- 41.0
	p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	2	728.0	728.0	
	p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	2	839.1	839.1	
	p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	3	164.0	384.9	- 57.4
	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	3	656.7	656.7	
	p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	3	832.8	859.0	- 3.1

On remarquera que ceci n'est jamais le cas durant la phase opératoire. Ce fait tient à ce que cette phase s'est toujours déroulée de façon identique et conformément à la norme. Les procédures mises en oeuvre sont, pour tous les cas: 1 opération + 1 journée de soins + 1 journée hébergement (voir aussi à ce propos l'exemple page 153).

L'hôpital *HN* se distingue particulièrement par son utilisation économe des procédures durant la phase préopératoire (-41,0 % pour le diagnostic *èDg1* et -57,4 % pour le diagnostic *èDg2*).

Dans l'hôpital *HM*, les coûts sont particulièrement élevés pour les phases postopératoires des patients traités selon le schéma prévu (*èDg1/tOpC* et *èDg2/tOpN*). Il est absolument nécessaire d'appro-

fondir l'analyse de la phase préopératoire des patients diagnostiqués *tDg2* et pris en charge selon le type de traitement *tOpN*: les coûts des prescriptions ont pour ces cas dépassé les coûts de référence du procédé de référence de 85,3 %.

Comme il est déjà ressorti de l'aperçu comparatif de la situation par établissement, l'hôpital *HC* n'est lui non plus pas des plus économes dans le choix des procédures; la chose se vérifie durant les phases pré- et postopératoire et en particulier pour les cas les plus souvent traités dans l'établissement, à savoir les patients présentant un diagnostic *tDg1* et subissant une opération classique *tOpC* (phase diagnostique: +46,6 %; postcure: +43,0 %).

*

Le passage qui suit traite de l'évaluation du choix des procédures par patient.

Il y a lieu de relever que le mauvais résultat en matière de choix des procédures durant la phase de traitement pour la catégorie de diagnostic *tDg1* dans l'hôpital *HC* est dû aux patients *P02C1c* et *P04C2c*. Remarque: l'influence considérable de ces deux cas sur le résultat global s'explique naturellement par la taille restreinte de l'échantillon de notre exemple.

(cf tab. 14, page suivante)

d) Efficience du choix des moyens selon le modèle CAL

Le modèle CAL définit comme valeurs de référence les quantités moyennes mises en oeuvre pondérées par leurs coûts de référence. On compare ainsi les quantités effectives pondérées de façon identique: il n'y a donc plus besoin de donner les prestations de référence, ce qui nous épargne la recherche d'un consensus supplémentaire. Toutefois, la condition nécessaire de ce calcul est de connaître les données de tous les établissements.

Dans les tableaux ci-après, on trouvera les coûts globaux de chaque hôpital et non, comme on l'a fait jusqu'ici, les coûts par cas.

Malgré l'importance qu'ils revêtent pour la mesure de l'efficience, nous ne reviendrons pas ici sur les écarts calculés, car le premier commentaire sur la compilation des résultats (page 171XX) porte essentiellement sur ces valeurs.

(cf tab. 15, 16, 17 et 18, page 163).

Tab. 14: Efficience du choix des procédures,
par hôpital et par patient

FP	Cas	Typ	Description	Kréf	Kréftréf.	écCoût	%écCoût
HA	HA:P01A2n:1	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	656.74	656.7		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	743.57	859.0	- 115.5	- 13.4
	HA: P02A2n: 1	p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	656.74	656.7		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	743.57	859.0	- 115.5	- 13.4
	HA: P03A1n: 1	p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	727.99	728.0		
		p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	739.86	839.1	- 99.2	- 11.8
HM	HM: P01M1c: 1	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	462.86	469.9	- 7.0	- 1.5
		p	èDg1: bRé: tOpC: hOp	814.86	814.9		
		p	èDg1: bRé: tOpC: hPost	1602.45	1211.7	390.7	32.2
	HM: P02M2n: 1	p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	713.16	384.9	328.3	85.3
		p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	656.74	656.7		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	1270.22	859.0	411.5	47.9
	HM: P03M1n: 1	p	èDg1: bRé: tOpN: hDia	420.56	449.9	- 29.3	- 6.5
		p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	727.99	728.0		
		p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	839.06	839.1		
HC	HC: P01C1c: 1	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	469.87	469.9		
		p	èDg1: bRé: tOpC: hOp	814.86	814.9		
		p	èDg1: bRé: tOpC: hPost	1211.72	1211.7		
	HC: P02C1c: 3	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	1126.89	469.9	657.0	139.8
		p	èDg1: bRé: tOpC: hOp	814.86	814.9		
		p	èDg1: bRé: tOpC: hPost	1993.18	1211.7	781.5	64.5
	HC: P03C2c: 1	p	èDg2: bRé: tOpC: hDia	453.02	516.9	- 63.8	- 12.3
		p	èDg2: bRé: tOpC: hOp	784.45	784.4		
		p	èDg2: bRé: tOpC: hPost	1552.83	1226.2	326.6	26.6
	HC: P04C2c: 3	p	èDg2: bRé: tOpC: hDia	807.83	516.9	291.0	56.3
		p	èDg2: bRé: tOpC: hOp	784.45	784.4		
		p	èDg2: bRé: tOpC: hPost	1622.46	1226.2	396.2	32.3
	HC: P05C1c: 3	p	èDg1: bRé: tOpC: hDia	469.87	469.9		
		p	èDg1: bRé: tOpC: hOp	1993.18	1211.7	781.5	64.5
		p	èDg1: bRé: tOpC: hPost	814.86	814.9		
HN	HN: P01N2n: 1	p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	371.63	384.9	- 13.3	- 3.4
		p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	656.74	656.7		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	859.05	859.0		
	HN: P02N1n: 1	p	èDg1: bRé: tOpN: hDia	411.72	449.9	- 38.2	- 8.5
		p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	727.99	728.0		
		p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	839.06	839.1		
	HN: P03N2n: 1	p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	60.13	384.9	- 324.8	- 84.4
		p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	859.05	859.0		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	656.74	656.7		

(Suite page suivante)

FP	Cas	Typ	Description	Kréf	Kréftréf.	écCoût	%écCoût
HN: P04N1n: 1		p	èDg1: bRé: tOpN: hDia	119.36	449.9	- 330.5	- 73.5
		p	èDg1: bRé: tOpN: hOp	727.99	728.0		
		p	èDg1: bRé: tOpN: hPost	839.06	839.1		
HN: P05N2n: 1		p	èDg2: bRé: tOpN: hDia	60.13	384.9	- 324.8	- 84.4
		p	èDg2: bRé: tOpN: hOp	656.74	656.7		
		p	èDg2: bRé: tOpN: hPost	780.27	859.0	- 78.8	- 9.2

Tab. 15: Efficience du choix des types de traitement (modèle CAL)

FP	Typ	IKcal	IKréf	écCoût	%écCoût
HA	t	5247.2	6565.3	- 1318.1	- 20.1
HM	t	6661.1	6978.3	- 317.2	- 4.5
HC	t	15447.2	11492.9	3954.3	34.4
HN	t	8760.9	11079.9	- 2319.0	- 20.9

Tab. 16: Efficience du choix des phases (modèle CAL)

FP	Typ	IKcal	IKréf	écCoût	%écCoût
HA	h	4607.6	5247.2	- 639.6	- 12.2
HM	h	6840.8	6661.1	179.7	2.7
HC	h	15447.2	15447.2		
HN	h	9220.8	8760.9	459.9	5.2

Tab. 17: Efficience du choix des procédures (modèle CAL)

FP	Typ	IKcal	IKréf	écCoût	%écCoût
HA	p	4268.5	4607.6	- 339.2	- 7.4
HM	p	7474.9	6840.8	634.1	9.3
HC	p	15765.6	15447.2	318.5	2.1
HN	p	8607.3	9220.8	- 613.4	- 6.7

Tab. 18: Efficience du choix des ressources (modèle CAL)

FP	Typ	IKcal	IKréf	écCoût	%écCoût
HA	r	4522.9	4268.5	254.5	6.0
HM	r	7301.1	7474.9	- 173.9	- 2.3
HC	r	15720.8	15765.6	- 44.8	- 0.3
HN	r	8570.7	8607.3	- 36.7	- 0.4

e) Comparaison des résultats des modèles CAL et REF

(1) Remarques générales

Les modèles CAL et REF donnent des résultats tour à tour identiques et très différents. On relève des disparités surtout dans la mesure de l'efficacité des types de traitement et des procédures entre les hôpitaux *HM* et *HC*.

Nous allons montrer, en prenant l'exemple de l'efficacité des types de traitement, à quoi tiennent ces variations.

Groupe de type traitement	Diagnostic	Opération	Efficacité mod. REF	Efficacité mod CAL
1C	èDg1	tOpC	0	+ 28%
1N	èDg1	tOpN	- 43%	- 18%
2C	èDg2	tOpC	+ 73%	+ 46%
2N	èDg2	tOpN	0	- 15%

Dans le modèle REF, les groupes de types de traitement 1C et 2N ont été définis (arbitrairement) comme groupes standard. On retient leur caractère économique comme valeur de référence (= 0). Dans le modèle CAL, tous les groupes de patients s'écartent de la valeur de référence, puisque celle-ci a été calculée en effectuant la moyenne de tous les traitements.

Les écarts pour les patients des groupes 2N / 2N / 1N ont pour l'hôpital *HA* un comportement général comparable dans les deux modèles. Tel n'est pas le cas pour les patients des groupes 1C / 2N / 1N de l'hôpital *HM*. Comparé aux deux autres patients, le coefficient du patient du groupe 1C est très élevé. D'où, en fin de compte, une efficacité de seulement -4,5 %.

(2) L'efficacité du choix des phases

Exception faite de l'hôpital *HA*, tous les établissements exécutent toutes les phases conformément à la norme prévue par le modèle REF. L'efficacité du choix des phases est donc égale à 0% pour ces trois hôpitaux. Toutefois, dans le calcul des moyennes, la pratique "économique" de l'hôpital *HA* quant aux phases retenues a des répercussions négatives sur la mesure de l'efficacité des autres hôpitaux en fonction du nombre de patients pour lesquels la combinaison diagnostic-thérapie de l'hôpital *HA* est appliquée. A cet égard, l'éventail des patients de l'hôpital *HC* est très différent de celui de l'hôpital *HA*. Ainsi, calculée sur la base du modèle CAL, la valeur

de l'efficacité dans le choix opéré par l'hôpital HC en matière de phases n'est pas affectée par l'activité de l'hôpital HA.

f) Efficacité de l'exécution

Pour mesurer l'efficacité de l'exécution, on compare les coûts effectifs aux coûts de référence. N.B.: les coûts effectifs incluent tous les écarts de coût des niveaux subordonnés.

Tab. 19: Vue d'ensemble de l'efficacité de l'exécution, par patient et par hôpital

PATIENT					GENERAL			PROBLEME				TYPE TRAITEMENT			
FP	Pat	Keff	Jour	K/jour	Kréf	éc.	%éc.	Probl.	Kréf	éc.	%éc.	Typt	Kréf	éc.	%éc.
HA	01A2n	1760	3	587	2258	-498	-22.1	èDg2	2051	-291	-14.2	tOpN	1734	26	1.5
	02A2n	1777	3	592	2258	-481	-21.3	èDg2	2051	-273	-13.3	tOpN	1734	44	2.5
	03A1n	1884	3	628	2258	-374	-16.6	èDg1	2464	-580	-23.5	tOpN	1780	103	5.8
Moy		1807	3	602	2258	-451	-20.0		2188	-382	-17.4		1749	58	3.3
HM	01M1c	2851	6	475	2258	593	26.3	èDg1	2464	388	15.7	tOpC	3147	-296	-9.4
	02M2n	2562	6	427	2258	304	13.5	èDg2	2051	512	24.9	tOpN	1734	829	47.8
	03M1n	1877	4	469	2258	-381	-16.9	èDg1	2464	-587	-23.8	tOpN	1780	96	5.4
Moy		2430	5	456	2258	172	7.6		2326	104	4.5		2220	210	9.4
HC	01C1c	2151	5	430	2258	-107	-4.7	èDg1	2464	-312	-12.7	tOpC	3147	-996	-31.6
	02C1c	3445	9	383	2258	1187	52.6	èDg1	2464	981	39.8	tOpC	3147	298	9.5
	03C2c	2522	6	420	2258	264	11.7	èDg2	2051	471	23.0	tOpC	3003	-481	-16.0
	04C2c	2852	7	407	2258	594	26.3	èDg2	2051	801	39.1	tOpC	3003	-151	-5.0
	05C1c	3120	7	446	2258	862	38.2	èDg1	2464	656	26.6	tOpC	3147	-28	-0.9
Moy		2818	7	414	2258	560	24.8		2299	519	22.6		3089	-272	-8.8
HN	01N2n	2064	4	516	2258	-194	-8.6	èDg2	2051	13	.6	tOpN	1734	330	19.1
	02N1n	2212	4	553	2258	-46	-2.0	èDg1	2464	-252	-10.2	tOpN	1780	432	24.3
	03N2n	1700	3	567	2258	-558	-24.7	èDg2	2051	-351	-17.1	tOpN	1734	-33	-1.9
	04N1n	1776	3	592	2258	-482	-21.3	èDg1	2464	-687	-27.9	tOpN	1780	-4	-0.2
	05N2n	1575	3	525	2258	-683	-30.2	èDg2	2051	-476	-23.2	tOpN	1734	-159	-9.1
Moy		1865	3	549	2258	-393	-17.4		2216	-350	-15.8		1752	113	6.5

Alors que pour l'évaluation de l'efficacité des choix les valeurs de tous les niveaux sont importantes, on peut pour l'efficacité de l'exécution retenir la valeur d'un seul niveau. La seule question qui se pose est de savoir laquelle. Remarque: ce type d'évaluation correspond à la méthode retenue pour les coûts dans le système des DRG. Les coûts par coefficient de coût constituent une mesure de l'efficacité de l'exécution. Toutefois, en fonction du DRG, ils sont calculés au niveau des problèmes ou à celui des types de traitement.

Dans le tableau 19, qui propose une analyse par patient, l'efficacité est calculée aux niveaux de "l'ensemble des patients" (GENERAL), du "problème", à savoir du diagnostic, et du "type de traitement", à savoir du type d'opération.

Les hôpitaux sont évalués de manière différenciée selon la grandeur mesurée (le critère retenu pour les coûts est, pour chaque hôpital, l'écart moyen en pour cent "%éc.").

Tab. 20: Notation des hôpitaux en fonction de divers critères (compilation effectuée sur la base des tableaux 6 et 19)

Hôpital	CRITERE D'EVALUATION				
	Durée de séjour	Coûts eff/jour	Coût eff/cas	Coût eff/diag	Coûts eff/op.
	jour	K/J	général	problème	type trait
HA	t. bon	t. mauvais	t. bon	t. bon	moyen
HM	sup. à la moy.	inf. à la moy.	mauvais	inf. à la moy.	mauvais
HC	mauvais	bon	t. mauvais	t. mauvais	bon
HN	bon	mauvais	t. bon	t. bon	mauvais

(1) Efficacité de l'exécution du type de traitement

Voici deux exemples d'analyse de cette efficacité. Dans la première variante, les patients ont été regroupés par type de traitement, dans la deuxième vient s'ajouter une différenciation par diagnostic (voir les indications de la colonne "Forme abrégée").

Remarque: pour les deux tableaux, les chiffres correspondent à ceux de la colonne "type de traitement" des deux tableaux d'ensemble précédents.

Il ressort notamment du premier tableau que l'hôpital *HM* a été très inefficace dans les opérations effectuées selon le nouveau procédé (*tOpN*; +26,6 %), mais pas dans les opérations classiques (-9,4 %).

Tab. 21: Efficience de l'exécution du type de traitement, par hôpital et par type de traitement

FP	Description	Forme abrégée	Nbre	Keff	Kréf	écCoût	%écCoût
HA	Traitement Op "N"	tOpN	3	1806.8	1749.1	57.7	3.3
HM	Traitement Op "C"	tOpC	1	2851.5	3147.4	- 295.9	- 9.4
	Traitement Op "N"	tOpN	2	2219.5	1756.8	462.7	26.6
HC	Traitement Op "C"	tOpC	5	2817.9	3089.4	- 271.5	- 8.8
HN	Traitement Op "N"	tOpN	5	1865.5	1752.2	113.3	6.4

En opérant un classement par diagnostic (tableau ci-dessous), on remarque que le résultat de l'hôpital HM pour les opérations tOpN est dû essentiellement à des patients présentant un diagnostic tDg2 (+47,8%).

Tab. 22: Efficience de l'exécution du type de traitement, par hôpital et par type de traitement en fonction du diagnostic

FP	Description	Forme abrégée	Nbre	Keff	Kréf	écCoût	%écCoût
HA	Traitement Op "N"	èDg1: bRé: tOpN	1	1883.6	1780.2	103.4	5.8
		èDg2: bRé: tOpN	2	1768.4	1733.5	34.9	2.0
HM	Traitement Op "C"	èDg1: bRé: tOpC	1	2851.5	3147.4	- 295.9	- 9.4
	Traitement Op "N"	èDg1: bRé: tOpN	1	1876.7	1780.2	96.5	5.4
		èDg2: bRé: tOpN	1	2562.4	1733.5	828.9	47.8
HC	Traitement Op "C"	èDg1: bRé: tOpC	3	2905.3	3147.4	- 242.0	- 7.7
		èDg2: bRé: tOpC	2	2686.8	3002.5	- 315.7	- 10.5
HN	Traitement Op "N"	èDg1: bRé: tOpN	2	1994.2	1780.2	214.0	12.0
		èDg2: bRé: tOpN	3	1779.7	1733.5	46.2	2.7

(2) Efficience de l'exécution des phases

L'évaluation des coûts ressortissant à chaque phase permet d'affiner l'analyse.

Dans un premier temps, on évalue les coûts par phase sous forme d'agrégats.

L'absence de phase diagnostique pour l'hôpital HA, géré par des médecins privés agréés, apparaît une fois de plus (étant donné que la phase préopératoire n'a pas été effectuée dans l'établissement, les

données y relatives ne figurent pas dans le RSS de l'hôpital). Le coût des deux autres phases sont, dans cet hôpital, relativement élevés, spécialement ceux de la phase opératoire (opération +24,3 % et postcure +12,5 %).

Dans l'hôpital *HM*, les opérations sont plutôt peu onéreuses (-7,2 %); par contre, les actes diagnostics et la postcure sont coûteux (respectivement +44,7 % et +13,8 %).

L'hôpital *HC* exécute toutes ses phases de manière relativement avantageuse.

L'hôpital *HN* se distingue par des frais diagnostics très bas (-26,2 %), mais présente par ailleurs des phases opératoire et de postcure plutôt coûteuses (respectivement +5,8 % et +7,2 %).

Tab. 23: Efficience de l'exécution des phases, par hôpital et par phase

FP	Description	Forme abrégée	Nbre	Keff	Kréf	écCoût	%écCoût
HA	Opératon Postcure en m. hosp.	hOp	3	846.1	680.5	165.6	24.3
		hPost	3	960.7	855.4	105.3	12.5
			3	1806.8	1535.9	270.9	17.6
HM	Phase diagnostique Opération Postcure en m. hosp.	hDia	3	513.6	417.0	96.7	44.7
		hOp	3	683.4	733.2	- 49.8	- 7.2
		hPost	3	1233.2	1130.1	103.0	13.8
			3	2430.2	2280.3	149.9	6.6
HC	Phase diagnostique Opération Postcure en m. hosp.	hDia	5	593.8	631.6	- 37.8	- 6.0
		hOp	5	740.7	802.7	- 62.0	- 7.7
		hPost	5	1483.4	1655.1	- 171.7	- 10.4
			5	2817.9	3089.4	- 271.5	- 8.8
HN	Phase diagnostique Opération Postcure en m. hosp.	hDia	5	228.2	307.6	- 79.5	- 26.2
		hOp	5	725.9	685.2	40.6	5.8
		hPost	5	911.5	851.3	60.2	7.2
			5	1865.5	1855.1	21.4	1.2

Le tableau suivant ne fera pas l'objet d'un commentaire exhaustif. Nous en retiendrons que la piètre efficience de l'hôpital *HM* dans la phase diagnostique est due à des patients opérés selon le nouveau procédé tOpN. Il serait intéressant d'en rechercher les causes et

d'établir si cela tient éventuellement à un problème de manque d'expérience ou au fait que les exigences diagnostiques sont trop élevées.

Tab. 24: Efficience de l'exécution des phases, par hôpital et par phase en fonction du type de traitement

FP	Description	Forme abrégée	Nbre	Keff	Kréf	écCoût	%écCoût
HA	Opération	tOpN: hOp	3	846.1	680.5	165.6	24.3
	Postcure en m. hosp.	tOpN: hPost	3	960.7	855.4	105.3	12.5
HM	Phase diagnostique	tOpC: hDia	1	405.2	632.4	- 227.2	- 35.9
		tOpN: hDia	2	567.8	309.2	258.6	85.0
	Opération	tOpC: hOp	1	846.7	814.9	31.8	3.9
		tOpN: hOp	2	601.8	692.4	- 90.6	- 12.8
	Postcure en m. hosp.	tOpC: hPost	1	1599.6	1700.1	- 100.5	- 5.9
		tOpN: hPost	2	1049.9	849.1	204.8	23.6
HC	Phase diagnostique	tOpC: hDia	5	593.8	631.6	- 37.8	- 6.0
	Opération	tOpC: hOp	5	740.7	802.7	- 62.0	- 7.7
	Postcure en m. hosp.	tOpC: hPost	5	1483.4	1655.1	- 171.7	- 10.4
HN	Phase diagnostique	tOpN: hDia	5	228.2	307.6	- 79.5	- 26.2
	Opération	tOpN: hOp	5	725.9	685.2	40.6	5.8
	Postcure en m. hosp.	tOpN: hPost	5	911.5	851.3	60.2	7.2

Auparavant, nous avons critiqué l'hôpital *HN* en raison notamment de ses coûts trop élevés durant la phase opératoire. Le tableau suivant montre que cela se vérifie tout à fait pour les patients présentant un diagnostic *èDg1* (+9,9 %), mais moins pour les patients présentant un diagnostic *èDg2* (+3,0 %); ceux-ci sont tout désignés pour un traitement selon le nouveau procédé

Tab. 25: Efficience de l'exécution des phases, par hôpital et par phase en fonction du type de traitement et du diagnostic

FP	Description	Forme abrégée	Nbre	Keff	Kréf	écCoût	%écCoût
HA	Opération	èDg1: bRé: tOpN: hOp	1	914.8	728.0	186.8	25.7
		èDg2: bRé: tOpN: hOp	2	811.8	656.7	155.1	23.6
	Postcure en m. hosp.	èDg1: bRé: tOpN: hPost	1	968.8	814.3	154.5	19.0
		èDg2: bRé: tOpN: hPost	2	956.6	876.0	80.7	9.2
HM	Phase diagnostique	èDg1: bRé: tOpC: hDia	1	405.2	632.4	- 227.2	- 35.9
		èDg1: bRé: tOpN: hDia	1	421.0	317.2	103.8	32.7
		èDg2: bRé: tOpN: hDia	1	714.7	301.3	413.4	137.2
	Opération	èDg1: bRé: tOpC: hOp	1	846.7	814.9	31.8	3.9
		èDg1: bRé: tOpN: hOp	1	588.4	728.0	- 139.6	- 19.2
		èDg2: bRé: tOpN: hOp	1	615.2	656.7	- 41.6	- 6.3
	Postcure en m. hosp.	èDg1: bRé: tOpC: hPost	1	1599.6	1700.1	- 100.5	- 5.9
		èDg1: bRé: tOpN: hPost	1	867.3	814.3	53.0	6.5
		èDg2: bRé: tOpN: hPost	1	1232.6	876.0	356.6	40.7
HC	Phase diagnostique	èDg1: bRé: tOpC: hDia	3	622.7	632.4	- 9.7	- 1.5
		èDg2: bRé: tOpC: hDia	2	550.5	630.4	- 80.0	- 12.7
	Opération	èDg1: bRé: tOpC: hOp	3	745.1	814.9	- 69.8	- 8.6
		èDg2: bRé: tOpC: hOp	2	734.1	784.4	- 50.3	- 6.4
	Postcure en m. hosp.	èDg1: bRé: tOpC: hPost	3	1537.5	1700.1	- 162.6	- 9.6
		èDg2: bRé: tOpC: hPost	2	1402.3	1587.6	- 185.4	- 11.7
HN	Phase diagnostique	èDg1: bRé: tOpN: hDia	2	295.4	317.2	- 21.8	- 6.9
		èDg2: bRé: tOpN: hDia	3	183.3	301.3	- 117.9	- 39.1
	Opération	èDg1: bRé: tOpN: hOp	2	799.8	728.0	71.8	9.9
		èDg2: bRé: tOpN: hOp	3	676.6	656.7	19.8	3.0
	Postcure en m. hosp.	èDg1: bRé: tOpN: hPost	2	899.0	814.3	84.7	10.4
		èDg2: bRé: tOpN: hPost	3	919.8	876.0	43.8	5.0

(3) Efficience de l'exécution des procédures

L'analyse de l'exécution des procédures porte aussi bien sur les coûts que sur les quantités. N.B.: dans le modèle, les quantités aux niveaux supérieurs sont toujours égales à 1; on a par exemple déterminé un but et un type de traitement et exécuté une phase pour chaque niveau.

Dans notre calcul, tous les écarts de quantité sont très faibles; on pourrait tout au plus être frappé par le peu de radiographies (du type "B" surtout) effectuées dans l'hôpital *HM* (1,0 au lieu de 1,2 clichés en moyenne).

**Tab. 26: Efficience de l'exécution des procédures,
par hôpital et par procédure**

FP	Description	F. abrégée	Nbre	Q eff	Q réf	éc Coût	%éc Coût	Keff	Kréf	éc Coût	%éc Coût
HA	Jours hosp. div. com.	pJHdivc	9	1.0	1.0			383.3	296.3	87.0	29.3
	Opération "N"	pOpN	3	1.0	1.0			434.9	353.0	81.9	22.9
	Jours avec soins	pJS	9	1.0	1.0			74.0	60.3	13.7	24.6
HM	Jours hosp. div. com.	pJHdivc	16	1.0	1.0			302.4	298.5	3.9	1.3
	Pages rapport	pRapport	6	1.2	1.3	-0.1	-3.3	34.4	32.5	1.9	5.3
	Consultation	pCons	4	1.0	1.0			39.4	46.3	-6.9	-14.3
	Labo "type1"	pLab1	3	1.0	1.1	-0.1	-8.3	8.3	7.7	0.6	11.9
	Labo "type2"	pLab2	2	1.0	1.0			8.6	8.6		
	Exercices mobil.	pExmob	9	1.0	1.0			36.8	33.0	3.9	12.1
	Opération "C"	pOpC	1	1.0	1.0			489.0	463.5	25.4	5.5
	Opération "N"	pOpN	2	1.0	1.0			285.3	359.1	-73.7	-20.1
	Jours avec soins	pJS	12	1.0	1.0			48.1	60.2	-12.0	-20.1
	Radio "A"	pRxA	3	1.0	1.1	-0.1	-6.7	8.0	8.4	-0.4	-3.7
	Radio "B"	pRxB	3	1.0	1.2	-0.2	-11.1	6.5	6.7	-0.2	-2.1
HC	Jours hosp. div.com.	pJHdivc	34	1.0	1.0			254.1	300.3	-46.1	-15.4
	Pages rapport	pRapport	10	1.0	1.5	0.1	7.0	33.7	37.0	-3.2	-8.4
	Consultation	pCons	7	1.0	1.0			60.7	61.3	-0.6	-1.1
	Labo "type1"	pLab1	5	1.0	1.0			6.5	6.4	0.1	1.7
	Labo "type2"	pLab2	5	1.0	1.0			7.6	7.4	0.2	3.0
	Exercices mobil.	pExmob	19	1.0	1.0			29.9	32.0	-2.1	-6.7
	Opération "C"	pOpC	5	1.0	1.0			436.4	457.4	-21.0	-4.6
	Jours avec soins	pJS	26	1.0	1.0			59.4	56.1	3.3	5.9
	Radio "A"	pRxA	5	1.2	1.2	0.1	4.0	9.7	9.1	0.6	6.2
	Radio "B"	pRxB	5	1.6	1.5	0.1	6.7	7.8	7.2	0.6	8.1
HN	Jours hosp. div.com.	pJHdivc	17	1.0	1.0			338.6	296.2	42.4	14.3
	Pages de rapport	pRapport	8	1.0	1.1	-0.1	-6.2	35.5	32.6	2.9	8.8
	Consultation	pCons	5	1.0	1.0			49.7	43.2	6.5	17.1
	Labo "type1"	pLab1	4	1.0	1.2	0.1	6.3	8.4	8.9	-0.5	-7.9
	Labo "type3"	pLab3	3	1.0	1.0			8.0	8.3	-0.3	-3.6
	Exercices mobil.	pExmob	8	1.0	1.0			34.3	33.6	0.7	1.9
	Opération "N"	pOpN	5	1.0	1.0			355.8	355.4	0.4	-0.1
	Jours avec soins	pJS	15	1.0	1.0			57.1	60.9	-3.8	-7.6
	Radio "A"	pRxA	5	1.0	1.0			7.5	8.0	-0.5	-5.8
	Radio "B"	pRxB	4	1.0	1.0			6.0	6.5	-0.4	-6.7

Sans autre commentaire, voici encore une compilation des coûts effectifs des procédures de l'hôpital *HN*, présentées par type de traitement et par diagnostic. On peut y déceler les tâches qui ont contribué à gonfler les coûts de l'exécution des procédures et les groupes de patients auxquels elles ressortissent.

(cf tab 27, pages 173).

g) Calculs du case-mix sur la base de la durée des séjours

Dans le système des DRG, les calculs du case-mix et la détermination des coefficients de coût qui en découle reposent sur l'analyse de la durée de séjour: on effectue la moyenne de la durée des séjours par groupe de patients. Ces chiffres donnent une indication de la complexité des différents cas.

En principe, il est possible de calculer ce genre de case-mixes au niveau des problèmes, des buts, des types de traitement et des phases.

Dans le système des DRG, le case-mix est calculé essentiellement au niveau des problèmes (établissement du diagnostic). Cependant, en raison de la distinction qu'il établit entre les groupes opératoires et les groupes non opératoires, ce mode de calcul n'est pas vraiment indépendant du niveau du type de traitement.

Ce type de calcul du case-mix permet d'évaluer tant les écarts des durées de séjour effectives que les coûts effectifs. Ces évaluations mesurent l'efficacité de l'exécution au moyen de l'indicateur de coûts "journées d'hospitalisation".

Même à l'avenir, il ne sera guère possible de déterminer de l'extérieur de l'hôpital les frais par patient; en revanche, il sera possible de connaître les montants facturés et les durées de séjour. En conséquence, il y aura toujours une différence entre l'évaluation externe et l'évaluation interne. Un exemple fait bien ressortir cette différence: l'analyse des types de traitement de l'hôpital *HA* obtient une très bonne notation sous l'angle du nombre de jours d'hospitalisation (-16,7%) et une notation plutôt mauvaise sous l'angle des coûts (-5,6 %).

Le lecteur trouvera ci-après deux calculs de case-mixes sur la base des données du modèle: le premier se rapporte au diagnostic et le second au type de traitement.

Tab. 27: Efficience de l'exécution des procédures dans l'hôpital HN, par procédure en fonction du type de traitement et du diagnostic

FP	Description	Formule abrégée	Nbre	Q eff	Q réf	écQ	%éc Q	Keff	Kréf	éc Coût	%éc Coût
JN	Jours hosp.	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pJHdivc	1	1.0	1.0			327.5	292.4	35.1	12.0
		èDg1: bRé: tOpN: hPost: pJHdiv	4	1.0	1.0			346.8	303.1	43.7	14.4
		èDg1: bRé: tOpN: hOp: pJHdivc	2	1.0	1.0			327.5	284.5	43.0	15.1
		èDg2: bRé: tOpN: hDia: pJHdivc	1	1.0	1.0			340.0	297.6	42.4	14.2
		èDg2: bRé: tOpN: hPost: pJHdiv	6	1.0	1.0			348.3	304.1	44.3	14.6
		èDg2: bRé: tOpN: hOp: pJHdivc	3	1.0	1.0			319.2	280.1	39.1	14.0
	Pages de rapport	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pRappo	2	1.0	1.0			33.6	29.3	4.3	14.7
		èDg1: bRé: tOpN: hPost: pRapp	2	1.0	1.3	-0.3	-25.0	32.2	32.6	-0.4	-1.3
		èDg2: bRé: tOpN: hDia: pRappo	1	1.0	1.0			30.0	27.2	2.8	10.5
		èDg2: bRé: tOpN: hPost: pRapp	3	1.0	1.0			40.8	36.7	4.1	11.2
	Consultation	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pCons	2	1.0	1.0			68.3	61.9	6.3	10.2
		èDg2: bRé: tOpN: hDia: pCons	3	1.0	1.0			37.3	30.7	6.7	21.7
	Labo "type1"	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pLab1	2	1.5	1.3	0.2	12.5	10.7	10.4	0.3	2.9
		èDg2: bRé: tOpN: hDia: pLab1	2	1.0	1.0			5.0	6.6	-1.6	-24.2
	Labo "type3"	èDg2: bRé: tOpN: hDia: pLab3	3	1.0	1.0			8.0	8.3	-0.3	-3.6
	Exercices de mob.	èDg1: bRé: tOpN: hPost: pExmob	4	1.0	1.0			28.1	27.9	0.3	1.0
		èDg2: bRé: tOpN: hPost: pExmob	4	1.0	1.0			40.5	39.4	1.1	2.8
	Opération "N"	èDg1: bRé: tOpN: hOp: pOpN	2	1.0	1.0			395.3	377.4	17.9	4.7
		èDg2: bRé: tOpN: hOp: pOpN	3	1.0	1.0			329.4	340.8	-11.4	-3.3
	Jours avec soins	èDg1: bRé: tOpN: hPost: pJS	4	1.0	1.0			58.5	66.8	-8.3	-12.5
		èDg1: bRé: tOpN: hOp: pJS	2	1.0	1.0			77.0	66.1	10.9	16.4
		èDg2: bRé: tOpN: hPost: pJS	6	1.0	1.0			64.2	67.7	-3.5	-5.2
		èDg2: bRé: tOpN: hOp: pJS	3	1.0	1.0			28.0	35.9	-7.9	-22.0
	Radio "A"	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pRxA	2	1.0	1.0			7.8	8.0	-0.2	-3.0
èDg2: bRé: tOpN: hDia: pRxA		3	1.0	1.0			7.3	7.9	-0.6	-7.6	
Radio "B"	èDg1: bRé: tOpN: hDia: pRxB	2	1.0	1.0			6.0	6.3	-0.3	-4.2	
	èDg2: bRé: tOpN: hDia: pRxB	2	1.0	1.0			6.1	6.7	-0.6	-9.1	

(1) Case-mix calculé sur la base du diagnostic

Les données du modèle donnent pour l'évaluation des journées d'hospitalisation et pour celle des coûts des écarts qui vont dans le même sens. L'écart des journées d'hospitalisation est toutefois plus marqué que celui des coûts (témoin l'hôpital HA: -35,1 % contre -17,8%).

Tab. 28: Index du case-mix rapporté au diagnostic, par hôpital

FP	Typ	Nbre Pa	MoyJ	ICM	éc	%éc	K1eff	K/CM	%éc
HA	è	3	3.00	4.63	- 1.6	- 35.1	1807	391	- 17.8
HM	è	3	5.33	4.88	0.5	9.4	2430	498	4.9
HC	è	5	6.80	4.83	2.0	40.9	2818	584	22.9
HN	è	5	3.40	4.68	- 1.3	- 27.3	1865	399	- 16.1

Légende:

- FP Fournisseur de prestations
 Typ Nature du case-mix (è = problème, à savoir en l'espèce: diagnostic)
 NbrePa Nombre de patients
 Moy.J Moyenne du nombre de jours d'hospitalisation
 ICM Index du case-mix = moyenne des coefficients de coût de tous les patients, calculée sur la base des journées d'hospitalisation (points du case-mix)
 éc Ecart
 %éc Ecart en pour cent
 K1eff Coût effectif moyen
 K/CM Coût effectif par point du case-mix

Tab. 29: Index du case-mix rapporté au diagnostic, par hôpital et par diagnostic

FP	Typ	Description	NbrePa	MoyJ	ICM	éc	%éc	K1eff	K/CM	%éc
HA	è	èDg1	1	3.00	5.13	- 2.1	- 41.5	1884	368	- 22.7
	è	èDg2	2	3.00	4.38	- 1.4	- 31.4	1768	404	- 15.0
HM	è	èDg1	2	5.00	5.13	- 0.6	- 2.4	2364	461	- 3.0
	è	èDg2	1	6.00	4.38	1.6	37.1	2562	586	23.2
HC	è	èDg1	3	7.00	5.13	1.9	36.6	2905	567	19.3
	è	èDg2	2	6.50	4.38	2.1	48.6	2687	614	29.2
HN	è	èDg1	2	3.50	5.13	- 1.6	- 31.7	1994	389	- 18.1
	è	èDg2	3	3.33	4.38	- 1.0	- 23.8	1780	407	- 14.4

(2) Case mix calculé sur la base du type de traitement

Les statistiques ci-dessous montrent que, dans le modèle, il n'existe plus de corrélation entre les écarts par jour et les écarts de coût (témoin l'hôpital HA avec -16,7 % pour les jours contre + 5,6 % pour les coûts par point du case-mix). La durée d'hospitalisation ne constitue donc pas vraiment un bon indicateur de coût.

Tab. 30: Index du case-mix rapporté aux opérations, par hôpital

FP	Typ	Nbre Pa	MoyJ	ICM	éc	%éc	K1eff	K/CM	%éc
HA	t	3	3.00	3.60	- 0.6	- 16.7	1807	502	5.6
HM	t	3	5.33	4.62	0.7	15.4	2430	526	10.6
HC	t	5	6.80	6.67	0.1	2.0	2818	423	- 11.1
HN	t	5	3.40	3.60	- 0.2	- 5.6	1865	518	9.0

Tab. 31: Index du case-mix rapporté aux opérations, par hôpital et par opération

FP	Typ	Description	NbrePa	MoyJ	ICM	éc	%éc	K1eff	K/CM	%éc
HA	t	tOpN	3	3.00	3.60	- 0.6	- 16.7	1807	502	5.6
HM	t	tOpC	1	6.00	6.67	- 0.7	- 10.0	2851	428	- 10.0
	t	tOpN	2	5.00	3.60	1.4	38.9	2220	617	29.7
HC	t	tOpC	5	6.80	6.67	0.1	2.0	2818	423	- 11.1
HN	t	tOpN	5	3.40	3.60	- 0.2	- 5.6	1865	518	9.0

5. Formules de calcul

Quantité de référence	= moyenne des quantités effectives de toutes les entrées rassemblées sous la même désignation Des\$m Des\$ est la désignation "longue", par exemple pour des ressources composées de la "chaîne problème: but: type de traitement: phase: procédure: ressource".
Coût effectif des ressources	= prix et salaires calculés (donnés dans le modèle).
Coût de référence des ressources	= $\frac{\text{somme des coûts effectifs} \times \text{quantités de référence}}{\text{somme des quantités de référence}}$ La désignation abrégée ne comprend pas de chemin; elle ne caractérise par exemple que la ressource indépendamment de la procédure dans laquelle elle est intervenue.
Coût effectif	= somme des coûts effectifs x quantité effective des entrées du niveau hiérarchique inférieur.
Coût calculé	= somme des coûts de référence x quantité effective des entrées du niveau hiérarchique inférieur.
Coût de référence selon modèle REF	= somme des coûts calculés x quantité de référence de toutes les entrées dotées de la même désignation "longue" Des\$.
Coût de référence référence selon modèle CAL	= $\frac{\text{somme des coûts calculés} \times \text{quantités de référence}}{\text{somme des quantités de référence}}$
Efficience du choix selon modèle REF	= $\frac{\text{somme des coûts de référence des prestations fournies}}{\text{somme des coûts de référence des prestations de référence}}$
Efficience du choix selon modèle CAL	= $\frac{\text{somme des coûts calculés}}{\text{somme des coûts de référence}}$
Efficience de l'exécution	= $\frac{\text{somme des coûts effectifs}}{\text{somme des coûts de référence}}$
Case mix (CM)	= somme des journées d'hospitalisation (par fournisseur de prestations).
Index du case-mix (ICM)	= $\frac{\text{moyenne des CM par cas}}{\text{cas}}$
Efficience de l'exécution "case-mix-jours"	= $\frac{\text{somme des durées de séjour}}{\text{somme des CM}}$
Efficience de l'exécution "case-mix-coûts"	= $\frac{\text{somme des coûts effectifs}}{\text{somme des CM}}$

U. COMPARAISON ENTRE GROUPES DE PATIENTS SUR LE THEME DE LA CHOLELITHIASE

Le tableau ci-dessous présente des catégories de patients présentant des calculs biliaires (cholélithiase) selon différents systèmes de classification, ainsi que les coefficients de pondération des coûts (si disponibles).

DRG¹⁸⁶ (catégorie principale 7: affections et troubles du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas)

195	cholécystectomie avec ablation du canal cholédoque, avec CC et/ou âge > 69	17,9
196	" , sans CC, âge < 70	13,5
197	cholécystectomie sans ablation du canal cholédoque, avec CC et/ou âge > 69	19,6
198	" , sans CC, âge < 70	14,0
201	autres opérations au foie, aux voies biliaires ou au pancréas	20,0
207	affections des voies biliaires, avec CC et/ou âge > 69	14,6
208	" , sans CC, âge < 70	7,5

PMC/GE¹⁸⁷ (module 6: vésicule biliaire)

0602	cholécystite aiguë avec cholélithiase
0603	" avec cholécysto-cholédocholithiase
0604	ictère par obstruction sur cholécysto-cholédocholithiase (avec inflammation)
0605	" sans inflammation
0606	" avec pancréatite / autres complications
0607	cholélithiase / carcinome de la vésicule biliaire
0608	cholécysto-cholédocholithiase / carcinome de la vésicule biliaire

186. DRG 2è révision; version traduite pour la Suisse par Paccaud/Schenker (DRG): 231. CC signifie "présentant des complications ou des comorbidités". Le critère +âge" a été abandonné lors de la 4è révision; voir Fetter et al. (DRG): 47. Les coefficients de pondération des coûts sont saisis sur la base de la durée de séjour moyenne en Suisse, selon Egli/Paccaud (Pertinence): 44.

187. Version pilote allemande de PMC, selon Neubauer (PMC/Prüfung): 25 ss.

PMC ¹⁸⁸	(module 6: vésicule biliaire)	
0601	cholécystite aiguë avec opération	8,6
0602	“ sans opération	3,3
0603	cholédocholithiase	11,8
0604	obstruction avec cholélithiase	9,3
0605	“ avec cholédocholithiase	12,9
0606	“ avec complications	17,2
0607	cholécystectomie élective	7,4

Recommandations relatives à des forfaits par cas en Allemagne ¹⁸⁹ : GROUPE 2: vésicule biliaire		
4	cholécystite / cholécystolithiase aiguë avec cholécystectomie classique	6160
5	“ avec cholécystectomie sous coelioscopie	5300
6	cholécystite / cholécystolithiase élective avec cholécystectomie classique	5190
7	“ avec cholécystectomie sous coelioscopie	4510

CIM-9	(IX. affections des organes digestifs 570 - 579: autres affections des organes digestifs)	
574	cholélithiase	
574.0	“ avec cholécystite aiguë	
574.1	“ avec autre cholécystite	
574.2	“ sans indication de cholécystite	
574.3	cholédocholithiase avec cholécystite aiguë	
574.4	“ avec autre cholécystite	
574.5	“ sans indication de cholécystite	

188. PMC selon la version américaine, extraite de: Neubauer (Ansätze), annexe, page 323.

189. Tiré de Meurer U. (Fallpauschalen).

V. BIBLIOGRAPHIE

- Adler R., Chrzanowski R., Kocher G. [éditeur] (Qualitätssicherung). Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Muri 1993 (Schriftenreihe SGGP 29).
- Antony P., McGuire T., Bender J. (HRG +). The Refinement of Healthcare Resource Groups. In: 9th International PCS/E Working Conference, Proceedings Vol I, München 1993: 10 - 6.
- Arnold M., Paffrath D. [éditeur] (Fallpauschalen). Krankenhaus-Report '93 (Schwerpunkt: Fallpauschalen). Stuttgart 1993 (Gustav Fischer).
- Bapst L. (Spitaltaxpolitik). Spitaltaxpolitik der obligatorischen Unfallversicherer in der Bewährungsprobe: Probleme, Entwicklungen, Zukunftsbewältigung. In: SVS-Bulletin 1993 (10) 3: 5 -12.
- Baumberger Jürg (Vollkostentaxen). Vollkostentaxen im Allgemeinspital: Ein neues Finanzierungsmodell als Voraussetzung für Marktverhältnisse in der sozialen Krankenversicherung. In NZZ 286/8.12.1993: 23.
- Bentes M., da Luz Conzaves M., Pina E., Urbano J. (DRG + qualité). L'utilité des DRG pour identifier les problèmes de qualité. In: PCS-News 14.1.1994.
- Böckel J.J., Hoepfner F.G. (KoRe). Moderne Kostenrechnung. 2. Auflage Stuttgart Berlin Köln Mainz 1974 (Kohlhammer).
- Bowling A. (Gesundheitsmessung). Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. Milton Keynes + Philadelphia 1991 (Open University Press).
- Brand S., Streubelt M., Expertengruppe für Krankenpflege (PPR). Pflegepersonalregelung. Stuttgart Jena New York 1993 (Gustav Fischer).
- Breyer F., Paffrath D. (Kostenpreise). Kostenpreise und fallbezogene Leistungsentgelte - Lehren aus einer WIdO-Studie. In: Neubauer/Sieben G. (Entgeltverfahren): 449 - 81.
- Bundesminister für Gesundheit-BRD [éditeur] (Diagnosenstatistik). Arbeitsgemeinschaft Diagnosenstatistik (Diekmann F., Ehlers C.T., Eichhorn S., Kolodzig C. und weitere). Diagnosenstatistik - Einsatz im Krankenhaus und für Pflegesatzverhandlungen. Baden-Baden 1992 (Nomos).
- CDS (Recommandations). Financement et régulation du domaine de la santé publique. Mesures destinées à renforcer la collaboration et la

- coordination entre les cantons. Recommandations de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Berne 13.12.1993.
- Chancellerie fédérale (Stat. féd.). Bases légales de la statistique fédérale. Berne 1993.
- Conseil fédéral (Message LAMal). Message concernant la révision de l'assurance-maladie. Berne 6.11.1991.
- CRS (Prescriptions relatives aux formations). Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers dans les écoles reconnues par la Croix-Rouge Suisse. 1.1.92.
- CSSS (Conception générale). Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros). (CDS, DFI, CSSS) 22.3.1994.
- Delacrétaz A.C. La synthèse infirmière: outil de gestion interne. In: Abstracts des 8es Journées annuelles de la SSIM (Société suisse d'informatique médicale), Morges 1993: 20 - 21.
- Eggl Y., Grimm R, Paccaud F. (VESKA -> ICD-9-CM). Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. IUMSP Cahier 14, Lausanne 1987.
- Eggl Y., Jaquier M., Schenker L. (Pratiques). Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. IUMSP Cahier 35, Lausanne 1988.
- Eggl Y., Paccaud F. (Pertinence). Pertinence des critères de partition de l'arbre de classification des DRG. IUMSP Cahier 42, Lausanne 1989.
- Fekete A., Beroud C., Eggl Y. (GPH). Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. IUMSP Cahier 68, Prilly 1991.
- Fetter R.B., Brand A., Dianne G. (DRGs). DRGs, their design and development. Ann Arbor, Michigan 1991.
- Fischer W. (ACG). ACG - Ambulatory Care Groups: Ein Patientenkategorisierungssystem für die ambulante ärztliche Behandlung. Z/I/M, Wolfertswil 1993/Juni: 13 S.
- Fischer W. (coûts + médecins). Le problème des coûts dans le système de santé: un sujet pour le médecin? In: Bulletin ASMAC/VSAO, 93/2: 38 - 40.
- Fischer W. (Dg-Bündel). Diagnosebündel für die Patientenkategorisierung im ambulanten Bereich. Z/I/M, Wolfertswil 1993/Juli: 7 S.
- Fischer W. (DRG). Was sind DRG? Z/I/M, Wolfertswil 1992/Aug: 5 S.
- Fischer W. (Instrumentarium). Gesucht: Instrumentarium zur Kostenanalyse im Krankenhaus. Z/I/M, Wolfertswil 1992/Aug: 6 S; in VSV-Bulletin 1992 (9)4: 17 - 21; in: SVS-Bulletin 1993(10)1: 27 - 31.

Fischer W. (IrKI). Der Index der relativen Kostenintensität - Eine Hilfe zur Fokussierung auffälliger Leistungserbringer. *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/Juli: 2 S.

Fischer W. (KG/Strukt). Strukturierung und Codierung medizinischer Informationen. *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/April: 12 S.

Fischer W. (Kosten + Arzt). Kosten im Gesundheitswesen - ein Thema für den Arzt? *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/Jan: 10 S.; in: *Bulletin ASM/VSAO*, 1993/2: 40 - 3.

Fischer W. (PMC/KoRe). Kostenträgerrechnung im Krankenhaus: Kalkulationsschema eines deutschen PMC-Projektes. *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/Sept: 7 S.

Fischer W. (KoRe92). Ueberblick über die VESKA Kosten- und Leistungsrechnung. *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/März: 8 S.

Fischer W. (PCS/Vers). Patientenkategorisierungssysteme: Wie kann der Versicherer sie nutzen? *Z/I/M*, Wolfertswil 1992/Sept: 4 S.; in: *SKZ* 1.11.1992/21: 300 - 301.

Fischer W. (PCS / effcience). La mesure de l'effcience à l'aide de systèmes de classification des patients. *Z/I/M* Wolfertswil janvier 1994. In: *PCS-News*, 15.4.1994, pages 10 - 18. Version allemande, pages 3 - 10.

Fischer W. (PMC). PMC - Patient Management Categories - eine Alternative zu den DRG? *Z/I/M*, Wolfertswil 1992/Sept: 10 S.; in: *SVS-Bulletin* 1993 (10)1: 33 - 40.

Fischer W. (Recycling). Recycling medizinischer Informationen. *Z/I/M*, Wolfertswil 1992/Feb: 2 S.

Fischer W. (Recycling/Beispiel). Recycling medizinischer Informationen am Beispiel der Auswertung von Krankenkassendaten zur Rechnungskontrolle. *Z/I/M*, Wolfertswil 1992/Dez: 2 S.; in: *Abstracts des 8es Journées annuelles de la SSIM (Société suisse d'informatique médicale)*, Morges 1993: 25 - 26.

Fischer W. (RME). Das Kennzahlensystem des RME: Eine Hilfe bei der Überprüfung der Angemessenheit der Fallkosten. *Z/I/M*, Wolfertswil 1993/Feb: 11 S.; in: *SVS-Bulletin* 1993 (10)3: 25 - 29.

Fischer W., Fischer M. (HHCCS). HHCCS: Eine Systematik von Pflegediagnosen und -massnahmen in der Gemeindekrankenpflege. *Z/I/M*, Wolfertswil 1992/Sept: 5 S.

Fosbinder D. (DRG/Pflege). Nursing Costs/DRG: A patient Classification System and Comparative Study. In *J Nurs Adm* 1986 (16)11: 18-23.

Frei W. (Solidarität). Solidarität im geltenden KUVG und im Entwurf für ein neues KVG. In: *SKZ* 21/1.11.93: 299 - 301.

Friedrich-Wingert-Stiftung [éditeur]: Thurmayr R., Kolodzig C., Diekmann F. (ICPM-GE). ICPM - Deutsche Fassung. Berlin 1994 (Blackwell).

Frutiger P., Fessler J.M. (Gestion). La gestion hospitalière médicalisée, Paris 1991.

Gilgen R. (RAI/Ausbildungsunterlagen). Vorübersetzte Auszüge des "HCFA's RAI Manual". 1994 (Stadtspital Waid Zürich).

Grimm R., Egli Y., Koehn V. (VESKA + DRG). Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. IUMSP Cahier 25, Lausanne 1988.

Grimm R., Egli Y., Paccaud F. (Grouper). Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). IUMSP Cahier 22, Lausanne 1987.

Groupe de travail chargé du système d'information statistique (Rapport). Un système d'information statistique sanitaire pour la Suisse. Lignes directrices. Rapport final provisoire. Avril 1993.

Hoffmann H. (Chancen). Möglichkeiten und Chancen diagnosebezogener Fallpauschalen und anderer alternativer Entgeltsysteme aus der Sicht der Medizin. In: GVG. Wirtschaftlichkeitsanreize im Bereich der stationären Versorgung. Köln 1988: 170 - 95.

Hurrelmann K., Laaser U. [éditeur] (Gesundheitswissenschaften). Gesundheitswissenschaften - Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim Basel 1993 (Beltz).

Institute of Medicine-USA (UM): Committee on Utilization Management by Third Parties: Field M.J., Gray B.H. [éditeur]. Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management. Washington 1989 (NAP).

Juchli L. (Heilen). Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit. Stuttgart 1985 (Kreuz).

Kilger W. (Kostenrechnung). Einführung in die Kostenrechnung. 2. Auflage, Wiesbaden 1980 (Gabler).

Kleiber C. (Questions de soins). Questions de soins. Payot. Lausanne 1991.

Kleiber C. (Rapport). Commission d'experts pour la statistique des établissements hospitaliers. Rapport final. Berne 19.12.1986.

Kt. ZH (SDS): Direktion des Gesundheitswesen des Kantons Zürich. Statistik Data Set (Falldaten) für die kantonalen und die staatsbeitragsberechtigten Krankenhäuser des Kantons Zürich. Zürich 7.10.93.

- Maeder C., Brügger U., Longerich H., Güntert B. (SEP - USZ). Patientenklassifikation und Arbeitsbelastung in der Pflege: das Modell SEP - USZ. In: *Pflege*, 1992(5)1: 63 - 73.
- Mennerat F. (PCS/amb). Les classifications du case-mix pour les soins ambulatoires: une revue de l'existant. In: *Journal d'Economie Médicale* 1991(9)2: 69 - 83.
- Meurer Uta (Fallpauschalen). Fallpauschalen: Die Empfehlungen der Institute. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 1993(10)5: 400-405.
- Meyer D., Eggli Y. (Liste + Typologie). Liste et typologie des établissements sanitaires. Premier fichier commun d'établissements. IUMSP Cahier 71, Lausanne 1991.
- National Casemix Office. HRG - Health Resource Groups; Definitions Manual: Introduction. Winchester 1991.
- Neubauer G. (Ansätze). Von der Leistung zum Entgelt: Neue Ansätze zur Vergütung von Krankenhäuser. Stuttgart 1989.
- Neubauer G., Demmler G., Eberhard G., Rehmann P. (PMC/Ergebnisse). Erprobung der Fallklassifikation "Patient Management Categories" für Krankenhauspatienten; Ergebnisbericht. Baden-Baden 1992.
- Neubauer G., Demmler G., Eberhard G. (PMC/Prüfung). Erprobung der Fallklassifikation "Patient Management Categories" für Krankenhauspatienten; Anlagenbericht Klinische Ueberprüfung der Plausibilität für die Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden 1992.
- Neubauer G., Sieben G. [éditeur] (Entgeltverfahren). Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung. Stuttgart 1992 (Robert Bosch Stiftung).
- OFAS (HMO/Bonus). Evaluation des systèmes HMO/Bonus: Documents en vue de la collaboration avec les caisses-maladie. Berne, version du 11.2.1991.
- OFAS (Stat. AM 91). Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération, 1991. Berne 1993.
- Paccaud F. (5 thèses). Cinq thèses sur le système d'information statistique sanitaire. Octobre 1991.
- Paccaud F., Schenker L. (DRG). DRG (Diagnosis Related Groups). Perspectives d'utilisation. Editions Alexandre Lacassagne, Lyon. Diffusion Masson, Paris. Médecine et société No 144 1989.
- PRI (PMC/Rel.5). Patient Management Categories - A Comprehensive Overview. Pittsburgh 1993 (The Pittsburgh Research Institute).
- RAI-CH (Rapport 9402). Association RAI-CH: Rapport du comité à l'assemblée générale du 19 mai 1994. Vevey/Genève 18.2.1994.

Rey J.C., Maulini G., Giacobino H. (Pfleger - PCS). Long-Term Care Classification Systems: The Linkage Issue. In: 9th International PCS/E Working Conference, Proceedings Vol I, Munich 1993: 123 - 6.

Rigby M.J. (Milestones). Time to outlaw the episode? In: British Journal of Healthcare Computing and Information Management, 1994(11)1: 26 - 28.

Rigby M.J. (PIS). An Electronic Patient Information System in Mental Health: An integrated Solution for Better Care and Management. In: Adlassnig K.P., Graber G., Bengtsson S., Hansen R. [éditeur]. Medical Informatics Europe 1991. Proceedings. Berlin Heidelberg New York Toronto 1991 (Springer).

Six P., Gilgen R. (Altersmedizin). Qualitätssicherung in der Betreuung und Pflege von Betagten aus der Sicht der Altersmedizin. In: Adler et al. (Qualitätssicherung): 137 - 150.

Spuhler T. (ICD). Vom ICD-9 über den ICD-9-CM zum ICD-10. In: Tutorial zur Computerdarstellung von medizinischen Texten im Rahmen der 3. Jahrestagung der AIG (Arbeitsgemeinschaft für Informatikverarbeitung in Gynäkologie und Geburtshilfe). Zürich 1993.

Spuhler T., Abelin T. (CH - Morbidität). Medizinische Morbidität in der Schweiz - Hauptdiagnosen von Konsultationen und Hospitalisationen. In: SAZ 1986(67)40: 1819 - 28.

Sommer J.H., Gutzwiller F. (W+W). Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit in schweizerischen Gesundheitswesen. Bern, Stuttgart, Toronto 1986 (Huber).

Valkanover L. (BESA). Bericht aus der Arbeitsgruppe "Überarbeitung des Leitfadens zum System BAK". Zürich 18.1.1994.

VESKA (SAV 92). Statistique administrative de la VESKA. Aarau.

VESKA (Stat. adm. 91). Le domaine hospitalier suisse reflété par les statistiques 1991. In: L'Hôpital suisse, annexe 11/1992.

VESKA (Stat. adm. 92). Le domaine hospitalier suisse reflété par les statistiques 1992. In: L'Hôpital suisse, annexe 11/1993.

VESKA (CA). Comptabilité analytique des établissements hospitaliers suisses. 3e édition, Aarau 1992.

VESKA (SMV). Projektbeschreibung für die Diagnosen- und Operationsstatistik [Descriptif du projet pour une statistique diagnostique et opératoire]. Aarau 1993.

VESKA (MSV/Auswertungen +). Medizinische Statistik VESKA [Statistique médicale de la VESKA]: Möglichkeiten für zusätzliche Auswertungen. Aarau 1993.

VESKA (Panorama 91). VESKA Panorama: les établissements hospitaliers suisses en chiffres 1991. Aarau 1993.

VESKA (Statistik - Konzept). VESKA - Statistikkonzept. Aarau 5.5.93.

VSA (BAK). Leitfaden zum System BAK: Organisations- und Führungshilfe für Alters-, Pflege- und Behindertenheime. Zürich 1986 (VSA: Association suisse des maisons d'éducation et de retraite et des centres pour handicapés).

Weiner J.P. (PCS/Amb). Ambulatory Case-Mix Methodologies: Application to Primary Care Research. In: Hibb H., Nutting P.A., Grady M.L. [éditeur]. Primary Care Research: Theory and Methods (Conference Proceedings). US 1991.

Weiner J.P., Starfield B.H., Steinwachs D.M., Mumford L.M. (ACG). Development and Application of a Population-Oriented Measure of Ambulatory Care Case-Mix. In: Medical Care 1991(29)5: 452 - 472.

Woll A. (VWL). Allgemeine Volkswirtschaftslehre. 5. Auflage, München 1976 (Vahlen).

Au sujet de l'auteur:

Wolfram Fischer (1957) a suivi une formation en gestion d'entreprise et en informatique; il est spécialisé dans le conseil d'entreprise en matière de santé publique.

1982: licence en gestion d'entreprise, mention recherche opérationnelle à l'Ecole des hautes études économiques, juridiques et sociales de Saint-Gall.

1980 + 1989: mise au point et commercialisation de programmes comptables pour PC et pour UNIX.

1982-1984: collaboration au projet Pergyn du Fonds national suisse de la recherche scientifique à la maternité de Saint-Gall.

1985-1991: conception et mise en oeuvre du système d'information clinique Hippocrate à l'hôpital Chirurgie St. Leonhard, Saint-Gall. Remarque: ce système gravite autour du dossier du patient utilisé comme instrument de travail pour le médecin. Le système collecte un maximum de données administratives par le truchement de programmes qui exploitent la documentation relative aux patients aussi bien du point de vue de la forme que de celui du contenu.

1987/88: direction commerciale durant l'année de création de l'hôpital Chirurgie St. Leonhard, Saint-Gall.

1992: fondation du Z / I / M: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil, SG.

1992: approfondissement dans le domaine de la comptabilité analytique et des systèmes de classification des patients (DRG, PMC, etc.).

1992: système de codage des diagnostics pour des textes diagnostics saisis de façon non systématique.

1992/93: modèles servant à mettre en lumière les intervenants tendant à surfacturer du point de vue de l'assureur.

1993: système expérimental de soutien au codage fondé sur des techniques de recherche de l'information.

1993/94: conception d'un système informatique pour une clinique et évaluation de logiciels.

1993/94: travail de recherche pour l'OFAS sur la mesure des prestations des établissements hospitaliers associé à des propositions de réforme de la statistique suisse des établissements hospitaliers (présent travail).

1994: conférences et débats d'experts autour des questions de la comptabilité analytique et des systèmes de classification des patients.

Liste des rapports déjà publiés par l'OFAS

Auteur	Titre	Sous-titre	Nr.
Wolfram Fischer, lic. oec. HSG	Möglichkeiten der Leistungs- messung in Krankenhäusern	Überlegungen zur Neuge- staltung der schweizerischen Krankenhausstatistik	1/94
Prof. Dr. André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli	Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance		2/94
Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer	Wohneigentumsförderung	Bericht über die Auswir- kungen der Wohneigentums- förderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge	3/94
Dr. med., M.P.H., Richard Cranovsky	Machbarkeitsstudie des Technologie- Bewertungsregisters		4/94
Dr. Günther Latzel, BRAINS	Catalogue du Spitex		5/94