

Nouvelles statistiques des établissements de santé : premiers résultats et future utilité

Depuis le début de 1998, les nouvelles statistiques des établissements de santé (soins intra-muros) sont établies sous la responsabilité de l'Office fédéral de la statistique. Elles comprennent une «Statistique des hôpitaux», une «Statistique médicale des hôpitaux» et une «Statistique des établissements non hospitaliers». Ces projets, qui se fondent sur les lois fédérales relatives à la statistique fédérale et à l'assurance-maladie, constituent un jalon essentiel dans la récolte d'informations concernant le secteur hospitalier de la santé publique suisse. Leurs effets structurels dépassent en partie leurs objectifs purement statistiques. L'article qui suit précise les enquêtes effectuées et explique leur utilité.



Daniel Zahnd
OFAS, Section statistique
daniel.zahnd@bsv.admin.ch

De l'approche associative de la VESKA à l'approche globale de la Confédération

A partir de 1930 environ, l'Association suisse des établissements hospitaliers (VESKA, aujourd'hui H+ Les Hôpitaux de Suisse) relevait les données relatives à la gestion des hôpitaux. Le principal motif qui l'avait incitée à introduire ces statistiques d'exploitation dans les hôpitaux était la nécessité d'un calcul du prix coûtant dans le contexte des négociations tarifaires, avec la CNA en particulier. Pour permettre la gestion économique déjà préconisée dans ce cadre à l'époque, il était in-

dispensable d'arriver à des grandeurs comparables, ce qui impliquait du même coup une harmonisation de la comptabilité et la tenue d'une statistique selon des critères s'appliquant à tous les établissements. Bien que chacun fût laissé libre de remplir l'annexe VESKA établie dans ce but, à laquelle succéda la «statistique administrative et comptes annuels des établissements hospitaliers», l'exécution de cette tâche entra relativement vite dans les habitudes, surtout parce que les autorités fédérales et cantonales conditionnaient l'octroi de subventions à la présentation de ce document. Finalement, la VESKA et

l'OFAS se sont associés pour réaliser cette statistique et le taux de participation lors de la dernière édition, en 1996, a presque atteint 100 % des établissements. Une statistique des séjours hospitaliers a également été introduite avec quelque retard par rapport à la statistique d'exploitation. En 1970 enfin, la VESKA inaugurait une statistique médicale. Mais jusqu'en 1996, l'obligation de renseigner ayant été diversement respectée, le taux de participation à cette dernière enquête n'a jamais dépassé les 46 %.

Au fil des ans, alors que la pression des coûts augmentait, le manque de comparabilité des statistiques de la VESKA, dû à leur caractère en grande partie facultatif, révélait la nécessité d'un instrument plus fiable. Ainsi est née la volonté politique d'instaurer une statistique obligatoire de l'ensemble des établissements de santé. Ses principaux acteurs ont été le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS). L'obligation de fournir les renseignements relatifs à l'exploitation des établissements a été introduite par la suite, lors de la conception des nouvelles enquêtes. De plus, les instruments de saisie ont été conçus de telle sorte que les données pouvaient être ventilées jusqu'au niveau des services. En outre, les efforts déployés pour unifier la méthode de relevé et harmoniser les définitions des divers paramètres ont été poursuivis. Après d'importants travaux préparatoires qui ont duré plusieurs années, l'OFAS a présenté les conceptions détaillées des nouvelles enquêtes en 1997. C'est

1 http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/fber14.htm («Statsanté»).

dans ce cadre qu'a été fixée la nouvelle forme de la statistique des hôpitaux et de la statistique médicale des hôpitaux. Les enquêtes sur les

établissements de soins intra-muros ont aussi servi de base pour une troisième statistique, celle des établissements de santé non hospita-

liers, qui recueille les données relatives à la gestion des maisons pour personnes âgées et autres institutions médico-sociales. Le rôle de l'OFS comprend la coordination, la conception des instruments de saisie, la définition technique et la révision de l'enquête. Les premiers résultats ont été publiés à la fin des années 1999 et 2000, dans la brochure *StatSanté* de la série *Actualités OFS* ainsi que sur Internet.¹ Une quatrième enquête vient compléter les statistiques des établissements de soins intra-muros, c'est celle des coûts par cas, actuellement en phase de test, qui est réalisée par les établissements à titre facultatif. On tente ainsi d'établir et de traiter statistiquement l'ensemble des coûts générés dans le cadre d'un séjour hospitalier en appliquant une seule et même méthode de calcul. Les premiers résultats de la statistique des coûts par cas sont attendus pour 2004.

Les enquêtes sont réalisées sous la responsabilité des cantons. Elles sont effectuées au moyen de logiciels grâce auxquels la plausibilité des données peut être largement contrôlée «à la source». Une grande partie des indications peut être déduite dans les hôpitaux à partir des systèmes opérationnels. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer la mise en place de ces instruments. De par leur caractère extrêmement détaillé, ces enquêtes constituent une sorte d'ingérence dans l'organisation interne des établissements, ce qui, lors de leur introduction, a représenté l'obstacle le plus difficile à surmonter. Les résistances inévitables et les difficultés initiales ont fait que les résultats des deux premiers exercices sont encore parfois lacunaires; ces statistiques doivent donc être interprétées avec prudence. Mais avec le temps, le taux d'exhaustivité et la qualité des données atteindront un niveau qui permettra d'accéder à une quantité d'informations sur la structure du secteur hospitalier et les modifications qui l'affectent.

Les enquêtes des statistiques des établissements de santé en détail

Statistique des hôpitaux (données d'exploitation)

- Milieux interrogés: tous les établissements hospitaliers (enquête annuelle exhaustive)
- Objet de l'enquête: données administratives (forme juridique, domaine d'activité, infrastructure et équipement, possibilités de formation, journées d'occupation des lits, journées de soins et prestations dans le cadre de séjours hospitaliers ou semi-hospitaliers, comptes d'exploitation et d'investissements)
- Renseignements: obligatoires
- Enquête effectuée depuis 1997 (exercice commercial)

Statistique médicale des hôpitaux (relative aux personnes traitées)

- Milieux interrogés: tous les établissements hospitaliers (enquête annuelle exhaustive)
- Objet de l'enquête: indications relatives aux patients traités, par cas: données sociodémographiques (sexe, âge, région de domicile), indications relatives à l'hospitalisation (entrée, sortie), codes de diagnostic (CIM-10) et d'opération (CHOP, version suisse de la CIM-9-CM vol. 3)
- Renseignements: obligatoires pour les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers
- Enquête effectuée depuis 1998 (sorties)

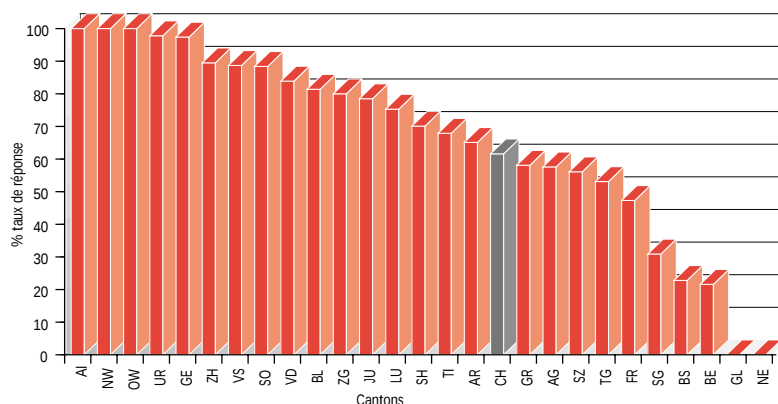
Statistique des établissements de santé non hospitaliers (données d'exploitation)

- Milieux interrogés: maisons pour personnes âgées, établissements médico-sociaux
- Objet de l'enquête: données administratives (forme juridique, domaine d'activité, infrastructure et équipement, nombre et structure des employés et des patients); données relatives aux comptes d'exploitation
- Renseignements: obligatoires
- Enquête effectuée depuis 1997 (exercice commercial)

Statistique des coûts par cas

- Milieux interrogés: établissements hospitaliers
- Objet de l'enquête: indication sur les coûts engendrés pour l'établissement par les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers (définition des cas selon la statistique médicale), relevé des prestations et des points tarifaires correspondants, de la structure des coûts et des informations nécessaires à l'identification des frais supplémentaires et des frais non imputables
- Renseignements: facultatifs
- En phase test, premiers résultats attendus dès 2004

Taux d'exhaustivité de la statistique médicale 1998, par cantons



Source : Statistique médicale (OFS)

Les premiers résultats sont disponibles. Le taux d'exhaustivité et la qualité des données augmentent

L'exploitation des données des années 1997 à 1999 a révélé une nette amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données au cours des trois premières années. En 1997, pour la statistique des hôpitaux, seuls 72 % des données attendues ont été fournies. L'année suivante,

nu un taux de réponse de 62 % (par rapport au nombre de cas attendus); 66 % des hôpitaux ont fourni des données. Cela correspond à 794 640 observations en provenance de 263 hôpitaux. Comme on le voit sur la *figure 2*, le taux d'exhaustivité varie fortement d'un canton à l'autre. Les raisons en sont multiples. Il est certain que l'insistance avec laquelle les offices cantonaux réclament les données joue ici un rôle important.

La statistique médicale constitue un précieux instrument d'observation pour un paysage hospitalier en profonde mutation.

le taux de participation a été de 95 %, et en 1999 également. Dans cette statistique, le point qui s'est avéré le plus ardu est l'enregistrement du personnel par fonction exécutée, qui doit permettre de tirer des informations plus précises sur le personnel employé dans le secteur de la santé. Ici, les choses devraient s'améliorer avec la réalisation de l'enquête pour la troisième année consécutive.

Pour la première année d'enquête, la statistique médicale a con-

Dans la statistique médicale, les «données minimales» des patients permettent d'établir après coup, pour chaque séjour en hôpital, une description standardisée des principaux faits, une sorte de «quintessence» du cas. Cela nécessite de la part du médecin traitant et du personnel spécialement formé au codage une faculté de condenser et de sélectionner les faits les plus importants et pertinents pour décrire l'épisode hospitalier. Cette exigence donne parfois du fil à retordre aux

praticiens qui sont confrontés à la réalité médicale dans toute sa complexité ; elle pourrait expliquer l'accueil modéré que reçoit le codage médical. Une connaissance insuffisante de l'application des classifications médicales semble constituer un autre problème. La chose est surprenante, dans la mesure où la majeure partie du corps médical devait déjà être familiarisée avec le codage par le biais de l'ancienne statistique de la VESKA. La mentalité «rubbish in, rubbish out», qui dominait au début et que la VESKA elle-même avançait souvent comme argument choc pour rejeter en bloc les nouveaux projets, a largement fait place, entre-temps, à une attitude plus ouverte. Les sessions de formation réalisées en rapport avec les «Statistiques H+» ont notablement contribué depuis lors à combler le manque d'information dont souffrait initialement le corps médical.

Vers une plus grande transparence du secteur intra-muros

Alors que la statistique des hôpitaux renseigne sur ce qui a trait à l'exploitation des établissements, la statistique médicale permet de décrire les cas traités à partir des diagnostics et des traitements codés. Elle rend également possible une description des patients qui reçoivent des prestations. Une analyse des caractéristiques démographiques des patients et des types de soins permet en outre de se prononcer sur les caractéristiques de la couverture sanitaire et d'établir des comparaisons au niveau intercantonal. Au vu des profonds changements que connaît en ce moment le paysage hospitalier, la statistique médicale constitue un précieux instrument d'observation de cette mutation.

La *figure 3* montre un exemple de calcul du taux d'hospitalisation pour mille habitants en rapport avec l'âge et le sexe. Sans la statistique médicale, il n'aurait pas été possible d'éta-

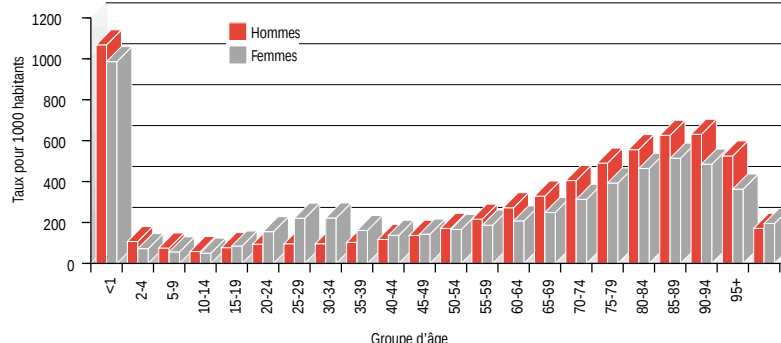
blir ce type d'indice. Si l'on considère l'évolution par groupes d'âge, on constate d'intéressantes différences entre les sexes. Au cours de la première et de la dernière tranche de vie, la probabilité d'une hospitalisation est plus grande pour les hommes que pour les femmes, alors que entre 10 et 50 ans, c'est l'inverse. On tient également compte des paramètres âge et sexe pour le calcul de la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Mais là, l'évolution des coûts varie différemment pour les personnes âgées. Alors que le taux d'hospitalisation diminue sensiblement à partir de 90 ans, les coûts augmentent constamment pour les personnes âgées.

L'exemple suivant (figure 4), tiré cette fois de la statistique des hôpitaux, compare le taux de lits d'hôpitaux mis en service (pour 1000 habitants) à celui des lits effectivement occupés, par canton et en moyenne suisse. Les cantons y sont classés en fonction de la différence en pourcentage entre ces deux valeurs: c'est dans le canton de Soleure que le taux d'utilisation des lits est le plus élevé, dans le canton de Zoug qu'il est le plus bas.

Dans l'intervalle, l'OFS a mis au point une nouvelle typologie des établissements, dans laquelle la répartition en fonction du nombre de lits est remplacée par une conception qui prend essentiellement en compte le type d'activité. Les établissements sont répartis entre hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins de base et cliniques spécialisées. A l'intérieur de chaque catégorie, on distingue encore plusieurs sous-catégories en fonction de la taille de l'hôpital. Outre le calcul de taux par rapport à la population, les principales innovations sont les bilans intercantonaux de nombre de cas et de flux de patients. Les comptes d'exploitation permettent de calculer les coûts approximatifs par cas, par journée ou par lit. Il en résulte de nouvelles possibilités de standardisation des indi-

Taux d'hospitalisation par groupe d'âge et par sexe (1998)

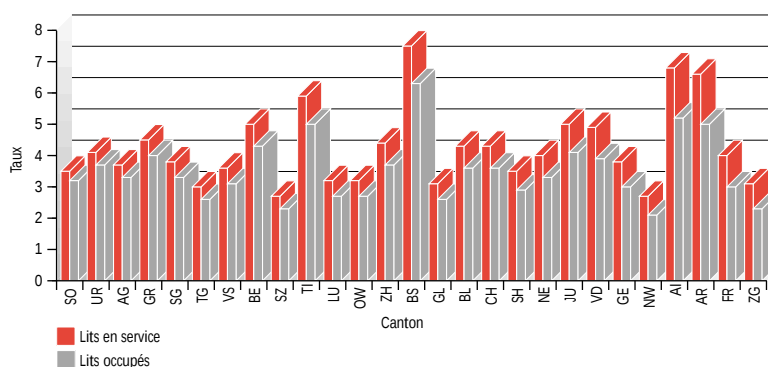
3



Source : Statistique médicale (OFS)

Lits d'hôpitaux en service et lits effectivement occupés, pour 1000 habitants (1999)

4



Source : Statistique des hôpitaux (OFS)

cations à l'échelle suisse, ainsi que de comparaison des performances (benchmarking).

La statistique médicale constitue en outre une base importante pour la future comptabilité par centres de charges et pour la statistique des prestations, par exemple en relation avec des modèles de classification des patients liée au diagnostic. Avant même l'introduction d'un modèle similaire dans le cadre de la révision de la LAMal, on peut déjà observer aujourd'hui certains effets collatéraux de la statistique, qui n'avaient pas été voulus a priori. Pour remplir la statistique médicale, on a besoin aussi bien de données fournies par les systèmes administratifs que d'informations provenant

des divers services médicaux, ce qui ne peut être réalisé efficacement que par le biais d'un échange électronique d'informations entre les unités d'organisation correspondantes. La nécessité d'installer les instruments de saisie indispensables pour les statistiques obligatoires a certainement été, sinon la seule raison, du moins un motif essentiel des vastes mesures de modernisation des structures informatiques prises ces deux dernières années dans de nombreux hôpitaux. Il devrait en résulter une efficacité accrue dans les domaines de la communication et de la documentation, mais aussi un rapprochement entre les unités médicales et administratives, traditionnellement séparées.

Perspectives du point de vue de la LAMal

Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a proposé un financement des hôpitaux fondé sur la rémunération des prestations (essentiellement sous forme de forfaits liés aux prestations). Les indications recueillies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux contiennent toutes les données nécessaires pour réaliser des systèmes de forfaits par cas liés au diagnostic. Des projets en ce sens sont en discussion dans divers cantons et quelques-uns sont sur le point d'être lancés. Ainsi, un système de calcul fondé sur des forfaits par cas liés au diagnostic doit être introduit en 2002 dans le canton de Vaud, et Zurich va lancer un projet pilote similaire dans quelques cli-

niques, en collaboration avec un assureur. Les deux systèmes de calcul utiliseront le système de classification des patients fondé sur les APDRG.² Cette évolution aura sans aucun doute d'autres effets sur le secteur hospitalier, ainsi que sur l'exhaustivité et sur la qualité des indications statistiques, comme il ressort des expériences comparables faites à l'étranger. Afin d'imposer un codage médical qui corresponde à la réalité, il est indispensable d'introduire des mesures de contrôle et de garantie de la qualité des données. Cela peut se faire par exemple par le biais d'une certification des services de codage.

Il est certain que ces systèmes favoriseront l'une des intentions primordiales de la LAMal, qui est d'encourager des modèles de rémunération orientés sur les prestations. Le

fait que le paysage de la santé publique diffère de canton à canton a ceci d'intéressant qu'il permet aussi de tester différents modèles de réforme, selon les particularités cantonales et les intentions politiques. Il importe cependant d'éviter à tout prix que les systèmes utilisés s'éloignent par trop les uns des autres, afin que les situations cantonales restent comparables entre elles au niveau suisse, condition indispensable pour suivre les modifications structurelles à l'avenir. La statistique des établissements de santé a permis une amélioration de la qualité et de la comparabilité des données qui ne doit en aucun cas se noyer dans la diversité.

2 Voir à ce propos *Sécurité sociale* 2/2001, p. 63.