

Mise au concours

Olten, le 9 mars 2011

Etude concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG:

Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés)

1. Situation initiale

Le nouveau mode de financement hospitalier représente un changement d'orientation majeur du système suisse de santé pour ces prochaines années. Nous voulons parler ici, en particulier, de l'introduction du système de forfaits par cas SwissDRG dans les hôpitaux du secteur de soins aigus stationnaire au 1^{er} janvier 2012, qui a motivé la FMH à présenter à SwissDRG SA, en septembre 2009, un concept pour une recherche concomitante.¹ Dans ce concept, il était notamment recommandé d'étudier les transferts de prestations et de coûts du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés.²

Le concept FMH de recherche concomitante ne sera pas réalisé par SwissDRG SA

Les recommandations du concept FMH n'ont pas été appliquées jusqu'à maintenant. SwissDRG SA a malheureusement décidé de ne pas assumer la responsabilité principale de cette recherche et de se limiter à l'élaboration d'un outil de contrôle des coûts et des prestations. L'assurance-qualité a été confiée à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

Implication et engagement de H+ dans la recherche concomitante

En sa qualité de partenaire tarifaire national, H+ participe à la recherche concomitante DRG, notamment pour le monitoring des coûts et pour l'évaluation et le financement de la qualité par l'ANQ.

La réalisation de l'évaluation de l'OFSP est encore incertaine

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne souhaite pas non plus assumer la responsabilité principale de la recherche concomitante et préfère se limiter à l'évaluation de la révision de la LAMal. Une étude de faisabilité a été publiée à ce sujet en juin 2010.³ Le but de cette étude est entre autres d'examiner les différents effets de l'introduction du système de forfaits par cas SwissDRG. D'une manière générale, les auteurs de l'étude de faisabilité de l'OFSP recommandent une évaluation en 15 projets partiels. Dans le

¹ Cf. P. Bovier, B. Burnand, H. Guillain, F. Paccaud, J.-P. Vader, H. Locher, B. Meyer (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.

² Cf. P. Bovier, B. Burnand, H. Guillain, F. Paccaud, J.-P. Vader, H. Locher, B. Meyer (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante, page 40, solutions proposées par le Prof. P. Zweifel.

³ Cf. S. Pellegrini, T. Widmer, F. Weaver, T. Fritschi, J. Bennett (2010): Révision de la LAMal, financement des hôpitaux: étude de faisabilité et développement d'un concept pour une future évaluation. Rapport final, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/07641/index.html?lang=fr>.
Tarifdienst FMH

cadre du projet partiel N° 2, il s'agit de mettre en évidence l'influence de la révision de la LAMal sur l'organisation et les coûts du système de santé et ses effets sur les agents-payeurs. L'étude de faisabilité de l'OFSP propose également d'étudier les transferts de coûts du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, la réadaptation, les soins à domicile, etc. A ce sujet, une vérification quantitative basée sur des données secondaires est prévue. Mais les auteurs de l'étude de faisabilité de l'OFSP recommandent de ne commencer ce projet partiel N° 2 qu'en 2013 seulement; celui-ci serait réalisé au cours des années 2013 et 2014 et une répétition serait prévue pour la période allant de l'été 2016 à l'été 2018.

Au moment de la publication de cette mise au concours, l'OFSP n'a pas encore décidé si des projets partiels de l'étude de faisabilité devaient être menés à bien et si oui, lesquels. La seule chose qui est certaine est que l'OFSP ne cherchera pas à connaître les effets des forfaits par cas sur la situation des groupes professionnels. La FMH va donc commander une étude concomitante sur ces questions; elle a en outre confié à l'institut gfs.bern le mandat d'étudier l'évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers.⁴

Même si l'OFSP devait se décider plus tard à réaliser le projet partiel N° 2 (incluant l'aspect des transferts de coûts entre secteur stationnaire et ambulatoire), celui-ci ne répondrait pas aux besoins des prestataires de soins. D'une part, parce que ce projet partiel ne débiterait qu'en 2013, c'est-à-dire après l'introduction de SwissDRG. D'autre part, parce que l'étude de faisabilité de l'OFSP suggère une analyse secondaire. Or, les données à cet effet font jusqu'ici défaut dans le secteur ambulatoire hospitalier. On dispose en effet uniquement de données sur le secteur ambulatoire des cabinets privés (pool de données de santéuisse, Miroir du cabinet de New Index, Projet RFE Reason for encounter⁵). Pour l'instant, aucune collecte de données n'est encore effectuée par l'Office fédéral de la statistique selon l'art. 22a LAMal dans le secteur ambulatoire et le calendrier contraignant de la mise en place de cette collecte n'a pas encore été fixé.

Intérêt de H+ pour un projet commun

Lors de sa séance du 28 octobre 2010, le comité de H+ a salué l'idée d'un projet commun entre la FMH et H+ pour une recherche concomitante «SwissDRG: transferts entre secteur stationnaire et ambulatoire» et a répondu positivement à la demande de la FMH à ce sujet. Il avait été proposé au Secrétariat central de H+ de développer en collaboration avec la FMH un projet scientifique sur la question, limité dans le temps et quant au contenu.

Marche à suivre pour la FMH et H+

Pour pouvoir étudier les transferts de prestations et de coûts entre le domaine stationnaire et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés) suffisamment tôt, c.-à-d. déjà avant l'introduction de SwissDRG, la FMH⁶ et H+⁷ ont décidé de lancer une étude scientifique à ce sujet, ou plus précisément d'en confier le mandat à un organisme externe.

⁴ Cf. www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante

⁵ Cf. www.reasonforencounter.ch

⁶ Une discussion approfondie sur les thèmes du concept FMH de recherche concomitante qui doivent être examinés sur mandat de la FMH et si possible en collaboration avec H+ a eu lieu au comité SwissDRG de la FMH ainsi qu'au sein du groupe de travail SwissDRG de la FMH, du Comité central de la FMH et lors de l'assemblée des délégués de la FMH. A cette occasion, deux thèmes ont été considérés comme importants:

- l'évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers (cf. projet FMH sous www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante).

- les transferts entre le domaine stationnaire et le domaine ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés).

Nous remercions tous les membres des groupes de travail et les délégués pour la discussion engagée et les précieuses indications.

⁷ Une discussion approfondie a eu lieu au Comité de H+.

2. Les thèmes à étudier

L'étude devra porter sur les thèmes suivants:

- a) *Les transferts de prestations et de coûts par le biais d'investigations / traitements ambulatoires à l'hôpital ou au cabinet médical après une hospitalisation en soins aigus stationnaires*
- b) *Les transferts de prestations et de coûts par le biais de diagnostics / traitements ambulatoires à l'hôpital ou au cabinet médical avant une hospitalisation en soins aigus stationnaires*
- c) *Les autres transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés)*

Diverses questions et divers exemples peuvent être déduits de ces thèmes. Des exemples possibles concernant ces thèmes sont présentés ci-après, sans vouloir toutefois prétendre à l'exhaustivité:

- a) *Les transferts de prestations et de coûts par le biais d'investigations / traitements ambulatoires à l'hôpital ou au cabinet médical après une hospitalisation en soins aigus stationnaires*
 - A quelle fréquence des investigations / traitements ambulatoires sont-ils effectués juste après une hospitalisation en soins aigus stationnaires et quels sont les coûts ainsi générés?
 - Quelles sont les formes de soins concernées et dans quelle mesure?
 - Investigations / traitements ambulatoires à l'hôpital
 - Investigations / traitements ambulatoires au cabinet médical: médecins de famille, médecins spécialistes, managed care
 - Quelles sont les spécialités touchées et dans quelle mesure?
 - Pour quels DRGs recourt-on particulièrement souvent à des investigations / traitements ambulatoires onéreux après une hospitalisation en soins aigus stationnaires?
 - Y a-t-il une augmentation des investigations / traitements ambulatoires (hôpitaux ou cabinets privés) qui sont en relation avec un séjour en soins aigus stationnaires et qui sont effectués juste après, et si oui, quelle est la mesure de cette augmentation?
 - Pour quelles raisons, le patient est-il traité de manière ambulatoire (hôpital ou cabinet privé) après un séjour en soins aigus stationnaires?

 - Question pour module complémentaire: si, dans le cadre de l'étude, sans consacrer trop de temps et de moyens financiers, il s'avère possible d'étudier au moins du point de vue de l'hôpital de soins aigus, les transferts de prestations et de coûts du secteur de soins aigus stationnaires vers des domaines tels que les soins à domicile ou les cliniques de réadaptation, cela serait également d'un certain intérêt pour les mandants.

- b) *Les transferts de prestations et de coûts par le biais de diagnostics / de traitements ambulatoires à l'hôpital ou au cabinet médical avant une hospitalisation en soins aigus stationnaires*
 - A quelle fréquence des examens / traitements ambulatoires sont-ils effectués avant une hospitalisation en soins aigus stationnaires et quels sont les coûts ainsi générés?
 - Quelles sont les formes de soins concernées et dans quelle mesure?
 - Investigations / traitements ambulatoires à l'hôpital
 - Investigations / traitements ambulatoires au cabinet médical: médecins de famille, médecins spécialistes, managed care
 - Quelles sont les spécialités touchées et dans quelle mesure?
 - Pour quels DRGs recourt-on particulièrement souvent à des examens ou traitements ambulatoires onéreux avant une hospitalisation en soins aigus stationnaires?
 - Y a-t-il une augmentation des investigations / traitements ambulatoires (hôpitaux ou cabinets privés) qui sont en relation avec un séjour en soins aigus stationnaires et qui sont effectués juste avant, et si oui, quelle est la mesure de cette augmentation?
 - Pour quelles raisons, le patient est-il traité de manière ambulatoire (hôpital ou cabinet privé) avant un séjour en soins aigus stationnaires?
 - Quelle est la proportion de patients faisant l'objet d'une investigation / traitement dans le secteur ambulatoire hospitalier en vue d'une prochaine hospitalisation en soins aigus stationnaires et la

proportion de patients traités exclusivement dans le secteur ambulatoire hospitalier (sans admission stationnaire)? Quels en sont les effets sur les coûts générés? De quelles procédures s'agit-il en particulier?

c) *Les autres transferts de prestations et de coûts entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés)*

- Quel est le volume de transfert des traitements qui ne sont plus effectués en soins aigus stationnaires, mais entièrement dans le secteur ambulatoire de l'hôpital ou du cabinet médical? Quelles sont les raisons de ce transfert? Quelle est l'influence de la chirurgie de jour à ce sujet?
- Quel est, à l'inverse, le volume des transferts de prestations et de coûts du secteur ambulatoire (hôpitaux ou cabinets privés) vers le secteur de soins aigus stationnaires? Quelles sont les raisons de ces transferts? Quelle est à ce sujet l'influence des différentes formes de financement dans le secteur stationnaire et dans le secteur ambulatoire?⁸
- Quant à savoir dans quels cas un traitement est effectué ambulatoirement et dans quels autres cas il est fourni dans le secteur stationnaire, la décision est-elle prise en premier lieu selon des critères médicaux (c'est-à-dire en tenant compte des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité)?

3. But de l'étude

Grâce à cette étude, les prestataires de soins disposeront à l'avenir de données fiables sur les transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude doivent permettre de présenter au monde politique et aux partenaires du système de santé des chiffres et des faits, de manière à ce que les décisions à prendre puissent se fonder sur une base de données améliorée.

4. Méthode et période de l'étude

Les mandataires décrivent dans leur offre la méthode qui permettra d'étudier d'une manière appropriée les questions mentionnées plus haut. Les résultats de cette étude doivent présenter des données pertinentes et significatives.

Il serait intéressant de faire la distinction entre les critères suivants, par exemple:

- a) Diverses formes de soins ambulatoires: ambulatoire hospitalier, ambulatoire de cabinet médical (médecin de famille, spécialiste, managed care, ...)
- b) Chez les spécialistes, distinction selon la spécialité
- c) Catégorie d'hôpital (universitaire, cantonal, ...) et éventuellement organisme responsable
- d) Canton / région desservie

L'étude et la collecte de données doivent être effectuées en 2011 et, à titre de comparaison, en 2012. Il est attendu que le rapport incluant les appréciations soit présenté au printemps 2013. Sur la base de l'évaluation des résultats, une décision sera prise en été 2013 quant à d'éventuels relevés complémentaires. La présente mise au concours se rapporte à l'étude à effectuer en 2011 et 2012. Si l'évaluation des résultats devait faire ressortir que des études complémentaires sont nécessaires, un accord séparé devrait être trouvé. Nous serions donc intéressés à trouver un mandataire prêt à envisager une collaboration de longue durée avec nous, pour la bonne et simple raison que la qualité des résultats de ce genre d'étude est en général meilleure si les analyses complémentaires sont effectuées par la même équipe.

⁸ Cf. Rapport du Conseil fédéral du 13.12.2010 en réponse à la motion 06.3009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats et en exécution du postulat Grin 10.3137: Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins, page 8.
www.news.admin.ch/message/?lang=de&msg-id=36775

Pour le traitement des questions mentionnées, il nous paraît utile d'approfondir celles-ci sur la base d'un espace de soins homogène délimité, plutôt que d'entreprendre une large étude au plan suisse mais en contrepartie moins détaillée. Il pourrait être intéressant, par exemple, d'étudier une région de soins si possible homogène et ayant déjà une certaine expérience avec les APDRG ainsi qu'une région qui ne facture pas encore selon les APDRG. Le cas échéant, ces questions pourraient être étudiées sur la base de filières de patients. L'idéal serait en outre que l'étude s'étende sur les mêmes périodes en 2011 et en 2012.

Vu les nombreux changements dans le cadre de la révision de la LAMal et le temps déjà écoulé, il ne devrait guère être possible de pouvoir toujours établir des relations claires de cause à effet. Dans les cas où ces relations ne sont pas démontrables de manière empirique, il serait utile de donner des descriptions pour montrer les raisons possibles des évolutions observées.

5. Rôles et responsabilités

Les mandants sont la FMH (Service tarifaire FMH, domaine SwissDRG) et H+ (Secrétariat central).

Le mandataire doit être un institut scientifique neutre et indépendant (p. ex. une haute école spécialisée ou une université). Il devra informer régulièrement les mandants et à cet effet, des entretiens intermédiaires auront lieu entre le mandataire et les mandants. L'offre devra prendre en considération ce point qui a des répercussions sur la planification du temps.

Les mandants mettront sur pied un groupe de projet chargé du suivi qui sera l'interlocuteur direct du mandataire et assumera la coordination.

6. Produit attendu

- Un concept montrant les méthodes d'analyse recommandées par les mandataires, la manière de procéder et une planification de projet.
- Un rapport final se fondant sur des données représentatives collectées pour les régions de soins choisies, qui présente et décrit de manière claire et bien compréhensible les données et leur analyse ainsi que les conclusions tirées et les recommandations qui s'ensuivent. Le rapport final devra comprendre entre autres aussi une synthèse de l'étude (management summary) d'une page au maximum.
- Une présentation des résultats au sein des organes ou lors d'événements tels que l'assemblée des délégués ou la Chambre médicale de la FMH, ou au Comité de H+.
- Une présentation des résultats lors d'une conférence de presse commune de la FMH et de H+.
- Langue du concept et du rapport final à rédiger en allemand ou en français

7. Délais et planification

Veuillez nous soumettre votre offre d'ici au **8 mai 2011 au plus tard**.

Les mandataires sont priés de proposer dans leur offre une planification détaillée des échéances.

Le Comité central de la FMH et le Comité de H+ décideront fin juin 2011 au plus tard à qui le mandat est attribué. Un premier projet de concept détaillé est attendu au mois d'août 2011. La version définitive du rapport final devrait être remise aux mandants au plus tard au printemps 2013.

8. Procédure de sélection

La décision d'attribution du mandat est prise par le Comité central de la FMH et le Comité de H+.

Les critères de sélections sont les suivants:

- la structure du concept

- les méthodes prévues
- l'expérience en statistique et en recherche scientifique empirique
- l'implication du mandant
- l'agenda
- les aspects financiers

9. Liste de contrôle pour l'offre

- Courte présentation de l'institut scientifique (p. ex. haute école spécialisée ou université)
- Mention des noms et de l'expérience de la (des) personne(s) élaborant le concept et le rapport final, et indication du nom de l'interlocuteur
- Structure générale du concept. Présentation des méthodes d'investigation
- Plan de travail et calendrier
- Information sur les relevés et les études déjà effectués
- Coûts

Personne à contacter

Veillez envoyer votre offre **d'ici au 8 mai 2011 au plus tard** à:

Beatrix Meyer
Cheffe du Service tarifaire de la FMH et du domaine SwissDRG
FMH
Fédération des médecins suisses
Service tarifaire
Froburgstrasse 15
4600 Olten
Tél.: +41 31 / 359 11 11
Fax: +41 62 / 287 96 90
swissdrg@fmh.ch

Mme Beatrix Meyer (FMH, tél: 0041 31 359 11 11) et M. Conrad Engler (H+, tél: 0041 31 335 11 50) sont à votre entière disposition pour toute question.